CONTRIBUCIONES POTENCIALES A LA AGENDA DE LOS ODM DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CIPD:

UNA GUÍA DE REFERENCIA A LA EVIDENCIA PARA EL DIÁLOGO SOBRE POLÍTICAS EN LA REGIÓN DE ALC

UNFPA / Ipea





CONTRIBUCIONES POTENCIALES A LA AGENDA DE LOS ODM DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CIPD:

UNA GUÍA DE REFERENCIA A LA EVIDENCIA PARA EL DIÁLOGO SOBRE POLÍTICAS EN LA REGIÓN DE ALC

UNFPA / Ipea

CONTRIBUCIONES POTENCIALES A LA AGENDA DE LOS ODM DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CIPD:

UNA GUÍA DE REFERENCIA A LA EVIDENCIA PARA EL DIÁLOGO SOBRE POLÍTICAS EN LA REGIÓN DE ALC

UNFPA / Ipea

Ipea – Institute for Applied Economic Research

BRAZILIAN GOVERNMENT

United Nations Population Fund

© Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA 2007

Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM desde la perspectiva de la CIPD: una guía de referencia a la evidencia para el diálogo sobre políticas en la región de ALC.- Brasilia. UNFPA: Ipea, 2007.
557 p.: ilustraciones.

Incluye referencias bibliográficas e índice.
ISBN: 978-85-98579-06-1

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2. Ayuda para el Desarrollo. 3. Reducción de la Pobreza. 4. Educación Primaria. 5. Igualdad entre los Géneros. 6. Salud Materno-Infantil 7. Desarrollo Sostenible. 8. América Latina. 9. Caribe. I. Instituto de Investigación Económica Aplicada. II. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

CDD 362 5098

Presentación

Población, salud sexual y reproductiva y los temas de género ocupan un papel central en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El ex Secretario- General Kofi Annan ha aclarado que los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la pobreza extrema y del hambre, no pueden ser alcanzados si no se abordan explícitamente las cuestiones de población y salud reproductiva, mientras que el Secretario-General actual, Ban Ki-Moon, recientemente indicó que el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, además de ser un objetivo en sí mismo, también son una condición para construir sociedades más saludables, mejor educadas, más pacíficas y más prósperas. Solamente de esta manera es posible trabajar hacia la solución de los desafíos enormes que nuestro mundo enfrenta – desde la resolución de conflictos y la construcción de la paz hasta el combate al SIDA y el logro de todos los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Como la agencia primaria del Sistema de la ONU responsable por Población y Salud Sexual y Reproductiva, una de las tareas con las cuales el UNFPA debe cumplir es el dar sostenimiento detallado a estas afirmaciones generales. Asimismo, las implicaciones de población, así como de salud sexual y reproductiva y género necesitan ser elaboradas específicamente para cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para el contexto económico, social y cultural de cada región.

Con respecto al primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, los instrumentos para demostrar los varios caminos por medio de los cuales población, salud sexual y reproductiva y género están vinculados a la pobreza necesitan ser explicitados y desarrollados. El caso debe ser argumentado dentro del contexto específico de la región de América Latina y el Caribe, donde la pobreza está íntimamente relacionada con la desigualdad socioeconómica. Uno de estos vínculos tiene que ver con la dinámica de población, o sea, con el tamaño, el crecimiento, la estructura etaria y la distribución de la población, que tienen implicaciones importantes, pero insuficientemente reconocidas, para la reducción de la pobreza. Este año, el Informe de Avance Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Brasil, preparado bajo la coordinación del IPEA, se volvió uno de los primeros en la región a reconocer el rol de apoyo – al lado de actores principales como el programa Bolsa Família – que los factores de población han cumplido en las recientes tendencias de reducción de la pobreza en el país. Eso puede ayudar a los gobiernos en la región a fijar metas más ambiciosas, pero de todas las formas realistas, para sus programas de reducción de la pobreza.

Otro tema emergente, que se discutió durante la X Conferencia Regional de la Mujer celebrada en Ecuador en principios de agosto, es el vínculo entre el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso de las mujeres al ingreso y la reducción de la pobreza. Para permitir que las mujeres tengan igualdad de oportunidades en los mercados laborales, hay que asegurar el acceso a la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, para que las

mujeres y sus parejas puedan hacer decisiones responsables y voluntarias en el sentido de compatibilizar sus papeles productivos y reproductivos. Estudios en la región de ALC han demostrado que hasta 60% de las razones por las cuales las mujeres no entran o abandonan el mercado laboral se relacionan con la reproducción. Además, sabemos que, cuando las mujeres tienen acceso a servicios de cuidado de niños en las edades de 0-3 años, sus ingresos se incrementan considerablemente.

La dinámica de población también da forma al tamaño, perfil etario y distribución de los nuevos entrantes al mercado laboral y la población empleada, así como la población en edad escolar. Para los países, el "bono demográfico", ocasionado por la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad, sirve como un potencial para recoger los beneficios de la circunstancia de tener un segmento creciente de adultos en edad de trabajar en relación a la población dependiente. Para materializar dicho potencial, los países deben invertir más en educación, en empleo inicial y en salud sexual y reproductiva y otros cuidados relacionados de salud, para que los jóvenes tengan mayor educación y sean saludables y capacitados para entrar el mercado laboral con mejor preparo que sus padres.

Los embarazos adolescentes en la región son un problema que afecta las oportunidades de empleo decente. Este reconocimiento ha llevado a los Ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, bajo la coordinación de Oras Conhu, a juntar esfuerzos con la OPS y el UNFPA para lanzar el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente.

En el área de educación, el "bono demográfico" está atenuando la presión sobre las tasas de matrícula, creando oportunidades para la mejora de la calidad educativa. Por el lado negativo, los embarazos tempranos todavía representan un impedimiento significativo en la conclusión de la educación secundaria para muchos adolescentes, particularmente mujeres. Esta situación desperdicia las oportunidades creadas por el bono demográfico y, al mismo tiempo, impide la promoción del ahorro y del bienestar en la medida en que la población envejece.

Los ODM en el área de salud – mortalidad materna, infantil y de niñez, la salud de la mujer en general y el combate al VIH/SIDA – tal vez sean las áreas más obvias en las cuales el mandato del UNFPA tiene una contribución por hacer, pero incluso aquí la evidencia necesita ser explicitada y sistematizada. En el área del VIH/SIDA, en particular, las sinergias teóricas entre programas para promover la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y la Salud Sexual y Reproductiva no siempre son plenamente realizadas. El caso a favor de la integración, por lo tanto, necesita ser argumentado en mayor detalle operativo.

El presente volumen, además de ser el primero a tratar de estos asuntos en el contexto específico de la región de América Latina y el Caribe, tiene algunas otras particularidades. Por ejemplo, se busca avanzar más allá de la simple afirmación de los vínculos teóricos entre población, salud sexual y reproductiva y género, por un lado, y la pobreza, por el otro, al presentar concretamente metodologías para la estimación y proyección de dichos efectos. Para este propósito, la colaboración entre el UNFPA y una institución de renombre regional como el IPEA ha sido de la mayor importancia. Por otro lado, el trabajo avanza en el análisis

de una variable demográfica cuya importancia ha sido destacada recientemente, tanto por el Secretario-General, Ban Ki-Moon, como por nuestra propia Directora Ejecutiva, Thoraya Ahmed Obaid, a saber: la migración.

América Latina posee las mayores tasas de migración en el mundo, con 20 millones de migrantes, los cuales representan 4% de la población de la región. La migración interna es la variable demográfica más íntimamente vinculada con la transformación ambiental y la propagación de la malaria. También tiene una incidencia significativa en la ampliación del VIH/SIDA. Finalmente, la migración tiene varias interacciones importantes con cuestiones de igualdad de género. Hoy día, más mujeres están migrando por motivos de trabajo propio y no como parte de una migración familiar. Si, por un lado, esta evolución sugiere que las migrantes mismas pueden ejercer mayor autonomía sobre sus vidas, también levanta inquietudes sobre el hecho de que ellas siguen estando sujetas a altos riesgos de discriminación de género, violencia y abuso. Las trabajadoras migrantes femeninas normalmente se concentran en ocupaciones asociadas con papeles de género tradicionales. Y no es incomún que ellas se encuentren en la situación de víctimas de trabajo sexual, explotación sexual, tráfico o que sean expuestas a infecciones transmitidas sexualmente (ITS), incluyendo el VIH.

Todos estos temas son dignos de mayor atención en el análisis de las políticas nacionales para el logro de los ODM y en los Informes de Avance Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio que monitorean las tendencias y esfuerzos nacionales, y pueden servir de base para análisis de costo-beneficio y gestión basada en resultados. Por eso, es con gran satisfacción que aquí presento este volumen sobre "Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM desde la perspectiva de la CIPD: una guía de referencia a la evidencia para el diálogo sobre políticas en la región de ALC", como resultado de dos años de colaboración entre el UNFPA y el IPEA.

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

Presentación

La noción de la planificación sistemática de largo plazo sólo ha hecho su apariencia como instrumento de la administración pública en América Latina en un período relativamente reciente. Experiencias pasadas de este tipo generalmente han estado asociadas a grande proyectos de planificación regional para la creación de infra-estructura, tales como la construcción de Brasília e Itaipú, y más recientemente la propuesta Puebla-Panamá del gobierno Fox en México. Sin embargo, sólo con el establecimiento de la Secretaría Especial de Asuntos Estratégicos bajo el gobierno del Presidente Lula, de la cual el IPEA forma parte, se ha reconocido la planificación de largo plazo como un componente necesario de la administración pública, el cual requiere de un abordaje integrado de áreas tales como la educación y el desarrollo tecnológico, la política de industrialización, planificación energética y sostenibilidad ambiental.

La planificación a largo plazo exige la consideración sistemática de tendencias de largo plazo en procesos que pueden ser controlados sólo parcialmente por las intervenciones de cualquier gobierno en particular. La evolución tecnológica es uno de ellos. La evolución de los mercados mundiales y relaciones comerciales es otro. Pero indudablemente uno de los elementos principales de la matriz de planificación de largo plazo es la evolución de la población, la cual ha pasado por cambios significativos a lo largo del medio siglo pasado. Brasil puede ser uno de los ejemplos más dramáticos en este sentido, con una Tasa Global de Fecundidad que ha bajado de aproximadamente 6 en los años 60 a 2 en la actualidad, y que puede incluso estar a punto de bajar aún más, a niveles hasta ahora vistos sólo en España, Italia y otros países europeos. Transformaciones de esta magnitud cambian fundamentalmente el contexto demográfico en que los gobiernos conducen sus políticas públicas.

Cuando se menciona el asunto de planificación de largo plazo en conección con el cambio demográfico, normalmente el primer desafío que entra en el escenario es la necesidad de una planificación proactiva para los requerimientos de una población en proceso de envejecimiento y más específicamente las implicaciones de dicho proceso para el sistema de seguridad social que, en el caso de Brasil, ya absorbe una gran proporción del presupuesto nacional en la actualidad. Pero el tema de población permea la matriz de planificación de largo plazo de muchas otras maneras, las cuales no siempre son evidentes para aquellos que se ocupan de los desafíos de la planificación de los marcos típicos de 4-6 años que caracterizan los ciclos gubernamentales actuales.

Parte de la reducción de la pobreza durante los últimos 10-20 años ha sido el resultado de cambios en las estructuras etarias y razones de dependencia. Brasil provee el ejemplo más claro en la región de ALC de cómo la transición demográfica puede contribuir a mejorar las tasas de matrícula y calidad de la educación. Como la fecundidad ha disminuido más entre

los segmentos más pobres de la población, la mortalidad infantil y de niños ha disminuido más en el promedio que habría sido el caso bajo una composición constante de nacimientos por niveles de ingreso. Y el estrechamiento de los diferenciales de ingreso entre hombres y mujeres en Brasil durante la década pasada puede ser parcialmente el resultado de la reducción del número de niños dependientes que las mujeres necesitan cuidar. Las implicaciones del llamado bono demográfico o ventana de oportunidad para las condiciones del mercado laboral y particularmente para el empleo juvenil aún se debaten calurosamente entre los especialistas. Al mismo tiempo, los mapas de migración interna del Brasil y otros países de la región están siendo rediseñados de formas que no se sospechaban ni tan recientemente como hace una década, con un redireccionamiento de la fuerza laboral para fuera de los principales centros económicos y de regreso a las regiones que tradicionalmente han servido como reservas laborales para el proceso de industrialización. La migración también es un factor principal a ser considerado en la formulación de políticas relacionadas con la sostenibilidad ambiental y la propagación del VIH/SIDA y malaria.

Todos estos procesos necesitan ser reconocidos más explícitamente y sus implicaciones para la planificación de largo plazo deben ser detallados. La presente publicación, que se elaboró en el IPEA durante los dos años pasados en colaboración con el Fondo de Población de las Nacuiones Unidas (UNFPA), establece una agenda para el estudio de varios de estos temas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Su tesis central es que la mayoría o tal vez incluso todas las metas de la agenda de ODM dependen en alguna medida de factores poblacionales, sea por medio de intervenciones explícitas de política que pertenecen al mandato de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), sea como escenarios de fondo que necesitan ser tomados en cuenta en la formulación de políticas públicas en otras áreas. Para algunas de estas interacciones se han elaborado metodologías analíticas específicas. Otras se han identificado solamente en términos generales y éstas requirirán trabajo adicional en el futuro, para que sus implicaciones puedan ser cuantificadas y apreciadas en mayor detalle.

El IPEA está en una posición particularmente estratégica para ayudar en el desarrollo de estas áreas de inquietud. La creación de la Secretaría Especial de Asuntos Estratégicos ha consolidado su dedicación a una perspectiva de largo plazo, en el cual el papel de factores de población puede ser apreciado plenamente. Además, la nueva Secretaría está comprometida con el refuerzo de la cooperación Sur-Sur, particularmente con la región de ALC y los países lusófonos de África. El IPEA ya forma parte del consorcio de instituciones brasileñas que apoyan el UNFPA en sus esfuerzos para promover la cooperación técnica en el área de población y Salud Sexual y Reproductiva entre Brasil y otros países de la región de ALC.

Dichos esfuerzos tenderán a aumentar durante los próximos años, ayudados por el hecho de que muchos de los procesos relevantes en el contexto del estudio actual ya están más avanzados en Brasil que en algunos otros países de la región. Con referencia a la agenda de ODM, el gobierno brasileño ha tomado la iniciativa de fijar metas más ambiciosas en algunas áreas, en reconocimiento al hecho de que el logro de las metas estándar ya estaba

implícito en las tendencias corrientes. La estrategia brasileña de prevención y tratamiento del SIDA se ha vuelto una referencia internacional en la región. Al mismo tiempo, Brasil, junto con Cuba y algunos países del Caribe anglófono, está entre los países más avanzados en términos de su transición de fecundidad. Todas estas circunstancias proveen puntos de partida privilegiados para que se compartan experiencias con otros países de la región. Espero que la presente publicación sea uno de los elementos constructivos en que se pueda basar dicho esfuerzo.

Márcio Pochmann
Presidente del IPEA

Índice

Presentación V

Presentación IX

Introducción 1

Acerca de este documento 15

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre 25

1.1. - El vínculo entre el embarazo no deseado, fecundidad, crecimiento poblacional y crecimiento económico agregado 29
1.1.1. - Los efectos de crecimiento asociados con las relaciones de dependencia juvenil y el bono demográfico 38
1.1.2. - Los efectos de crecimiento asociados con las transferencias intergeneracionales 44
1.1.3. - Los efectos de crecimiento asociados con el envejecimiento de la población 44
1.1.4. - El vínculo entre morbilidad, crecimiento económico y reducción de la pobreza 46
1.2. - La importancia de los efectos distributivos 56
1.2.1. - Pobreza estructural y transitoria 59
1.2.2. - El vínculo entre fecundidad y movilidad socioeconómica 63
1.2.3. - El bono demográfico en el contexto de la desigualdad económica y demográfica 66
1.2.4. - El modelo DMPAP para la proyección de la pobreza 75
1.2.5. - El vínculo entre pobreza y riesgos de morbilidad individuales 85
1.2.6. - El vínculo entre pobreza y embarazos no deseados 93
1.2.7. - Pobreza y grupos de población críticos 98
1.2.7.1. - Pobreza y juventud 99
1.2.7.2. - El papel de los factores de género 108
1.2.7.3. - La pobreza y los adultos mayores 116
1.2.7.4. - Grupos raciales y étnicos minoritarios 127
1.2.7.5. - Personas con discapacidades físicas y mentales 133
1.2.7.6. - Desplazados Internos (DI) 140
1.3. - El vínculo entre pobreza y migración interna 149
1.4. - El vínculo entre pobreza y migración internacional 155
1.4.1. - Remesas 160
1.4.1.1. - Equilibrio macroeconómico 164
1.4.1.2. - Multiplicadores y efectos de crecimiento económicos 166
1.4.1.3. - Los efectos distributivos en la reducción de la pobreza 168
1.4.2. - Diásporas, migración de retorno y actividades transnacionales 173
1.5. - Efectos de conversión 182
1.6. - El vínculo entre el crecimiento poblacional y el hambre 184
1.6.1. - El papel del crecimiento y la composición poblacionales en la seguridad alimentaria 185
1.6.2. - El vínculo causal entre la desnutrición y los patrones reproductivos 186
1.7. - Una nueva Meta bajo el ODM 1: empleo pleno y productivo y trabajo digno para todos 191
1.7.1. - Empleo juvenil 191
1.7.2. - Trabajo digno para otros grupos poblacionales 194

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal 203

2.1. - El vínculo entre tendencias macrodemográficas y las inversiones potenciales en educación 205
2.2. - El vínculo entre el logro educativo y los patrones reproductivos en las familias de origen 216
2.3. - El vínculo entre los resultados educativos y la SSR de adolescentes 224
2.3.1. - El embarazo adolescente y el logro educativo 224
2.3.2. - Educación sexual y en habilidades para la vida 229
2.4. - Fuga y ganancia de cerebros 231

ODM 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer 243

3.1. - Derechos reproductivos 248
3.2. - Violencia de género 252
3.3. - El vínculo entre el empoderamiento reproductivo y económico 258
3.4. - Migración e igualdad de género 266
3.4.1. - Migración y empoderamiento de la mujer 266
3.4.2. - Migración y violencia contra la mujer 270

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil 277

4.1. - Atención a la salud vs. determinantes económicos de la mortalidad infantil y de la niñez 280
4.2. - Patrones reproductivos y mortalidad infantil 282
4.2.1. - El vínculo causal entre la alta fecundidad/los intervalos entre nacimientos y la mortalidad infantil y de la niñez 282
4.2.2. - El vínculo causal entre la fecundidad muy temprana o muy tardía y la mortalidad infantil y de la niñez 286
4.2.3. - El vínculo entre el deseo de tener hijos y sus probabilidades de supervivencia 290
4.3. - Otros efectos protectores de la vida de la SSR 292
4.4. - Los roles de la mujer y la salud infantil 294
4.4.1. - La educación de la mujer 295
4.4.2. - El empleo femenino 298
4.4.3. - Violencia contra la mujer 299
4.5. - Migración y mortalidad infantil 300

ODM 5: Mejorar la salud materna 309

5.1. - Metas Adicionales en informes nacionales 312
5.2. - El vínculo entre los patrones reproductivos y la salud materna 314
5.2.1. - Intervalos entre embarazos 316
5.2.2. - Uso de métodos anticonceptivos 317
5.2.3. - Edad materna muy baja o muy alta 320
5.3. - El vínculo entre el aborto y la mortalidad materna 321
5.4. - El vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR 325
5.5. -Una nueva Meta bajo el ODM 5: acceso pleno a la SR 327

ODM 6: Combate al VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades 337

6.1. - Aspectos de género del VIH/SIDA 340
6.1.1. - La feminización de la epidemia del VIH/SIDA 340
6.1.2. - La naturaleza de los factores de riesgo para el VIH en mujeres 342
6.2. - Integrando la SSR y los servicios relacionados con el VIH/SIDA 347
6.2.1. - Transmisión de madre a hijo (TMH) 355
6.3. - La necesidad de enfocarse en los jóvenes 359
6.4. - El vínculo entre migración y propagación del SIDA 364
6.4.1 - Transmisión de enfermedades 365
6.4.2 - Dificultades al momento de llegar 367
6.4.3 - La fuga de cerebros médicos 367
6.5. - Una nueva Meta bajo el ODM 6: acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA 369
6.6.1. - Malaria y SR 370
6.6.2. - Malaria y migración 370

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente 383

7.1. - El vínculo entre el crecimiento poblacional y la sostenibilidad del medio ambiente 390
7.2. - Población y uso sostenible del espacio 396
7.2.1. - El papel de la migración 403
7.2.2. - El papel de los factores de género 408
7.2.3. - Distribución de la población y vulnerabilidad del medio ambiente 412
7.3. - Población y acceso a agua potable segura y saneamiento básico 413
7.3.1 - Factores poblacionales determinantes de la expansión del saneamiento básico en la región de ALC 417

7.4. - El vínculo entre el crecimiento poblacional y el crecimiento de los barrios marginados urbanos 421
7.4.1 - El vínculo entre la migración y el crecimiento de los barrios marginados urbanos 427
7.5. - Una nueva Meta bajo el ODM 7: la protección de la biodiversidad 430

ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo 443

8.1. - La asistencia oficial de desarrollo (AOD) y los temas de población 443
8.2. - Medicamentos y suministros de SR – Meta 17 447
8.3. - Acuerdos internacionales sobre migración 448
8.4. - Acuerdos internacionales sobre remesas 450

Referencias 455

Notas técnicas 529

Glosario de abreviaciones 533

Índice temático 537

Introducción

Los factores de población no son neutrales con respecto al proceso de desarrollo. Dentro del Sistema de las Naciones Unidas, es responsabilidad del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y de sus asociados, el crear las condiciones para garantizar que los factores de población sean integrados a las estrategias de reducción de la pobreza y a los procesos de planeación de desarrollo, no solamente a los aspectos directamente relacionados a la salud y reproducción, sino también dentro de una amplia gama de temas que constituyen la agenda de Población y Desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que surgieron en el marco de la Cumbre del Milenio del año 2000 y que constituyen, actualmente, la principal directriz internacional para el proceso de desarrollo, comparten una amplia intersección temática con la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y su Programa de Acción (PdA) establecidos en El Cairo en 1994. La consecución de cada uno depende, hasta cierto punto, de la realización del otro. El ex Secretario-General de la ONU, Kofi Annan, mencionó este aspecto en varias ocasiones, por ejemplo, en su mensaje en la Quinta Conferencia de Población de Asia y del Pacífico y la Conferencia Regional sobre la CIPD+10 en Bangkok, en diciembre de 2002:[1]

> *"No es posible alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente, la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, si no se abordan las cuestiones de población y salud reproductiva. Y esto significa intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y efectuar mayores inversiones en educación y salud, inclusive la salud reproductiva y planificación de la familia."*

Es importante considerar varios puntos que se traslapan y se refuerzan entre el Programa de Acción de la CIPD y los ODM. Con respecto a la propagación del VIH/SIDA, en vez de limitarse simplemente a prevenir la epidemia, ambos documentos no solamente identifican prioridades, también fijan metas mensurables y establecen plazos para combatir – y no solamente prevenir - la epidemia. En otras áreas, el Programa de Acción de la CIPD va más allá de los ODM, especialmente en relación a temas de población y de salud reproductiva (SR). El empoderamiento de las mujeres, el tercer ODM, no será alcanzado si no se garantiza el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), una meta explícita del Programa de Acción de la CIPD.

Aunque la meta de El Cairo, referente al acceso universal a los servicios de SR de calidad hasta 2015, es fundamental para reducir la pobreza, la mortalidad infantil y materna, la propagación del VIH/SIDA, las inequidades de género, la degradación ambiental, como ya fue mencionado anteriormente, no fue originalmente explicitada como uno de los

[1] UN Press Release SG/SM/8562: http://www.un.org/News/Press/docs/2002/SGSM8562.doc.htm (consultado por última vez en marzo del 2007).

ODM.[2] Sin embargo, esta situación fue recientemente modificada, a raíz del anuncio del ex Secretario-General a la Asamblea General, en octubre de 2006, de que cuatro nuevas Metas estaban siendo propuestas, a saber:

- Pleno empleo productivo y trabajo decente para todos (bajo ODM 1);
- Acceso universal a la salud reproductiva (bajo ODM 5);
- Acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA (bajo ODM 6); y
- Reducción significativa de la tasa de pérdida de biodiversidad (bajo ODM 7).

En vista de la complementariedad y simultaneidad de la CIPD y los ODM (ambos tienen el año de 2015 como plazo para alcanzar sus metas), ambos deben mantener un diálogo constante en el proceso de formación de las políticas públicas. De manera especial, los ODM deberían considerar la CIPD en más de un sentido:

Políticamente: El Programa de Acción de El Cairo movilizó importantes sectores de la sociedad civil en la promoción de temas, que también son relevantes al contexto de la agenda de Desarrollo del Milenio; los ODM deben sumarse a éste y reforzarlo.

Estratégicamente: La mayoría de los temas que se incluyen en la agenda de los ODM se vinculan de forma causal con los objetivos del Programa de Acción de la CIPD. Dichos vínculos necesitan ser más aprovechados, de manera a acelerar la realización de aquellos con inversiones en éstos.

Analíticamente: Como fue repetidamente observado, el monitoreo de la agenda de los ODM involucra la necesidad de producir más y mejores indicadores sociales en una variedad de temas sociales, incluyendo la necesidad de obtener datos básicos de encuestas y censos. El Programa de Acción de El Cairo es uno de los contextos en que dichas necesidades fueron tratadas y, asimismo, se propusieron metas cuantificables. Los indicadores de ODM deben basarse en esa experiencia.

Contextualmente: El Programa de Acción de la CIPD abarca un número de temas que proporcionan un contexto para el desarrollo de acciones para alcanzar la agenda de los ODM. Por ejemplo, programas que buscan la mejoría de las condiciones de vida en barrios marginales urbanos (ODM 7) difícilmente pueden ser formulados de manera realista si no se consideran las realidades de la migración rural-urbana.

En relación a temas de igualdad social: Los ODM no hacen referencia explícita a la reducción de desigualdades regionales, raciales, generacionales, o de otro tipo, que son contextos sociales importantes para su realización, además de constituir objetivos importantes en sí mismos. El Programa de Acción de El Cairo trata esos temas más explícitamente.

La mayor parte del presente documento se ocupará de los temas estratégicos y contextuales que proporcionan el fundamento técnico para afirmaciones como la del ex

[2] Solamente la meta de la CIPD del acceso universal a los servicios de SSR, incluyendo la planificación familiar, no fue incluida en el conjunto original de los ODM (Crosette, 2005; ESCAP, 2004), pero metas específicas, que están intrínsecamente relacionadas sí lo fueron, como la equidad de género (ODM 3), salud materna (ODM 5) y prevención del VIH/SIDA (ODM 6, Meta 7). Finalmente, la CIPD+5 acrecentó la necesidad de prevenir el VIH/SIDA como una preocupación poblacional, que también constituye la Meta 7 de los ODM, bajo el Objetivo 6 (Prevención del VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades).

Secretario-General, citada en el párrafo inicial. Al analizar temas poblacionales dentro del contexto de los ODM, se puede esclarecer cómo las tendencias demográficas agregadas y el comportamiento reproductivo individual pueden contribuir o interferir en la consecución de esos objetivos, o cómo la implementación de la CIPD puede ofrecer caminos más cortos hacia dicha realización.

> *"El enfoque del Programa de Acción de la CIPD sobre esfuerzos relacionados con población y desarrollo, tales como el aumento del acceso a los servicios de salud reproductiva, la promoción de igualdad de género y la consolidación de una mejor comprensión de los vínculos entre dinámicas de población, desarrollo y pobreza, constituye un prerrequisito para el alcance de los objetivos más amplios de desarrollo de los ODM, tales como la erradicación de la pobreza y el hambre." (UNFPA, 2004 a: 1)*

Resulta particularmente importante considerar el peligro real de que, aun cuando se alcancen los ocho ODM, los segmentos de la población en mayor desventaja sean dejados atrás. En vista de que los ODM son establecidos como promedios nacionales, les falta una perspectiva diversificada, como el Programa de Acción de El Cairo, que abarca las necesidades de grupos específicos; grupos indígenas, niños, adolescentes, personas con discapacidades y personas en la tercera edad.

> *"(...) ¿Los promedios nacionales son elementos suficientes para evaluar el progreso, en aras de la realización de objetivos de desarrollo bien definidos? Evidentemente, en una de las regiones más desiguales del mundo, un análisis de los promedios no es suficiente para tomar en cuenta, debidamente, las condiciones de vida y la falta de oportunidad presentes en amplios grupos sociales. (...) Los promedios dan una falsa sentida de progreso, pues alcanzar los objetivos en sus promedios no implica, necesariamente, mejorar las condiciones de vida en amplios sectores de la población o regiones dentro del país. De hecho, el progreso social a menudo elude a los segmentos pobres y a los que están en desventaja. Solamente un análisis desagregado puede indicar, con mayor precisión, el esfuerzo que el país necesita realizar para proveer las oportunidades mínimas de desarrollo para quienes han sido tradicionalmente excluidos en términos de educación, salud y condiciones de vida. Una información desagregada ayuda a identificar dónde es necesario invertir los recursos, a fin de reducir las brechas sociales existentes." (Alarcón, Mejía & Zepeda, 2006: 5)*

Cuatro de las cinco metas cuantificables del Programa de Acción de la CIPD tuvieron eco (algunas de forma atenuada) en los ODM. Son éstas:

- El acceso a la educación primaria: "Todos los países deberían procurar asegurar el acceso de todas las niñas y niños a la escuela primaria o a un nivel equivalente de enseñanza a la mayor brevedad posible, y en cualquier caso antes del año 2015." (Párrafo 11.6)
- Acceso a la educación secundaria: "Se exhorta a todos los países a que, además de alcanzar la meta de la enseñanza primaria universal antes del año 2015, velen por el acceso mas amplio y temprano posible de la niña y la mujer a la enseñanza secundaria

y superior, así como a la formación profesional y técnica, teniendo presente la necesidad de mejorar la calidad e importancia de esa educación." (Párrafo 4.18)

- Reducción de la mortalidad infantil y de niños: "Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos." (Párrafo 8.16)
- Reducción de la mortalidad materna: "Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015 (...) hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos." (Párrafo 8.21)

Analizando la relación desde la perspectiva de los ODM, cinco de ellos demuestran una clara coincidencia con la CIPD y la CIPD+5 (Bernstein & White, 2004): Objetivos 2, 3, 4, 5 y 6. El Objetivo 1 (Reducción de la Pobreza) está estrechamente relacionado, pero de una manera menos directa. Se puede argumentar que también lo están Objetivos 7 y 8, pero en menor grado. Un seminario organizado por la División de Población de la ONU en noviembre del 2004, sobre las relaciones entre población y los ODMs, concluyó que particularmente la reducción a la mitad de la pobreza y el hambre, la promoción de la equidad de género, la reducción de la mortalidad infantil y de niños y el control del VIH/ SIDA serán más probables si se logra implementar la agenda de la CIPD. En otras palabras, todos los ocho ODM dependen, directa o indirectamente, de la CIPD.

A pesar de la reciente introducción de una Meta de Salud Reproductiva, un hecho curioso es que los problemas de población, como un desafío de desarrollo en si mismo, no hayan sido incorporados en la agenda de los ODM. Esto señala una clara ruptura con respecto a prioridades anteriores. Si la Cumbre del Milenio hubiese sido celebrada en 1975, para definir una agenda de desarrollo para el cuarto de siglo restante hasta la llegada del Milenio, muy probablemente el tema de población habría sido una de sus preocupaciones centrales. Sin embargo, desde entonces, debido al descenso de las tasas de fecundidad, la naturaleza del problema poblacional ha cambiado y, puesto que la necesidad de limitar la "explosión demográfica" ya no es un motivo tan fuerte, actualmente hay mucho más escepticismo respecto al lugar que la población y la salud reproductiva merecen dentro de los principales desafíos de desarrollo del siglo 21.

Algunos foros alternativos, como el Consenso de Copenhague (2004), patrocinado por ONGs, sí reconocieron la población y especialmente la migración, como uno de los 10 principales desafíos para el mundo, aun cuando asignó una baja prioridad a los proyectos presentados en esta área.[3] El ex Secretario-General de la ONU, Kofi Annan, ha afirmado

[3] Cuatro de los nueve desafíos identificados por el Consenso de Copenhague coinciden con los ODM (desnutrición y hambre, educación, enfermedades contagiosas, servicios sanitarios y agua). Otros cinco no coinciden (conflictos, inestabilidad financiera, gobernanza y corrupción) o sólo parcialmente (cambio climático, subsidios y barreras de comercio). El tema del envejecimiento de la población y la necesidad de políticas que cubran las necesidades de una población que envejece no ha sido identificado en ninguno de los ODM, ni en el Consenso de Copenhague.

que el crecimiento de la economía mundial depende de la migración (Naciones Unidas, 2005b) y el Secretario-General actual, Ban Ki-Moon, declaró recientemente que:

> *"Durante muchos años, los Estados Miembros de las Naciones Unidas encontraron difícil discutir el asunto sensible de la migración en la arena internacional. Por eso el tópico nunca estuvo muy alto en la agenda de la ONU – hasta el Diálogo de Alto Nivel en la Sede de la ONU en Nueva York en septiembre pasado. (...) Durante décadas, los esfuerzos de emigrantes solitarios han ayudado a levantar familias enteras y comunidades de la pobreza. Sus ingresos han construido casas, provisto cuidados de salud, equipado escuelas, y plantado las semillas de los negocios. Ellos han tejido una red mundial, transmitiendo ideas y conocimiento entre países. Ellos han provisto el lazo humano dinámico entre culturas, sociedades y economías. Sin embargo, sólo recientemente hemos empezado a entender no sólo qué tanto la migración impacta el desarrollo, sino cómo políticas públicas inteligentes pueden aumentar este efecto."* [4]

Según Skeldon (2005: 56), "cada ODM tiene algún vínculo, directo o indirecto, con la migración." Otros temas de población tratados en la CIPD - como es el caso de la urbanización acelerada, el envejecimiento de la población y el bajo status social de las mujeres - podría impedir el progreso hacia el logro de los ODM, mientras el bono demográfico podría ser un facilitador importante.

A pesar de lo anterior, la importancia de los temas poblacionales en el desarrollo ha sido demostrada, hasta el momento, principalmente, para SSR. Asimismo, el Instituto Alan Guttmacher y UNFPA argumentan que el acceso universal a la SSR puede ayudar a alcanzar 7 de los 8 ODM (Singh et al., 2003: 6).

> *"Objetivo 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre: Familias más pequeñas e intervalos de nacimiento mayores, como resultado del uso de anticonceptivos, permite a las familias invertir más en la nutrición y salud de cada niño y puede reducir la pobreza y el hambre para todos los miembros de un hogar. A escala nacional, la reducción de la fecundidad puede permitir un desarrollo social y económico acelerado.*
>
> *Objetivo 2: Alcanzar la educación primaria universal: Familias con menos niños, y con mayor diferencia de edad entre ellos, tienen la posibilidad de invertir más en la educación de cada niño. Esto tiene un beneficio especial para las niñas, cuya educación dentro de la familia es considerada menos prioritaria que la de los niños. Además, las niñas que tienen acceso a anticonceptivos tienen menos probabilidad de quedar embarazadas y desertar de la escuela.*
>
> *Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres: Decidir si se pretende tener hijos o no y controlar cuándo tenerlos es un aspecto crítico del empoderamiento de las mujeres. Las mujeres que pueden planear el momento y el número de nacimientos tienen mayores oportunidades de trabajo, de educación y de participación social fuera del hogar.*

[4] Discurso para el Foro Global Inaugural sobre Migración y Desarrollo en Bruselas, 10 julio del 2007.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil: La atención prenatal y la capacidad para evitar nacimientos de alto riesgo (por ejemplo: los de mujeres muy jóvenes y los que tienen intervalos inter-genésicos muy cortos) ayudan a prevenir la muerte infantil y de niños. Es muy probable que los niños que pertenecen a familias numerosas tengan una reducida atención de salud y que los niños no deseados tengan más probabilidad de morir que los que sí son deseados.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna: Prevenir embarazos no planificados y de alto riesgo y proveer atención médica durante el embarazo, el parto y el período post- parto salvan las vidas de mujeres.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades: La atención a la salud sexual y reproductiva incluye la prevención de enfermedades transmisibles, incluyendo el VIH/SIDA. Además, la atención a la salud reproductiva puede atraer pacientes al sistema de salud, fomentar el diagnóstico y el tratamiento de otras enfermedades y condiciones.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental: Proveer servicios de salud sexual y reproductiva puede ayudar a estabilizar áreas rurales, disminuir la migración urbana y equilibrar el uso de los recursos naturales con las necesidades de la población."

Estas interacciones son repetidas casi textualmente en un documento reciente de DANIDA (2006), que además agrega bajo el ODM 1 que "al reducir el peso que representa el embarazo y el cuidado de los niños, las mujeres pueden insertarse en mayor medida en actividades productivas, que generan ingresos, contribuyendo así, tanto a nivel del hogar como a nivel macroeconómico." UNFPA (2005 g) también menciona que los programas de planificación familiar producen ahorros tangibles para los sistemas de salud y que la planificación familiar y los servicios de salud materna promueven salud y productividad.

Menos frecuentemente se menciona que los puntos listados a continuación también constituyen vínculos cruciales entre los temas de población y la agenda de los ODM:

- El vínculo entre la fecundidad/tamaño de la familia y la movilidad social;
- Los efectos del bono demográfico y otras transformaciones demográficas en la desigualdad económica y, consecuentemente, en la pobreza;
- La relación entre la pobreza y la morbilidad;
- La relación entre embarazos no deseados, la composición del hogar y la pobreza;
- Los efectos sobre la pobreza del envejecimiento de la población;
- La relación entre la pobreza y la migración rural-urbana;
- La relación entre la pobreza y la migración internacional, por medio del crecimiento económico, equilibrio macro-económico y los efectos distributivos de las remesas;
- La relación entre las tendencias macro-demográficas y las inversiones potenciales en educación;
- La contribución potencial de la educación sexual y educación para la vida;
- Los efectos de la migración sobre la educación por medio de la fuga y la ganancia/ recuperación de cerebros;

- Los costos económicos y los efectos sobre la pobreza de la violencia contra la mujer;
- Los efectos de la migración en la igualdad de género;
- Los efectos del rol de las mujeres en la salud infantil;
- Los efectos de las oportunidades de empleo de las mujeres en la reducción de la pobreza;
- Los efectos de la migración en la mortalidad infantil;
- El vínculo causal entre el aborto y la mortalidad materna;
- El vínculo causal entre la migración y la propagación del SIDA;
- Los efectos de la fuga de cerebros del sector médico en la prevención de la mortalidad infantil y del SIDA;
- La población y el uso sostenible del espacio;
- El rol de la distribución de la población y la migración en la vulnerabilidad ambiental.

La CEPAL (2004 a) hace notar que sólo se da consideración a un limitado número de factores demográficos en las estrategias de reducción de la pobreza y en otras políticas públicas. Leete y Schoch (2002: 9) señalan lo mismo, al referir al documento final de la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible:

> *"Justo cuando el Informe de Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 2003 redescubría la idea de que la transición demográfica es central para la reducción de la pobreza y para el desarrollo sostenible, los principales documentos resultado de la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible ignoran los vínculos analíticos entre población, dinámicas demográficas y desarrollo sostenible (Banco Mundial, 2002 b; Naciones Unidas, 2002 a)."*

Esto también se aplica a los Informes de Avance Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGR), de los cuales casi todos los países de la región ALC han preparado al menos uno. Esos documentos son importantes porque proveen una imagen de cómo los propios países, como principales interesados en el esfuerzo por alcanzar esas metas, ven la situación y proveen información sobre las estrategias que han identificado para la consecución de este propósito (CEPAL, 2005 a). Sin embargo, con pocas excepciones notables, como el Informe Regional de los ODM producido por la CEPAL, los Informes de ODM, hasta el momento, prestaron muy poca atención a los temas de población y SSR. Incluso los capítulos dedicados a la salud materna a menudo dejan de mencionar las consecuencias de intervalos cortos entre nacimientos, abortos inseguros, y acceso a métodos anticonceptivos. En varios informes, la salud infantil es mencionada principalmente con relación a los servicios de salud, vacunación, nutrición y medicación - poco se dice sobre patrones reproductivos, amamantamiento y la necesidad de planificación familiar. El *Informe de Desarrollo Humano* de 2003, sobre los ODM, es un ejemplo en este sentido, debido a la escasez de referencias a temas de población y SSR. En su primer capítulo, el Informe reconoce que:

> *"Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han sido ampliamente aclamados, inspirando una energía renovada para la acción contra la pobreza, pero también han sido criticados*

por ser demasiado limitados, pues dejan de lado prioridades de desarrollo, tales como una sólida gobernanza,, el crecimiento del empleo, la atención a la salud reproductiva y la reforma institucional de la gobernanza global." (PNUD, 2003: 30)

Sin embargo, dicho eso, el Informe hace pocas referencias adicionales a temas relacionados con la población. Más recientemente, el modelo Maquette for MDG Simulations (MAMS), desarrollado por el PNUD y el Banco Mundial (Bourguignon et al., 2004; Lofgren & Díaz-Bonilla, 2006), se ha propuesto cuantificar las implicaciones económicas agregadas de los compromisos de los países, con 5 de las 18 Metas de los ODM y 6 de los 48 indicadores, usando la metodología de Equilibrio General Computable (CGE). Un mérito importante de este modelo radica en que va más allá de una mera contabilidad de costos y, en principio, permite la evaluación de las sinergias entre las diferentes Metas. Sin embargo, además del hecho de que considera un conjunto limitado de Metas (excluyendo, por ejemplo, hambre, equidad de género, SIDA y otras enfermedades y temas ambientales excepto lo referente al agua y al saneamiento básico), el modelo considera pocas, si alguna, de las interacciones que son objeto del presente documento. La simulación macro centra su interés enteramente en los flujos de recursos y la sensibilidad de las Metas en relación con las inversiones aplicadas a ellas. La población solamente aparece en la forma del crecimiento poblacional agregado. La micro simulación que puede ser anexada al modelo considera algunas interacciones a nivel del hogar, pero la mayoría de los vínculos causales mencionados en el presente documento no son tomados en cuenta. En la práctica, esto impone límites importantes a la capacidad del modelo para considerar sinergias entre las Metas, ya que estas sinergias no dependen solamente de la cantidad de recursos empleados, sino también de las estrategias específicas escogidas. Por ejemplo, la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años, por medio de acciones que intentan limitar el número de embarazos en adolescentes menores de 18 años, tendrá implicaciones diferentes en la reducción de la mortalidad materna que una campaña igualmente exitosa para aumentar la cobertura de la vacunación infantil.

Más sorprendentemente, la evaluación exhaustiva de necesidades realizado en la República Dominicana (COPDES/Naciones Unidas/ONAPLAN/Proyecto del Milenio, 2005), que constituye uno de los estudios piloto apoyados por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas para evaluar los recursos y las medidas de políticas públicas necesarias para cumplir con los ODM, presta alguna atención a la SSR y a los derechos sexuales y reproductivos (DSR), dentro del contexto de equidad de género, pero también ignora temas poblacionales en todos los demás contextos. Esto es aún más sorprendente, puesto que la República Dominicana es uno de los países de la región con mayor proporción de emigrantes que viven fuera del país y una proporción sustancial de su PNB es generado por remesas. Ni la migración, ni la urbanización o el envejecimiento de la población se mencionan en el estudio, como factores condicionantes obviamente relevantes para lograr la reducción de la pobreza, el acceso universal a la educación o la sostenibilidad ambiental. Incluso se omiten las consecuencias de la migración internacional y el tráfico de mujeres para la igualdad de género.

Uno de los documentos que emergen del ejercicio de los ODM que sí da atención a los factores de población es *Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los*

Objectivos de Desarrollo del Milenio, producido por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005 a). Además de sugerir el acceso a la SSR como una Meta separada bajo el Objetivo 5, este documento promovió diversas extensiones del concepto de equidad de género – varias de las cuales hacen una intersección con el área de población. Además, hace varias referencias a factores de población en los documentos producidos por las diferentes Fuerzas Tarea.[5] Dándoles expresión continuada a las recomendaciones contenidas en ese documento, la Cumbre Mundial del septiembre de 2005 confirmó la importancia de la SR en la realización de los ODM, de forma que los países se comprometieron en el documento final a:

> *"Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/ SIDA y erradicar la pobreza." (Naciones Unidas, 2005 a: párrafo 57g)*

Dado todo lo anterior, el presente documento se destina a hacer un análisis detallado de cada ODM, para evaluar cómo son causalmente dependientes de tendencias demográficas, comportamientos reproductivos individuales, temas de género y la promoción de la SSR. Está siendo publicado como una de las actividades del Proyecto RLA5P201 "Apoyo Regional a Población y Desarrollo en la Implementación de los ODM", desarrollado en conjunto con el Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de Brasil, localizado en su oficina de Brasilia. Además de contribuciones de consultores, la Guía incorporó investigación que se está llevando a cabo en el IPEA, particularmente en los capítulos de pobreza y educación. El propósito es demostrar cómo el progreso en los objetivos estipulados en la CIPD puede de hecho contribuir para la realización de los ODM. La Guía está basada primordialmente en las experiencias de la región de ALC, tal como han sido presentadas en los informes nacionales y regionales de los ODM y en varios documentos de investigación.

De varias maneras, el presente documento retoma la reciente publicación *Public choices, private decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals,* de Stan Bernstein y Charlotte Juul Hansen, que constituye uno de los productos de la participación del UNFPA en el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Las diferencias entre ambos documentos son básicamente dos. En la medida en que el presente estudio está centrado en la región ALC, está en una posición para ser un poco más específico con respecto a algunos temas que el estudio de Bernstein y Juul Hansen, que tiene un alcance mundial. Eso también permite a la presente publicación presentar más evidencia en detalle, especialmente a nivel de los países. Por otro lado, este documento dedica más atención a los temas más amplios de Población y Desarrollo, especialmente la migración y la distribución

[5] El Proyecto del Milenio fue establecido en 2002, bajo el liderazgo del Prof. Jeffrey Sachs, Consejero Especial al Secretario-General para los ODM. Se formaron Fuerzas Tarea para el hambre; la educación y la equidad de género (2 grupos); salud infantil y materna; VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, y acceso a medicación esencial (4 grupos); sustenabilidad ambiental; agua y saneamiento; mejoría de la vida de los residentes de tugurios; comercio; ciencia, tecnología e innovación.

espacial, que el estudio por Bernstein y Juul Hansen, el cual está más centrado en SSR. Se espera que los usuarios de las dos publicaciones, particularmente de la región de ALC, las encuentren complementarias.

Ahora que la SR encontró su lugar en la agenda de los ODM como una Meta en separado, se hace más necesario que nunca argumentar la necesidad de que esas otras dimensiones de población en la realización de los ODM, sin necesariamente abandonar los argumentos más tradicionales que apoyan la contribución de la SSR al proceso. Todos esos temas, por lo tanto, serán analizados en la presente Guía, además de los más tradicionales.

Abajo sigue una visión general de los esquemas de metas e indicadores de ambas las agendas, para facilitar la comparación de sus amplitudes. Los indicadores ODM son los 48 indicadores estándar definidos por el Secretariado de Naciones Unidas, FMI, OCDE y el Banco Mundial. Los indicadores CIPD son derivados del sistema regional de monitoreo para la región de ALC elaborado por el CELADE (2001), complementados por indicadores adicionales propuestos de una lista mínima de 17 preparada y acordada por la OMS (2001 a).

Cuadro I.1 Esquema comparativo para CIPD, CIPD+5 y Metas ODM:

Programa de Acción de la CIPD	ODM
Además de alcanzar la meta de la enseñanza primaria universal antes del año 2015, velen por el acceso más amplio y temprano posible de la niña y la mujer a la enseñanza secundaria y superior, así como a la formación profesional y técnica, teniendo presente la necesidad de mejorar la calidad e importancia de esa educación. (Párrafo 4.18)	Garantizar que todos niños y niñas completen un curso completo de enseñanza primaria.
Los países deberían procurar reducir sus tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años en un tercio, o bien a 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad infantil estuviese por debajo de 50 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 60 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad infantil estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos. (Párrafo 8.16)	Reducir de dos tercios la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.
Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. El logro de esas metas tendrá distintas repercusiones para los países según sus niveles de mortalidad materna en 1990. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos. (Párrafo 8.21)	Reducir de tres cuartos la tasa de mortalidad materna.
Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva. (Párrafo 7.6)	Acceso a servicios de SSR, incluyendo planificación de la familia. (Nota: en la corriente Meta propuesta en 2006 por el ex Secretario-General Kofi Annan, la formulación es limitada a la salud reproductiva, ver sección 5.5.)

CIPD+5	ODM
"Con asistencia de la comunidad internacional, los gobiernos y la sociedad civil deben alcanzar lo antes posible, y en todo caso antes del año 2015, el objetivo de la Conferencia de lograr el acceso universal a la enseñanza primaria, eliminar la diferencia entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005, y tratar de conseguir que en el año 2010 la tasa neta de matrícula, en la enseñanza primaria de los niños de ambos sexos sea de al menos el 90%, frente al 85% estimado para el año 2000." (Párrafo 34) "Los gobiernos, en particular de países en desarrollo, con la asistencia de la comunidad internacional, deben: (...) Reducir la tasa de analfabetismo de mujeres y hombres, de modo que llegue a lo más a la mitad para mujeres y niñas para el año 2005, en comparación con la tasa de 1990." (Párrafo 35 c)	Garantizar que todos los niños y niñas completen un curso completo de enseñanza primaria.
"os gobiernos deben tratar de asegurar que para 2015 todos los servicios de atención primaria de la salud y de planificación de la familia puedan proporcionar directamente o mediante remisión, la variedad más amplia asequible de métodos de planificación de la familia y anticonceptivos inocuos y eficaces; atención obstétrica esencial; prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera (como preservativos masculinos y femeninos microbicidas, si se dispone de ellos) para evitar las infecciones. Para 2005, el 60% de los centros deberá poder ofrecer todos estos servicios, y para 2010, el 80% de ellos deberá poder hacerlo". (Párrafo 53) "Cuando haya una disparidad entre el empleo de anticonceptivos y la proporción de personas que expresan el deseo de espaciar o limitar sus familias, los países deberán intentar eliminar esta disparidad por lo menos en un 50% para 2005, un 75% para 2010 y un 100% para 2050. Al intentar lograr este nivel de referencia, no deben imponerse objetivos demográficos a los encargados de prestar servicios de planificación de la familia en forma de metas o cupos para la consecución de usuarios, si bien aquellos objetivos son objeto legítimo de las estrategias de desarrollo de los gobiernos". (Párrafo 58)	Atención a la salud reproductiva y necesidad no satisfecha de contracepción.
"Para 2005, en los lugares en que la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es muy elevada, por lo menos el 40% de los partos deberán ser atendidos por personal de salud idóneo; para 2010, esta cifra deberá ser el 50% como mínimo y para 2015, el 60% como mínimo. Todos los países deben redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005, a nivel mundial, el 80% de todos los partos sean asistidos por personas calificadas, para 2010, el 85%, y para 2015, el 90%. (Párrafo 64)	Reducción de tres cuartos de la tasa de mortalidad materna.
"Los gobiernos, con asistencia del ONUSIDA y de los donantes, deberán organizar que para 2005 por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010 por lo menos el 95% de dichos jóvenes, tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar los conocimientos indispensables a efectos de reducir su vulnerabilidad a la infección con el VIH. Los servicios deben incluir el acceso a métodos preventivos como los preservativos femeninos y masculinos, las pruebas de detección voluntarias, el asesoramiento y las medidas complementarias. Los gobiernos deben utilizar como indicador de referencia las tasas de infección con VIH en las personas de 15 a 24 años de edad con objeto de garantizar que para 2005 se reduzca la prevalencia en ese grupo de edades en el mundo entero y en un 25% de los países más afectados, y que para 2010 la prevalencia en ese grupo de edades se haya reducido en todo el mundo en un 25%." (Párrafo 70)	Detener y empezar a revertir la epidemia del VIH/SIDA.

Fuente: UNFPA, 2003 c.

Cuadro I.2: Esquema comparativo entre los indicadores de CIPD y ODM

CIPD	ODM
Indicadores contextuales para políticas públicas y de población Estructura de la población: • Población total • Población (masculina) • Población (femenina) • Población 0-14 (porcentaje) • Población 15-64 (porcentaje) • Población + 65 (porcentaje) • Población + 80 (porcentaje) • Tasa total de dependencia • Tasa de dependencia juvenil • Tasa de dependencia de la vejez Crecimiento de la población: • Tasa de crecimiento global • Tasa de crecimiento 0-14 • Tasa de crecimiento 15-64 • Tasa de crecimiento + 65 • Tasa de crecimiento + 80 • Tasa bruta de natalidad • Tasa bruta de mortalidad Distribución poblacional: • Urbanización (porcentaje) • Primacía de la ciudad principal (razón) • Población urbana – ciudades 2,000 – 20,000 • Población urbana – ciudades 20,000 – 50,000 • Población urbana – ciudades 50,000 – 500,000	

• Población urbana – ciudades 500,000 – 1,000,000 • Población urbana – ciudades + 1,000,000 • Razón urbana mujeres/hombres • Razón rural mujeres/hombres Envejecimiento demográfico: • Población adulta mayor (porcentaje) • Índice de envejecimiento • Hogares con adultos mayores (porcentaje) • Hogares con adultos mayoress; 1 persona (porcentaje) • Hogares de una generación con adultos mayores + 1 persona (porcentaje) • Hogares multi-generacionales con adultos mayores (porcentaje) • Razón de adultos mayores mujeres/hombres	
Pobreza • Población bajo linea nacional de pobreza • Población bajo linea nacional de pobreza (masculina) • Población bajo linea nacional de pobreza (femenina) • Población bajo linea de pobreza extrema • Población bajo linea de pobreza extrema (masculina) • Población bajo linea de pobreza extrema (femenina) Desnutrición infantil • Desnutrición de niños con menos de 5 años (total) • Desnutrición de niños con menos de 5 años • Desnutrición de niñas con menos de 5 años	Objetivo 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por dia • Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (1993 PPP) (Banco Mundial) • Coeficiente de la brecha de pobreza [la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza] (Banco Mundial) • Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre (Banco Mundial) Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padezcan hambre • Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia de peso (UNICEF-OMS) • Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (FAO)
Educación • Tasa de analfabetismo (masculina) • Tasa de analfabetismo (femenina) • Tasa neta de educación primaria (masculina) • Tasa neta de educación primaria (femenina) • Tasa neta de educación secundaria (masculina) • Tasa neta de educación secundaria (femenina) • Tasa neta de educación superior (masculina) • Tasa neta de educación superior (femenina)	Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria • Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (UNESCO) • Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado (UNESCO) • Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años (UNESCO)
Género • Índice de paridad de género en la educación primaria • Índice de paridad de género en la educación secundaria • Índice de paridad de género en la educación superior • Hogares con jefatura femenina • Tasa de participación económica (masculina) • Tasa de participación económica (femenina) • Empleada de acuerdo con las calificaciones, trabajadoras manuales • Empleada de acuerdo con las calificaciones, personal administrativo femenino • Empleada de acuerdo con las calificaciones, profesionales y técnicos mujeres • Empleada de acuerdo con las calificaciones, mujeres en posiciones de dirección • Brecha de acuerdo con las calificaciones, personal administrativo femenino • Brecha de acuerdo con las calificaciones, profesionales y técnicos mujeres • Brecha de acuerdo con las calificaciones, mujeres en posiciones de dirección • Mujeres parlamentarias (porcentaje)	Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015 • Razón entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria y superior (UNESCO) • Razón entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años (UNESCO) • Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola (OIT) • Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional (Unión Interparlamentaria)
Atención materno-infantil • Tasa de mortalidad en la niñez • Tasa de mortalidad en la niñez (masculina) • Tasa de mortalidad en la niñez (femenina) • Tasa de mortalidad infantil • Tasa de mortalidad infantil (masculina) • Tasa de mortalidad infantil (femenina) • Tasa de mortalidad perinatal • Prevalencia de bajo peso al nacer • Cobertura de la vacunación contra sarampión • Cobertura de la vacunación (completa) • Tasa de mortalidad materna • Cobertura de la atención prenatal • Nacimientos asistidos por personal de salud • Disponibilidad de atención esencial obstétrica básica • Disponibilidad de atención esencial obstétrica comprensiva	Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años • Tasas de mortalidad de menores de 5 años (UNICEF-OMS) • Tasa de mortalidad infantil (UNICEF-OMS) • Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión (UNICEF-OMS) Objetivo 5: Mejorar la salud materna Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes • Tasa de mortalidad materna (UNICEF-OMS) • Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (UNICEF-OMS)

• Prevalencia de serología de sífilis en las mujeres • Porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas debidas al aborto • Prevalencia reportada de mujeres con mutilación genital femenina	
Mortalidad general • Esperanza de vida • Esperanza de vida (masculina) • Esperanza de vida (femenina)	
Enfermedades sexualmente comunicables y VIH • Prevalencia de la tasa de VIH entre mujeres embarazadas • Prevalencia de la tasa de VIH entre la población de edad fértil • Conocimiento de las prácticas de prevención de DST y VIH/SIDA	Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el años 2015, la propagación del VIH/SIDA • Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años (ONUSIDA-OMS-UNICEF) • Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos (División de Población de las Naciones Unidas) • Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo (UNICEF-OMS) • Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (UNICEF-OMS) • Tasa de prevalencia de uso de preservativos (División de Población de las Naciones Unidas) • Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años (UNICEF, ONUSIDA, OMS) Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves • Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo (OMS) • Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo (UNICEF-OMS) • Prevalencia y tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis (OMS) • Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS (estrategia recomendada internacionalmente para el control del tuberculosis) (OMS)
Fecundidad y planificación de familia • Numero de nacimientos • Tasa total de fecundidad • Fecundidad no deseada (porcentaje) • Tasa de prevalencia de contraceptivos • Demanda no satisfecha por planificación familiar • Prevalencia de la fecundidad en las mujeres Salud sexual adolescente • Tasa de fecundidad, mujeres 15-19 • Madres adolescentes (porcentaje) • Conocimiento de métodos contraceptivos, hombres 15-19 • Conocimiento de métodos contraceptivos, mujeres 15-19 • Conocimiento de periodo fértil	
Saneamiento básico: • Acceso a agua potable • Acceso a servicio de saneamiento	Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente • Proporción de la superficie cubierta por bosques (FAO) • Relación entre zonas protegidas para mantener la biodiversidad biológica (PNUMA-WCMC) • Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1,000 dólares del producto interno bruto (PPA) (OIE, Banco Mundial) • Emisiones de dióxido de carbono per capita (Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, División de Estadística de las Naciones Unidas) y consumo de clorofluocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) (PNUMA – Secretaría del Convenio sobre el Ozono) • Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos (OMS) Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento • Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales (UNICEF-OMS) • Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales (UNICEF-OMS)

	Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios • Proporción de hogares con acceso a tenencia segura (Naciones Unidas-Hábitat)
	Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza. Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General). Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo. • La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de la Asistencia para el desarrollo (CAD) de la OCDE (OCDE) • Proporción de la AOP total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento) (OCDE) • Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada (OCDE) • La AOD recibida en los países en desarrollo sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto (OCDE) • La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto (OCDE) • Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos (UNCTAD, OMC, Banco Mundial) • Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo (UNCTAD, OMC, Banco Mundial) • Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (OCDE) • Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial (OCDE, OMC) • Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo) (FMI – Banco Mundial) • Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (FMI – Banco Mundial) • Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios (FMI – Banco Mundial) • Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y 24 años, por sexo y total (OIT) • Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable (OMS) • Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes (UIT) • Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes (UIT)
Género • Tasa de desempleo (masculina) • Tasa de desempleo (femenina)	

Acerca de este documento

El presente documento busca suministrar un mayor detalle técnico acerca de los principios e intenciones mencionados en el capítulo anterior, para ayudarle a las oficinas de país del UNFPA, particularmente en la región de ALC, a ser más efectivas en los procesos interagenciales que involucran a la agenda de los ODM, tales como la elaboración de los Informes de Avance Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGR) nacionales, la formulación y actualizaciones de los Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP), y el proceso de programación conjunta, ejemplificado por las Evaluaciones Comunes de País (CCA) y los Marcos de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF). Se espera que el documento también pueda contribuir con sugerencias analíticas útiles para la elaboración de los Análisis de Situación en Población (ASP, los sucesores de los antiguos CPA), particularmente en el caso del capítulo sobre Relaciones e Impactos (el Capítulo IV), en donde muchas de las relaciones identificadas en esta Guía son analizadas a nivel de país.

Con este fin, el documento seguirá una serie de principios metodológicos rectores. Primero que todo, busca ser *específico*. Tal como se hizo notar en la Introducción, tanto el PdA de la CIPD como la agenda de los ODM abordan una amplia gama de temas. En particular, a la CIPD explícitamente se le confirió un mandato sobre temas de desarrollo más amplio que el de las conferencias sobre población anteriores, reflejando la percepción creciente de que la población, la pobreza, los patrones de producción y consumo, lo mismo que el medio ambiente, están tan estrechamente relacionados que ninguno de ellos puede considerarse aisladamente (Naciones Unidas, 1994 a: párrafo 1.5). En consecuencia, los temas con los que trata el PdA van mucho más allá del alcance de las acciones que típicamente se implementan como parte de las políticas de población, género y SSR desarrolladas por los gobiernos o los programas de país del UNFPA que las apoyan. En teoría, por lo tanto, podría considerarse a la gama completa de temas considerados en el PdA de la CIPD como precursores de inquietudes similares planteadas posteriormente en la agenda de los ODM. Sin embargo, aunque es posible establecer afinidades sustantivas pero formales de este tipo entre las dos agendas, esto no sería muy productivo. Es cierto, por ejemplo, que la CIPD planteó una serie de inquietudes relacionadas con la educación, particularmente la educación de las niñas, y que inquietudes similares tuvieron eco posteriormente en la Declaración de los ODM. Por lo tanto, una comparación formal de ambos documentos podría destacar la coincidencia de objetivos e incluso estrategias. Pero plantear la educación como una contribución importante del PdA de la CIPD a la realización de la agenda de los ODM resultaría inútil porque, más allá del amplio apoyo político a procesos y principios, el PdA de la CIPD no ha conducido a acciones importantes en materia de políticas en esta área, por la sencilla razón de que pertenece a un conjunto diferente de actores institucionales. Más que sistemáticamente referirse a estos temas más amplios identificados en el PdA de la CIPD, pero no reflejados

en acciones específicas significativas en programas y políticas-, el documento se concentrará en aquellos temas que han sido centrales para la implementación real del PdA de la CIPD por los gobiernos y el UNFPA, y en procesos que claramente caen dentro del ámbito de la población, aun cuando no hayan inspirado acciones programáticas.

Un segundo principio rector tiene que ver con la *dirección de las relaciones* entre las agendas de la CIPD y los ODM y la necesidad de ir más allá del establecimiento de meras asociaciones y factores comunes. Tal como se hizo notar en la sección anterior, las influencias por lo general van en ambos sentidos: ambas agendas comparten una amplia intersección temática, y el logro de cada una de ellas depende en cierta medida del logro de la otra. En algunos contextos, tal como la preparación de los ASP, ambas direcciones de causalidad son importantes. Por ejemplo, un ASP normalmente analizará la contribución potencial de la CIPD al logro de los ODM, pero también tratará de dilucidar el contexto en el que el programa del UNFPA tiene que ser implementado, incluida la manera en la que el éxito relativo o la falta de éxito al abordar temas centrales de la agenda de los ODM contribuirá o creará obstáculos para el logro de los objetivos de la CIPD en el país. La magnitud de la pobreza en el país y las acciones de política pública emprendidas para reducirla son una dimensión particularmente importante del contexto en el que el UNFPA tiene que operar. En lo que respecta a algunos otros temas, tales como la reducción de la mortalidad materna, las dos agendas coinciden tanto que probablemente resulte difícil distinguir entre una dirección causal y la otra.

Sin embargo, en el contexto de los MDGR nacionales, los PRSP y los procesos de programación conjuntos con agencias colaboradoras de Naciones Unidas, por lo general resulta insuficiente sólo establecer asociaciones, por ejemplo, para mostrar cómo es que las características de salud reproductiva y la conducta de la población varían por niveles de pobreza u otras características sociales, sin definir una dirección de causalidad. Documentar la forma en la que el acceso a la SSR – tal como lo manifiestan las brechas entre los tamaños de familia deseados y alcanzados – varía en este respecto es ciertamente un ingrediente necesario de una perspectiva de pobreza que tiene que ser tomado en cuenta en el diseño de las estrategias de SSR nacionales (por ejemplo, para decisiones en relación con la focalización o el acceso universal a servicios) y los programas de país del UNFPA. Pero la mera diferenciación de las características de la población por nivel de pobreza no demuestra la relevancia de las intervenciones de SSR para reducir la pobreza. Lo que tiene que mostrarse es que los patrones reproductivos no sólo varían por nivel de pobreza, sino que su cambio en realidad contribuirá a *disminuir* esos niveles. En otras palabras, es necesario ir más allá de la identificación de factores comunes en cuanto al propósito y más allá de las asociaciones estadísticas, y pasar a la identificación de vinculaciones causales sugerentes de la contribución potencial al desarrollo posible por medio de inversiones en población, género y SSR. Como mínimo, lo anterior exige la descontaminación de las relaciones observadas, eliminando interacciones espurias (por ejemplo, las causas subyacentes comunes) que puedan explicar la aparente asociación. De manera general, esto implica el uso de técnicas estadísticas multivariadas para controlar la influencia de estos factores.

El énfasis dado a la causalidad sitúa a esta Guía un tanto aparte de la corriente general de los ejercicios analíticos actuales con respecto a los ODM al interior del Sistema de las Naciones Unidas. Desde que se formularon las Metas de los ODM, ha existido un esfuerzo por definir indicadores adecuados para medir el avance en su logro a nivel nacional. Esto ha dado como resultado los 48 indicadores estándar que se muestran en la Cuadro I.2, a los que algunos países han añadido elementos adicionales, particularmente en áreas tales como género y fuerza laboral. Más recientemente, ha existido una inquietud acerca de la desigualdad en el avance por diferentes segmentos poblacionales, lo cual ha conducido a la desagregación de indicadores por estrato de pobreza u otros diferenciadores sociales relevantes, tales como raza o etnia. Aun cuando este refinamiento sin duda resulta útil para fines de monitoreo, no aborda la cuestión de las causas subyacentes que ayudarían a identificar las estrategias más eficaces. Incluso para fines de monitoreo, contiene un cierto elemento de arbitrariedad en la medida en que las desagregaciones estándar no siempre son pertinentes al fenómeno que se está monitoreando. Puede suceder, por ejemplo, que la violencia doméstica no varíe notablemente por nivel de pobreza, pero que sí muestre variaciones pronunciadas por estructura familiar. O que, al mismo tiempo que los diferenciales educativos por nivel de ingresos pudieran estar disminuyendo, pudieran estarse ampliando entre diversos grupos étnicos. A final de cuentas, lo que importa son las causas que subyacen a estas diferencias y su evolución a lo largo del tiempo. Es por esta razón que la Guía para las ASP que está siendo elaborada al mismo tiempo que este documento, no se detiene con la documentación de tendencias y diferenciales; también contiene un capítulo sobre impactos cuyo objetivo precisamente es identificar los mecanismos causales y las posibles intervenciones de política pública.

Reconocidamente, establecer una causalidad en los procesos sociales y demográficos no es una tarea fácil (sobre este tema, ver Moffitt, 2003, y Smith, 2003, por ejemplo); así aun cuando la purificación de las relaciones espurias es un primer paso necesario, incluso esta versión descontaminada de la relación, de sostenerse, no garantiza que la causalidad apunte en la dirección requerida; por lo general, esta conclusión únicamente puede derivarse de bases teóricas. En el contexto del Objetivo 8, por ejemplo, el Instituto Alan Guttmacher y el UNFPA (Singh et al., 2003) han argumentado que la accesibilidad y la disponibilidad garantizadas de medicamentos básicos (Meta 17) contribuirán a la universalización del acceso a la salud reproductiva. Si bien ésta es ciertamente un área en común entre las agendas de la CIPD y los ODM, no se abordará aquí, toda vez que la causalidad en este caso va en la dirección opuesta. En otros casos, en los que la dirección de la causalidad resulta menos evidente, se hará notar este aspecto en el texto. En aquellos casos en los que las asociaciones aparentes puedan ser atribuidas a causas subyacentes comunes, se hará un intento por controlar esos factores. Es cierto que algunos de estos controles podrían mejorarse. Los especialistas en econometría podrían objetar, por ejemplo, que casi toda la evidencia presentada se basa en análisis transversales y que la dimensión del tiempo, que podría añadir otra perspectiva más convincente acerca de las relaciones causales, por lo general está ausente. Sin embargo, por deseable que pudiera ser, cualquier análisis adicional de este tipo tendrá que esperar para una ocasión futura.

En este contexto, un aspecto sobre el que tomó algo de tiempo decidir es si la presente Guía debería incluir una discusión detallada de las sinergias entre las diferentes metas de los ODM, tales como la influencia de la educación (Meta 3) en la reducción de la pobreza (Meta 1). Una decisión particularmente difícil fue si la Guía debería elaborar acerca de la relación entre la pobreza monetaria (Meta 1) y todos los demás Objetivos y Metas, algo que estaría justificado, aunque sería una especie de ejercicio de confirmar lo obvio. Al final, se decidió no discutir todas estas sinergias de manera sistemática, sino sólo algunas de las más importantes o menos obvias, particularmente aquéllas en las que el vínculo entre las dos Metas de alguna manera se encuentra mediado por procesos poblacionales, o en las que la Meta que causa el efecto tiene un significado especial desde el punto de vista de la agenda de la CIPD, tal como la equidad de género y su relación, por ejemplo, con la supervivencia infantil.

Tomando en consideración las distinciones hechas en los párrafos anteriores, existen dos tipos de nexos causales de interés:

1. El primero tiene que ver con aquellas vinculaciones que directamente involucren al PdA de la CIPD, en las cuales se pueda demostrar que efectivamente las acciones promovidas por la CIPD tienen un impacto directo en la realización de Metas u Objetivos de los ODM específicos.
2. Un segundo tipo de vinculación tiene que ver con aquellos procesos poblacionales (por ejemplo, la tendencia a tener un menor número de hijos que mantengan a sus padres en su edad avanzada y el efecto consiguiente sobre la pobreza de las personas mayores) que no pueden o no deberían verse influenciados directamente a través de la acción en materia de políticas, sino que requieren de acciones complementarias en otras áreas (por ejemplo, incentivos fiscales para facilitarle a las familias el cuidado de sus parientes de edad avanzada) o que deberían tomarse en cuenta como variables de fondo en la formulación de políticas hacia la realización de los ODM (por ejemplo, el enfoque específico en las tendencias de pobreza entre las personas mayores en las políticas para la reducción de la pobreza).

Ambos nexos deben distinguirse de aquellas situaciones en las que los ODM no son nada más que un contexto para la implementación de la CIPD. Esto último sólo será abordado marginalmente en esta Guía, ya que por lo general es más importante para el UNFPA demostrar su contribución potencial a la agenda de los ODM que detallar la forma en la que sus actividades son condicionadas por el contexto del proceso de los ODM. No todas los nexos causales pertinentes a los puntos 1 y 2 pueden ser establecidas de manera incuestionable, y algunas continúan siendo candentemente debatidas entre los expertos. Por lo tanto, un tercer y último subproducto del presente ejercicio es el siguiente:

3. Una descripción general de lo más reciente en materia de conocimientos y brechas de conocimiento relativos a las vinculaciones críticas en materia de población y desarrollo pertinentes al logro de los ODM, incluidos los puntos de vista en conflicto que todavía existen sobre ciertos temas.

Un tercer lineamiento metodológico general tiene que ver con lo que podríamos llamar *la naturaleza transversal de los temas de población* en la agenda de los ODM. Los temas

de población y SSR, en sus varias dimensiones, no fueron contemplados originalmente (antes de la inclusión reciente de la Meta de salud reproductiva) como Objetivos o Metas distintos en la agenda de los ODM, pero se encuentran implícitamente presentes en toda la agenda de los ODM en una medida mayor que algunos de los Objetivos y Metas existentes. En la Introducción ya se hizo alusión a este punto. Por lo tanto, es importante que las interacciones que vinculan a los temas de población y SSR con la agenda de los ODM se hagan explícitas con respecto a la gama total de estos últimos y no sólo con respecto a los dos o tres temas en los que UNFPA tradicionalmente ha tenido más visibilidad. Obviamente, la fuerza y la relevancia de las vinculaciones varían. En algunos casos, tienen implicaciones programáticas directas para las actividades patrocinadas por el UNFPA en los países. En otros casos, las vinculaciones son relevantes primariamente en cuanto que revelan una apreciación insuficiente sobre las interacciones poblacionales importantes que afectan el logro de algunos Objetivos o Metas, aunque es relativamente poco lo que los gobiernos o el UNFPA pueden hacer para guiar esos procesos. Sin embargo, es importante prestar atención a estas interacciones, toda vez que requieren de estudio con el fin de contribuir a la toma de decisiones de mejor calidad en materia de políticas públicas.

Siempre que sea posible, este documento intentará *cuantificar las interacciones que identifica*. Los ODM interactúan con una amplia gama de fenómenos y aspectos sociales, y resulta fácil plantear argumentos conceptuales, en la forma de esquemas y diagramas, acerca de por qué cualquiera de ellos puede afectar el logro de cualquier número de Objetivos y Metas. Sin embargo, desde un punto de vista de la promoción de apoyos políticos, el argumento es mucho más sólido si se puede cuantificar, particularmente si se puede plasmar en la forma de proyecciones, como un primer paso hacia el análisis de costos y beneficios, el cual es un ingrediente necesario de la gestión basada en resultados. Una cosa es decir que las tendencias poblacionales afectan la reducción de la pobreza, y otra cosa totalmente diferente y más poderosa es decir que las tendencias poblacionales actuales en la región de ALC, resultantes de las reducciones en la fecundidad de las últimas 3 a 5 décadas, pueden generar un efecto de reducción de la pobreza que equivale aproximadamente a un 1-1.5 % de crecimiento económico adicional por año. Las decisiones en materia de políticas por lo general tienen que tomarse sobre la base de los costos y los beneficios esperados de las estrategias de intervención alternativas. Por lo tanto, es esencial tener una idea lo suficientemente clara acerca de los beneficios esperados de las intervenciones y las tendencias poblacionales para hacerlas comparables con las alternativas. Ésta es la razón por la que este documento hará un esfuerzo especial por presentar evidencia cuantificable que pueda compararse con datos acerca del impacto potencial de otras intervenciones en materia de políticas. Es probable que algunos lectores encuentren el énfasis en la evidencia cuantitativa un tanto insatisfactorio, en la medida en que le otorga menos consideración a los estudios cualitativos existentes en las diferentes áreas discutidas en el texto, pero esto fue una decisión conciente motivada por los objetivos específicos del estudio.

Los análisis llevados a cabo o a los que se hace referencia en este documento son ilustrativos, más que exhaustivos. Desde un principio, resultó obvio que la aplicación

consistente de todos los análisis a todos los países de la región, aun cuando fuera técnicamente posible (si bien en muchos casos no lo es), excedería por mucho los límites financieros y temporales del proyecto. Se espera que las oficinas de país puedan encontrar inspiración en las ideas planteadas aquí para llevar a cabo sus propios análisis de país, posiblemente dentro del marco de sus ASP.

En todos los casos en los que ha sido posible, el documento se ha basado en los Informes de Avance Hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGR), y existe un buen número de pasajes de estos informes que aparecen citados literalmente en el texto. Además, el texto incluye un gran número de otras citas literales, a partir de una variedad de documentos científicos y de políticas. En aquellos casos en los que existen disponibles versiones autorizadas en el idioma castellano de estos documentos, las citas fueron tomadas de estas versiones. Todas las demás citas fueron traducidas por el proyecto. En caso de dudas acerca del origen de las traducciones, deberá consultarse la Bibliografía: los documentos que cuentan con traducciones oficiales al castellano aparecen listados en castellano, los demás en inglés o portugués. Los nombres de autores institucionales (Naciones Unidas, Banco Mundial, CEPAL, etc.) y sus siglas generalmente se citan en castellano, a no ser en el caso de siglas internacionales que no suelen ser traducidas (UNFPA, UNICEF). También se han mantenido algunas abreviaciones según la convención usada en la versión en inglés (MDGR, PRSP, CPA), por ser más reconocidas.

Tal como lo sugiere el título, el presente documento es una *guía de referencia.* Su objetivo no es ser un desarrollo sistemático de un cuerpo de teorías sobre población, SR, género y los objetivos de la agenda de los ODM que los lectores deberán estudiar como si fuera un libro de texto. Tampoco es una guía para la formulación de políticas que proponga acciones específicas a ser emprendidas con respecto de cada uno de los ítems de la agenda. Los lectores pueden consultarlo con el fin de obtener información sobre datos, análisis y perspectivas teóricas (incluidos marcos explicativos opuestos) relacionados con la dimensión poblacional de aspectos específicos de la agenda de los ODM, según sea necesario. Es probable que sean pocos los usuarios que en algún momento sientan la necesidad de leerlo en su totalidad.

Las relaciones establecidas en este documento han sido compiladas para apuntalar y guiar la formulación de políticas, pero de ninguna manera sugieren, por sí mismas, políticas específicas. El vínculo que va de identificar relaciones empíricas y apoyarlas con evidencia a la acción en el ámbito de las políticas jamás es directo, ya que esto último involucra varios otros elementos. Si bien ofrece algunas recomendaciones en materia de políticas, el enfoque predominante del presente documento es instrumental: muestra cómo es que ciertos procesos (aquellos que constituyen el objeto de la agenda de los ODM) cambian bajo la influencia de otros (aquellos que integran el ámbito de la población). Pero no todo el conocimiento acerca de las relaciones de interés empíricas es viable. En el área de población, esto es bastante evidente. Muchos de los indicadores de la CIPD en la descripción general de indicadores del capítulo anterior son meramente contextuales y no están pensados para ser el objeto de la acción. No obstante, los procesos que describen son importantes para las

políticas públicas, toda vez que, como mínimo, pueden cambiar las suposiciones en las que estas políticas se basan. Los procesos demográficos pasados han creado retos y oportunidades en lo que respecta al ambiente de las decisiones en materia de políticas, peo incluso si este ambiente es favorable, eso no significa que los países pueden repetir estos mismos procesos en el futuro: en algunos casos, tales como el "bono" o "dividendo" demográfico, se trata de oportunidades únicas que no se pueden recrear. Lo mejor que se puede hacer es estar concientes de sus consecuencias y actuar según corresponda.

En otros casos, las relaciones empíricas sugieren varios cursos de acción, algunos de los cuales pueden no ser admisibles por razones éticas o políticas o por los efectos secundarios que pudieran generar. Por ejemplo, el hallazgo de que el deseo de formar familias es uno de los motivos por el que las chicas adolescentes abandonan la escuela podría sugerir una política que lo dificulte. Sin embargo, es probable que ésta no sólo fuera ineficaz, sino que también fuera incompatible con la perspectiva de derechos humanos promovida por la CIPD y UNFPA.[1] Del mismo modo, el hallazgo de que las desigualdades sociales que engendran la pobreza son agravadas por patrones de reproducción diferenciales no justifica, por sí mismo, políticas que reduzcan la fecundidad entre los pobres. Entre otras cosas, esto depende de la forma en la que la política propuesta reduciría o expandiría los derechos de las personas afectadas. Por otro lado, rechazar la existencia de dicha relación o su estudio detallado sobre la base de una perspectiva de derechos significa ignorar información valiosa para la formulación de políticas públicas que pueden afectar o no la fecundidad de los pobres. En este sentido, la presunción de una contradicción entre las aproximaciones "instrumental" y "de derechos" a los temas de población y SSR no es compartida por el presente documento. Más bien, la premisa subyacente es una de complementariedad, en el sentido de que para la formulación de políticas públicas consistentes se requiere tanto de claridad acerca de los derechos a ser garantizados como de los instrumentos necesarios para alcanzar esas garantías. Una política pública que no haga explícitos los derechos que busca garantizar puede caer presa de la búsqueda sin sentido de unos cuantos indicadores macro. Pero las intervenciones en materia de políticas no pueden limitarse a la delimitación de derechos: una política pública que únicamente proclame derechos sin especificar los instrumentos para alcanzarlos –que no sólo respeten estos y otros derechos humanos, sino que también sean realistas desde el punto de vista de la política pública y estén basados en un entendimiento correcto de las relaciones involucradas– está destinada al fracaso. Lo que necesita determinarse es qué esferas de las políticas públicas pertenecen al ámbito de los derechos y cuáles son esferas legítimas de las intervenciones instrumentales. El ámbito de la población, al igual que la mayoría de las áreas de la política pública, contiene elementos de ambos.

Finalmente, un comentario acerca de la especificidad de esta Guía en lo que respecta a la región de ALC. Aun cuando la agenda de los ODM es un esfuerzo global y muchos de los principios identificados en este manual son igualmente aplicables a otras regiones,

[1] De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Art. 23.2), el hombre y la mujer tienen derecho a contraer matrimonio, aun cuando este derecho está condicionado por una "edad para contraer matrimonio", que normalmente se define como los 18 años de edad.

existen, no obstante, ciertas cuestiones que son particulares a la región de ALC. Tal como el ex Secretario-General, Kofi Annan, lo hizo notar durante la Cumbre Iberoamericana, en Santa Cruz, el 17 de noviembre del 2003:

> *"Sus esfuerzos por alcanzar el Objetivo del Milenio primordial y más importante, consistente en erradicar la pobreza extrema y el hambre, se han visto frustrados en toda la región por un círculo vicioso de decepcionante crecimiento económico y persistente desigualdad (...) Una estrategia de desarrollo digna de ese nombre no puede soslayar las desigualdades patentes entre los distintos grupos sociales, lo cual es aún más cierto cuando las diferencias socioeconómicas coinciden con las divisiones étnicas. Habría que prestar especial atención a las necesidades de quienes comparten la amarga experiencia de la marginación, ya se trate de minorías o mayorías, de ascendencia africana u origen indígena. Y es preciso abordar las desigualdades en cuanto a la propiedad de la tierra mediante reformas agrarias imaginativas. Algunos de ustedes ya han adoptado medidas en ese sentido. Como la mayoría de sus países se clasifican entre los países de "ingresos medianos" y no entre los menos adelantados, los insto a que no se conformen con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino que eleven la mira. ¿Acaso no deberían ustedes, para 2015, no sólo reducir a la mitad sino eliminar la pobreza extrema, reducir a la mitad cualquier otro tipo de pobreza y reducir significativamente la desigualdad en cuanto a la riqueza y los ingresos?"* [2]

Según el BID (2005), las prioridades específicas de la región de ALC caen bajo las siguientes categorías:

- Hacer más énfasis en la desigualdad y la exclusión
  - o Hacer énfasis en los indicadores de desigualdad para monitorear el ODM 1
  - o Incluir la consideración de la desigualdad y la exclusión en los ODM sobre salud educación
- Metas de educación más ambiciosas
- Adaptar los ODM de salud al perfil epidemiológico de la región
- Adaptar el ODM 3 para fortalecer la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer
  - o Igualdad entre los géneros en términos de capacidades
  - o Igualdad entre los géneros en el acceso a recursos y oportunidades
  - o Mejorar la seguridad para la mujer
- Incluir la vulnerabilidad a los desastres naturales en los ODM sobre el medio ambiente
- ODM 8: Fortalecer la Cooperación Internacional para el Desarrollo
  - o Asistencia Oficial para el Desarrollo
  - o Acceso a mercados
  - o Sostenibilidad de la deuda
  - o Empleo juvenil
  - o Acceso sostenible a medicamentos de bajo costo
  - o Acceso a tecnologías de la información y comunicación

[2] http://www.un.org/apps/sgstats.asp?nid=644 (consultado por última vez en mayo del 2007).

En general, éstos son también temas que recibirán una atención especial en el presente documento.

Los niveles de pobreza relativa y los aspectos de exclusión social ameritan una atención especial en la región de ALC, además de la preocupación más general acerca de la pobreza absoluta. El tema de la desigualdad entre los géneros (Meta 3), por el otro lado, en la región de ALC, y particularmente en la subregión del Caribe, tiene connotaciones diferentes de aquellas en Asia o África. Aunque el logro de la igualdad entre los géneros en lo que se refiere a la educación continúa siendo un tema de importancia considerable en estas últimas regiones, este objetivo ha sido alcanzado en gran medida, o incluso ha sido rebasado, en la región de ALC. El acceso al mercado laboral y el trato igual en el mismo, la violencia doméstica y la participación política son los principales temas de igualdad entre los géneros que necesitan ser abordados en esta parte del mundo.

Además, con alrededor de un 80% de la población latinoamericana actualmente residiendo en áreas urbanas, el entorno urbano es un tema que demanda por lo menos tanta atención como los temas de cubierta forestal y sostenibilidad rural que forman el basamento de la agenda sobre medio ambiente de los ODM. Por último, la región de ALC va por buen camino para convertirse en una región con un bajo nivel de fecundidad. Actualmente, sólo alrededor del 6.3% de la población vive en países con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, pero después del 2010 este porcentaje se incrementará rápidamente, y para el 2017 la variante media de las proyecciones de población elaboradas por la División de Población de las Naciones Unidas sugiere que más de la mitad de la población estará en esta situación. Esto determinará cada vez más el contexto en el que la agenda de los ODM necesita ser instrumentada, tal como se planteará en los capítulos siguientes.

ODM 1:
Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.

Probablemente no sea coincidencia que la erradicación de la pobreza y el hambre figure como el primer Objetivo de la agenda de los ODM. En palabras de Haslegrave y Bernstein (2005), se trata del punto central del marco de metas. La CEPAL ha hecho eco de esa misma idea en el MDGR regional para la región de ALC:

> *"Esta meta ocupa un lugar central en el conjunto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por cuanto el esfuerzo por combatir la pobreza extrema guarda estrecha relación con prácticamente todas las demás Metas. De hecho, bien podría describirse como el trasfondo general de las demás necesidades no satisfechas en la Declaración del Milenio." (CEPAL, 2005 a: 24)*

La guía sobre la contribución potencial del UNFPA a las Estrategias de Reducción de la Pobreza (UNFPA, 2005 d: 4) va todavía más allá, al añadir que "a medida que el financiamiento para el desarrollo se dirija cada vez más por medio de los marcos para la reducción de la pobreza, el UNFPA deberá involucrarse efectivamente en el proceso de Estrategias para la Reducción de la Pobreza."

Aunque existe un acuerdo sustancial en el sentido de que la pobreza es un fenómeno multidimensional que se refiere a la falta de opciones con respecto de un número de dimensiones de la calidad de vida (Sen, 1982, 1985), la Meta 1 de los ODM está formulada en términos monetarios convencionales. Una posible forma de leer la agenda de los ODM es que la reducción de la pobreza –en el sentido más amplio– es el objetivo central al que los otros ODM deben contribuir de una manera u otra. En este caso, todas las Metas deberían considerarse como dimensiones de la reducción de la pobreza lato sensu, de las cuales la pobreza monetaria y el hambre son un componente central, pero de ninguna manera el único. Al mismo tiempo, la realización de las otras Metas se beneficiará importantemente del logro de la Meta 1.

El número absoluto de personas que viven en pobreza extrema en la región de ALC es mucho menor que en el Este de Asia, el Sur de Asia o África. Sin embargo, el porcentaje difícilmente ha cambiado entre 1981 y 2001, a pesar de que se estaban presentando reducciones sustanciales de la pobreza extrema en el Sur y el Este de Asia. Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú están entre los países que registraron un crecimiento económico negativo durante este periodo. Más recientemente, la crisis económica ha afectado a algunos países, como fue el caso de Argentina en el 2002. Pero, por sí misma,

la tendencia observada en estos países no da cuenta del estancamiento de la disminución de la pobreza en la región. Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay juntos sólo representan aproximadamente una sexta parte de las personas en pobreza extrema en la región de ALC (CEPAL, 2005 a). Los diez países más pobres en la región, con PIBs (computados en términos de la PPA) de $ 4,750 dólares estadounidenses o menos, representan una cuarta parte de los extremadamente pobres y una quinta parte de los pobres de la región, mientras que casi la mitad de los extremadamente pobres y más de la mitad de los pobres viven en Brasil, México y Colombia (con base en datos del *Informe sobre Desarrollo Humano* 2005). Aunque la pobreza es más intensa en las áreas rurales, la mayoría de los pobres de ALC viven en áreas urbanas,[1] en donde se encuentran desempleados o empleados en el sector informal, carentes de protección social y de acceso a servicios esenciales (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 a), debido al hecho de que las áreas urbanas no son capaces de generar suficiente empleo para absorber a la población que abandona las ciudades pequeñas y rurales, además de su propio crecimiento vegetativo (Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, 2005 a; Skeldon, 2005).

A menudo se argumenta – y por buenas razones – que reducir la pobreza mejorará la salud reproductiva, reduciendo con ello las tasas de mortalidad (Cohen et al., 2003). Pero la pregunta más importante en el contexto presente es si incrementar el acceso a la atención primaria a la salud y particularmente la SSR – aparte de su papel en el mejoramiento de la calidad de vida con respecto a problemas tales como la mortalidad infantil, materna y de niños – puede contribuir más directamente a aliviar la pobreza, en el sentido en el que se definió a la pobreza anteriormente. El acceso universal a la SSR conduce a tasas de fecundidad más bajas, un crecimiento poblacional más lento, una composición etaria más favorable (menores razones de dependencia), una fuerza laboral más productiva, un mayor crecimiento económico y, finalmente, una reducción de la pobreza. Las menciones de estas interacciones en los MDGR nacionales son escasas, aunque algunos sí las destacan, como es el caso del primer MDGR de Nicaragua (2003), el cual hizo notar que la pobreza en Nicaragua es reforzada por factores demográficos, tales como las altas tasas de crecimiento poblacional, fecundidad, y mortalidad materno-infantil. El documento *Promoting Reproductive Health as a poverty reduction strategy* (UNFPA, 2002 b: 3-4), que se basa en el Banco Mundial (2002 a) y el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (2001), afirma que:

> *"La mortalidad y la morbilidad entre adultos en plena edad productiva tienen consecuencias macroeconómicas severas relacionadas con la pérdida del ingreso, el ahorro y la productividad del trabajador. En el ámbito del hogar, la enfermedad le impone una carga innecesaria a los pobres, que se ven forzados a vender su ganado y otros activos para sufragar el costo del tratamiento y compensar el ingreso perdido. En estudios de caso compilados por el Banco Mundial, ésta emergió como la razón más común por la que las familias han caido en la pobreza. Con demasiada frecuencia, los padres debilitados por la enfermedad se ven forzados a sacar a sus hijos de la escuela*

[1] Estimaciones recientes indican que el 60% de los pobres y la mitad de los extremadamente pobres de la región de ALC viven en áreas urbanas (Fay y Laderchi, 2005).

y enviarlos a trabajar, perpetuando el ciclo de la pobreza intergeneracional. De esta forma, dada la estrecha asociación entre pobreza y salud, la promoción de la buena salud es una poderosa arma para combatir la pobreza y promover el desarrollo."

Las asociaciones estadísticas entre los niveles de fecundidad y el nivel de pobreza en los países en vías de desarrollo abundan. Leete y Schoch (2002) sugieren un número de ellas, tal como lo muestra su Gráfico 1.1 (no reproducido aquí), que muestra cómo la proporción de la población que gana menos de 1 dólar por día (PPA) varía sistemáticamente según la Tasa Global de Fecundidad (TGF). Similarmente, casi todos los estudios, independientemente del tipo de población y el nivel de desagregación, muestran que el tamaño de hogar promedio y la incidencia de la pobreza están correlacionados (Lipton y Ravallion, 1995; Merrick, 2001). El problema con las asociaciones estadísticas de este tipo es que por lo general están abiertas a más de una interpretación. O las altas tasas de fecundidad hacen más difícil escapar de la pobreza, o pueden ser una consecuencia de la pobreza, por ejemplo, porque los padres pobres sienten que necesitan más hijos que les ayuden en la agricultura de subsistencia y los mantengan al llegar a una edad avanzada.

En años recientes, las diferentes interrelaciones entre los temas de población, incluidos la salud reproductiva y el género, y la incidencia de la pobreza se han vuelto objeto de un estudio más intensivo que en el pasado. El escrito de Greene y Merrick (2005) resume muchos de estos estudios; el presente capítulo se basa en esta descripción general, pero añade otros aspectos, particularmente relacionados con los fenómenos poblacionales que van más allá de la SSR. Existen diferentes formas de clasificar las diferentes rutas que vinculan población con pobreza. Una es el anexo introducido por Eastwood y Lipton (2001), en el que detallan cómo es que los cambios en el tamaño de la población y la estructura etaria influyen en la pobreza, tanto a nivel macro como micro, alterando:

1. La tasa de crecimiento del consumo y el ingreso por persona a través, por ejemplo, del efecto de una mayor inversión y un mayor ahorro: éste es el *efecto de crecimiento*;
2. La distribución del consumo y el ingreso derivada de las tasas diferenciales de transición demográfica: éste es el *efecto de distribución*; y/o
3. La capacidad de los pobres, con énfasis en las mujeres y los niños, para convertir un nivel de consumo e ingreso dado en requerimientos nutricionales y para acceder, por ejemplo, a servicios sociales básicos: éste es el *efecto de conversión*.

Los primeros dos efectos se pueden analizar mejor en un nivel macro, mientras que el efecto de conversión puede abordarse mejor en un nivel micro.

El documento del UNFPA anteriormente citado, *Promoting Reproductive Health as a poverty reduction strategy*, distingue entre cuatro canales principales a través de los cuales los programas de SSR contribuyen a la reducción de la pobreza:

1. Reducir la carga de la enfermedad, es decir, reducir el número de años de vida saludable perdidos por la enfermedad y la mortalidad asociadas con las condiciones de salud reproductiva, promoviendo la salud materna, evitando recurrir a abortos inseguros, previniendo las infecciones de transmisión sexual (ETS), incluido el

VIH, y por medio de la prevención y detección temprana de cánceres de los órganos reproductivos;

2. Reducir los embarazos no deseados a través de la planificación familiar, lo cual da como resultado una menor fecundidad y un crecimiento poblacional más lento en los países más pobres, reduciendo con ello sus razones de dependencia juvenil y creando ventanas de oportunidad para el crecimiento económico;
3. Dirigirse a los adolescentes y los jóvenes a través de estrategias de comunicación y un mayor acceso a los medios para prevenir las ETS, los embarazos tempranos y los abortos inseguros;
4. Abordar las dimensiones de género de la pobreza y la SSR y promover el empoderamiento económico de la mujer, suministrando acceso a recursos, información y servicios.

En cierto sentido, estas dos clasificaciones son complementarias en el sentido de que aquélla de Eastwood y Lipton especifica los *niveles* en los que las interacciones tienen lugar, mientras que la clasificación del UNFPA especifica *rutas causales* a diferentes niveles. Sin embargo, al intentar interrelacionar las dos, se notan varias lagunas. La siguiente clasificación preserva las principales características de las dos anteriores, pero intenta suministrar un poco más de detalle y zanjar algunas de las brechas.

1.1. El vínculo entre el embarazo no deseado, fecundidad, crecimiento poblacional y crecimiento económico agregado
1.1.1. Los efectos de crecimiento asociados con las razones de dependencia juvenil y el bono demográfico
1.1.2. Los efectos de crecimiento asociados con las transferencias intergeneracionales
1.1.3. Los efectos de crecimiento asociados con el envejecimiento de la población
1.1.4. El vínculo entre morbilidad, crecimiento económico y reducción de la pobreza
1.2. La importancia de los efectos distributivos
1.2.1. Pobreza estructural y transitoria
1.2.2. El vínculo entre fecundidad y movilidad socioeconómica
1.2.3. El bono demográfico en el contexto de la desigualdad económica y demográfica
1.2.4. El modelo DMPAP para la proyección de la pobreza
1.2.5. El vínculo entre pobreza y riesgos de morbilidad individuales
1.2.6. El vínculo entre pobreza y embarazos no deseados
1.2.7. Pobreza y grupos de población críticos
1.2.7.1. Pobreza y juventud
1.2.7.2. El papel de los factores de género
1.2.7.3. La pobreza y los adultos mayores
1.2.7.4. Grupos raciales y étnicos minoritarios
1.2.7.5. Personas con discapacidades físicas y mentales
1.2.7.6. Desplazados Internos (DI)
1.3. El vínculo entre pobreza y migración interna

1.4. El vínculo entre pobreza y migración internacional
1.4.1. Remesas
1.4.1.1. Equilibrio macroeconómico
1.4.1.2. Multiplicadores y efectos de crecimiento económicos
1.4.1.3. Los efectos distributivos en la reducción de la pobreza
1.4.2. Diásporas, migración de retorno y actividades transnacionales
1.5. Efectos de conversión

Además de estas rutas de los determinantes población-pobreza, el presente capítulo tiene las siguientes secciones acerca de la Meta 2, la erradicación del hambre, y la recientemente introducida Meta de trabajo digno para todos:

1.6. El vínculo entre el crecimiento poblacional y el hambre
1.6.1. El papel del crecimiento y la composición poblacionales en la seguridad alimentaria
1.6.2. El vínculo causal entre la desnutrición y los patrones reproductivos
1.7. Una nueva Meta bajo el ODM 1: empleo pleno y productivo y trabajo digno para todos
1.7.1. Empleo juvenil
1.7.2. Trabajo digno para otros grupos poblacionales

1.1. El vínculo entre el embarazo no deseado, fecundidad, crecimiento poblacional y crecimiento económico agregado

¿Hasta qué punto es el crecimiento económico una condición necesaria y suficiente para la reducción de la pobreza? La mayoría de los estudios a nivel macro acerca de los efectos económicos del cambio demográfico, tales como aquellos de Kelley y Schmidt (1995, 2001) y Bloom y Williamson (1998), se han centrado en el crecimiento económico más que en la reducción de la pobreza per se, a través del análisis de correlaciones entre países. Ésta es la línea de argumentación más tradicional de la literatura económica. Pero en realidad no es posible emitir el veredicto final sobre los efectos de reducción de la pobreza si no se considera el impacto distributivo del cambio poblacional, el cual se abordará en 1.2.

El análisis de la población en relación con el crecimiento económico tiene dos vertientes principales: una relacionada con el crecimiento poblacional per se, y otra relacionada con la composición poblacional resultante de patrones de crecimiento específicos, y más particularmente los efectos económicos agregados del llamado "bono demográfico" o "la ventana (de oportunidad) demográfica", que serán abordados con mayor detalle en 1.1.1. La cadena putativa de causalidad es: menos embarazos no deseados, que conducen a una menor fecundidad y, por lo tanto, a un menor crecimiento poblacional, y –por la vía de un número de variables intermedias tales como la reducción de las necesidades de inversiones en una infraestructura social en expansión y una mayor participación de la fuerza laboral– a un mayor crecimiento económico agregado, el cual finalmente reduce la pobreza.

Reconocidamente el debate a un nivel macro acerca de las correlaciones entre crecimiento poblacional agregado y crecimiento económico ha estado marcado por la controversia.

La mayoría de los representantes de la teoría de crecimiento neoclásica como Barro y Sala i Martin (1998) incluso han concluido que no existe una relación estadística demostrable entre los dos, mientras que Bloom y Sachs (1998), en su análisis entre países del crecimiento africano de la década de 1970 hasta la década de 1990, concluyen que, por el contrario, las variables demográficas y de salud jugaron un papel extremadamente importante en la determinación de las tasas de crecimiento económico. En parte, la dificultad para alcanzar conclusiones consistentes se deriva de la causalidad inversa involucrada en los procesos poblacionales (la ambigüedad del qué-causa-qué), lo cual ha hecho que las correlaciones entre países resulten difíciles de interpretar. En parte, también se deriva de las dificultades para especificar correctamente (en términos de qué variables) los modelos explicativos. Investigaciones realizadas en la última década o dos (Barlow, 1994; Crenshaw et al., 1997; Kelley y Schmidt, 1995; Mishra, 2004) han demostrado, por ejemplo, que las implicaciones económicas de una disminución en la tasa de crecimiento poblacional podrían ser bastante distintas, dependiendo de si ésta es causada por una disminución en la fecundidad o un incremento en la mortalidad. Estos estudios encuentran que las mediciones de la fecundidad, específicamente las tasas de natalidad pasadas, están negativa y significativamente asociadas con el crecimiento económico, considerando que este efecto puede ser contrarrestado por el impacto positivo de las reducciones de la mortalidad. De esta forma, en situaciones en las que la mortalidad ha disminuido significativamente, con poco cambio en la fecundidad, es probable que el crecimiento poblacional más rápido en realidad haya resultado benéfico para el crecimiento económico. Por otra parte, la importancia relativa de los efectos parece haber cambiado con el tiempo. Según Mishra (2004), por ejemplo, los efectos de la mortalidad fueron más importantes que los efectos de la fecundidad corrientes o rezagados durante las décadas de 1960 y 1970, pero datos entre países de la década de 1990 indican que en los países en vías de desarrollo ambos efectos de fecundidad se habían vuelto mucho más fuertes que el impacto de la mortalidad.

Usando nuevos datos y modelos econométricos mejor especificados aplicados a 45 países en vías de desarrollo y en transición, Eastwood y Lipton (1999, 2001) han podido demostrar los efectos sustanciales de las tasas brutas de natalidad en comparaciones de crecimiento económico y reducción de la pobreza entre países. En 1980, la incidencia de la pobreza promedio de estos 45 países fue del 18.9%. Si el país promedio hubiera reducido su tasa bruta de natalidad en 5 por cada 1,000 y mantenido este nivel a lo largo de la década de 1980, esta incidencia se habría reducido a 12.6% para 1990, una reducción del 33%. Por otro lado, una disminución de 5 por 1,000 en la tasa de natalidad neta en 1980, mantenida a lo largo de la década de 1980, habría incrementado la tendencia en el crecimiento anual del PIB per cápita en la década de 1980 en un 1.36% en un país en la mediana del PIB per cápita. El efecto de una reducción en la fecundidad depende del nivel inicial del PIB per cápita. Una disminución en la fecundidad neta está asociada con una reducción en la incidencia de la pobreza de aproximadamente un 8% para los países con un PIB bajo y de únicamente alrededor del 3% para aquellos países en los niveles iniciales más altos del PIB.

Con base en estos hallazgos, ellos critican la construcción de teorías prevaleciente en la economía del desarrollo, ya que en su mayor parte ignora estas interrelaciones:

> *"Probablemente la deficiencia más seria de estas "grandes nuevas ideas" de la economía del desarrollo sea su base empírica en estudios que, a excepción de Bloom y Williamson (1998), excluyen a la demografía. La transición de la fecundidad es una característica central del desarrollo y se encuentra entretejida con el crecimiento, la distribución y el progreso técnico inducido. Por lo tanto, parecería probable que la incorporación de cambios en la fecundidad humana, como causas y como efectos del cambio económico, a los "hechos estilizados" antes mencionados, es central para la agenda de investigación de la economía del desarrollo." (Eastwood y Lipton, 2001: 243)*

Una de las variables intermedias más tradicionales y al mismo tiempo más controvertidas en la vinculación causal entre el crecimiento poblacional y el crecimiento económico es la cantidad del ahorro de los hogares. El crecimiento económico está relacionado con la inversión y, más indirectamente, con el ahorro, el cual, a su vez, está relacionado con el crecimiento de la fuerza laboral y la composición de los hogares por la etapa del ciclo de vida en el que se encuentran. La importancia de esta vinculación, sin embargo, ha sido cuestionada con base en una serie de argumentos.

Antes que otra cosa, no existe un consenso alrededor la precisión con la que la composición etaria de los hogares influye en la conducta del ahorro. Los economistas han tendido a usar el llamado *modelo del ciclo de vida* (Ando y Modigliani, 1963; Tobin, 1967), el cual estipula un vínculo positivo entre el ahorro nacional y el crecimiento poblacional, ya que asume que el crecimiento poblacional rápido inclina la distribución etaria hacia los hogares jóvenes, que ahorran con el fin de suavizar el consumo a lo largo de su vida. Pero en realidad la mayoría del ahorro es generado por trabajadores en los años más avanzados de sus vidas económicamente activas, no por las familias en el pico de su edad reproductiva. En este sentido, la afirmación original de Tobin de la perspectiva del ciclo de vida es un tanto engañosa, ya que él sólo distinguía entre trabajadores y población retirada. Si se da cuenta de este hecho, la relación positiva entre crecimiento poblacional rápido y ahorro deja de ser aplicable. No obstante, el modelo ha sido usado ampliamente, aun cuando recibe poco apoyo de las encuestas de hogares,[2] y al parecer es menos aplicable en la mayoría de los entornos de los países en vías de desarrollo.

La *hipótesis de la dependencia* (Coale y Hoover, 1958), por otro lado, postula que en la primera parte de la transición demográfica las razones de dependencia infantil incrementan los requerimientos de consumo a costa del ahorro como resultado de tres efectos:

1. Dependencia según la edad: un incremento en la dependencia juvenil aumenta los requerimientos de consumo doméstico, deprimiendo con ello la tasa de ahorro;
2. Insuficiente acumulación de capital: una población en edad de trabajar en rápido crecimiento reduce la razón de capital a mano de obra, ya que el crecimiento poblacional per se no incrementa las tasas de ahorro, mientras que una proporción de jóvenes creciente tiende a reducir la razón del ahorro agregado;

[2] Por ejemplo, estudios tanto en países desarrollados (Kotlikoff y Summers, 1981) como en vías de desarrollo (Butelman y Gallego, 2001 sobre Chile) han encontrado que el ahorro doméstico entre las personas mayores no es necesariamente negativo. Desde luego, en la medida en la que muchos de estos hogares pueden depender de beneficios por retiro, esto no significa que lo mismo se aplique al ahorro en su conjunto.

3. Desvío de inversiones: un desplazamiento del gasto (principalmente gubernamental) a áreas tales como salud y educación a costa de las inversiones orientadas a la producción.

Como resultado de la reducida dependencia etaria, la segunda parte de la transición demográfica genera mayores ahorros y un rápido incremento del ingreso per cápita. Después de su impopularidad en las décadas de 1970 y 1980, esta hipótesis ha encontrado un apoyo cada vez mayor en la literatura más reciente: casi todos los análisis de macrodatos recientes sobre países en vías de desarrollo que explícitamente han realizado pruebas para identificar los impactos en la estructura etaria encuentran la presencia de los efectos Coale-Hoover en cierta medida (Collins, 1991; Higgins, 1998; Kelley y Schmidt, 1995, 1996; Taylor, 1995; Taylor y Williamson, 1994; Webb y Zia, 1990; Williamson, 2001). En la región de ALC, una investigación realizada en 1987 por UNCTAD, acerca de la relación entre población y ahorro/consumo, mostró que los efectos de la razón de dependencia son predictores estadísticamente significativos de la conducta del ahorro. En áreas con un alto crecimiento poblacional y poblaciones jóvenes, se presentan incrementos sustanciales en el consumo a medida que la dependencia aumenta.

El estudio de Williamson (2001) acerca del efecto de los cambios en la distribución etaria de la población en los cambios en la tasa de ahorro durante el periodo 1950-92 en el Este de Asia sugiere que en el período 1990-92 el ahorro se situó un 8.4% por encima de su promedio en 1950-92 como resultado de la transición a una carga de dependencia según la edad mucho más ligera. En contraste, en 1970-74 la tasa de ahorro fue un 5.2% menor que el promedio de 1950-92 como resultado de la pesada carga de la dependencia según la edad en aquel entonces. Podría decirse que los factores demográficos (la estructura etaria y posiblemente la expectativa de vida) son la explicación más importante al dar cuenta de estos cambios. La baja expectativa de vida con sus correlativos de alta mortalidad infantil y de niños, enfermedad extendida y horizontes de tiempo cortos, provee un entorno en el que el ahorro tiende a ser bajo. Esta hipótesis ha hecho un trabajo relativamente bueno al dar cuenta del ahorro en series de tiempo macro, particularmente en el caso del Este de Asia, aunque no es universalmente aceptada. Schultz (2004), por ejemplo, replicó las estimaciones del impacto de la demografía favorable del Este de Asia en el ahorro y encontró que el impacto se reducía sustancialmente cuando una de las variables (el ahorro desfasado) se hacía endógena.

El Este de Asia y América Latina han divergido considerablemente durante las últimas tres décadas, pero la evidencia empírica sistemática acerca de la conducta del ahorro de los hogares prácticamente ha sido inexistente, más allá del hecho bien establecido de que el papel del ahorro de los hogares en el pago de la inversión en la región de ALC históricamente ha sido muy modesto en comparación con el Este de Asia. Ciertamente, incluso en Chile, en donde el ahorro de los hogares es relativamente alto como resultado de la estructura del sistema de pensiones, únicamente representó el 2.0% del ingreso nacional entre 1990 y 1997. El acceso cada vez mayor de las familias pobres al crédito es otro factor que tiende a desalentar el ahorro preventivo para hacerle frente a gastos no esperados. De esta forma, el 2.0% del ahorro en los hogares en Chile en realidad está integrado por un 6.7% de

ahorros forzados y un -4.7% de ahorro voluntario. El ahorro corporativo, por otro lado, fue del orden del 14.7% del ingreso nacional, y el ahorro público añadió otro 6.2% (Bennet, Loayza y Schmidt-Hebbel, 2001: Cuadro 1). Además, existen disputas teóricas alrededor de la medida en la que el ahorro determina las inversiones, y no a la inversa, con economistas estructuralistas en la tradición de la CEPAL, como Aníbal Pinto y Maria da Conceição Tavares, defendiendo este último punto de vista. La literatura acerca de los determinantes demográficos de la formación del capital (por ejemplo, Banco Mundial, 1999 b) típicamente presta poca atención a estas distinciones y asume que la razón de dependencia no sólo afecta el ahorro de los hogares, sino el ahorro y la inversión en general.

Attanasio y Székely (2000) compararon a dos países del Este Asiático (Tailandia y Taiwán) y dos países latinoamericanos (México y Perú) durante los últimos 30 años, desagregando los resultados por grupos educativos. Ellos confirman la enorme disparidad en el nivel y la tasa de crecimiento del ahorro de los hogares entre México y Perú, por un lado, y Taiwán y Tailandia, por el otro. Las generaciones más jóvenes en los países del Este Asiático están ahorrando mucho más que sus contrapartes en América Latina en relación con las generaciones de mayor edad, porque:

1. El crecimiento del ingreso ha sido más alto;
2. Las tasas de fecundidad son más bajas, con menos hijos por hogar;
3. La estructura familiar es diferente, con más personas mayores viviendo en hogares extendidos, de modo que puede existir más ahorro hacia el final del ciclo de vida; y
4. La transición demográfica está mucho más avanzada, con proporciones más grandes de la población en las edades en las que la productividad y el ahorro alcanzan su pico.

Como resultado de la volatilidad económica de los dos países latinoamericanos, el contexto ha sido uno en el que el ahorro de los hogares típicamente era usado, más que creado, mientras que en el Este de Asia el ahorro ha sido construido de manera más uniforme en un contexto favorable para la acumulación de recursos. Por último, en América Latina prácticamente todo el ahorro de los hogares es generado por el 20% más rico de la población, mientras que en el Este de Asia el ahorro se encuentra mucho más extendido. En el caso de los hogares que se encuentran en el 50% más bajo de la distribución del ingreso en América Latina, el ahorro ha respondido mucho menos a los incrementos en el ingreso durante los periodos de crecimiento económico, al tiempo que ha sido más sensible a la disminución durante los baches económicos como el que afectó a México a mediados de la década de 1990.

Se encontró que los efectos de cohorte eran fuertes y positivos en el Este de Asia para todos los grupos educativos. En México y el Perú únicamente son fuertes y positivos en el caso de aquéllos con mayor educación, pero en general son prácticamente planos como resultado de los efectos negativos o de ausencia de cohorte en el caso de los otros grupos. Bajo el supuesto de la ausencia de una tendencia en el tiempo, en México, Perú y Tailandia los perfiles etarios para aquéllos sin educación y aquéllos con educación secundaria son en su mayor parte planos, al tiempo que se incrementan monotónicamente para los más educados. En consecuencia, los incrementos proyectados en el ahorro en los dos países

latinoamericanos son modestos: de alrededor del 10% (2000) en México a alrededor del 17% (2030), y de alrededor del 7.5% en Perú a alrededor del 12.5% en el mismo periodo.

Con base en estas observaciones, los autores comentan el argumento de que, como América Latina se encuentra al borde de una transición demográfica similar a aquélla ya experimentada por el Sudeste de Asia, las tendencias demográficas futuras podrían dar lugar a un incremento en el ahorro agregado que reducirá la brecha entre las regiones. Hacen énfasis en el hecho de que el análisis debería ser interpretado con precaución como resultado de las fuertes suposiciones en términos de especificaciones que necesitan hacer. No obstante, consideran que la evidencia disponible apoya la conclusión de que, aun cuando los perfiles de ciclo de vida y los efectos de cohorte predicen un incremento en las tasas de ahorro agregado, éste es principalmente impulsado por los fuertes efectos de cohorte y no puede atribuirse a cambios en la estructura etaria de las poblaciones. La "joroba" estimada a la mitad del ciclo de vida no es lo suficientemente grande como para generar incrementos suficientemente grandes en las tasas de ahorro agregado en América Latina en los próximos veinte años. Esto no significa, sin embargo, que los efectos demográficos no sean importantes. Entre otros factores, sugieren la posibilidad de que el perfil etario estimado para el ahorro cambiará a consecuencia de los cambios estructurales que América Latina está experimentando.

Dos de estos cambios resaltan en particular. El primero tiene que ver con la conducta de la oferta laboral y, en particular, con la participación femenina en la fuerza laboral. Las tasas más altas de participación femenina en la fuerza laboral afectarían particularmente los ingresos de las familias biparentales con jefes o jefas de familia ya aproximándose a los 40 años o de entre 40 y 50 años, exactamente las edades con la mayor inclinación a ahorrar. Por otro lado, la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral puede afectar la propensión a ahorrar al reducir la volatilidad y la incertidumbre en los ingresos familiares. Attanasio y Székely mencionan que la participación femenina en la fuerza laboral típicamente está vinculada a una sustitución de la producción en el hogar con bienes de mercado, y que la oferta de mano de obra femenina podría diversificar el riesgo y, con ello, reducir el incentivo para ahorrar por razones preventivas. Si estos dos efectos son negativos, los hogares de familias biparentales en los que la esposa trabaja deberían ahorrar más. Si la participación en la fuerza laboral es temporal en el caso de las mujeres, tiene sentido ahorrar más para uniformar el ingreso a lo largo del tiempo.

Bajo la hipótesis de la dependencia, se presume que la última etapa de la transición demográfica es un periodo de bajo ahorro como resultado de la gran razón de dependencia de personas mayores. Esto contrasta con la noción de un "segundo bono demográfico", que ha sido sugerida en años recientes y estipula que, dado el mecanismo correcto para financiar el sustento de las personas mayores, el envejecimiento de la población podría, por el contrario, generar un auge en el ahorro, ya que los hogares en la fase intermedia de su ciclo de vida necesitan acumular fondos para el retiro. Por lo tanto, el otro cambio estructural que es importante en este contexto es el cambio en los arreglos de pensiones de esquemas de financiamiento público a privado que ha tenido lugar en muchos países latinoamericanos en años recientes. Si las personas creen que recibirán una pensión después

de su retiro, el incentivo para ahorrar es menor. Esto es especialmente relevante para las personas que participan en el sector formal de la economía, en el que las pensiones son un beneficio importante. Mientras que la mayoría de los países latinoamericanos (incluidos México y Perú) tienen tradiciones de largo tiempo en el sentido de proporcionar pensiones como beneficios en el sector formal, ésta no ha sido la práctica estándar en Asia. De modo que, aparte del hecho de que México y Perú tienen niveles salariales más bajos y tasas de participación femenina en la fuerza laboral más bajas que Tailandia y Taiwán, el hecho de que los empleos formales en estos países tradicionalmente hayan proporcionado pensiones puede ser una fuente adicional para la diferencia en la conducta del ahorro. No obstante, en ninguno de los cuatro países se encontró evidencia sólida de un ahorro negativo o incluso un ahorro en descenso en la última parte del ciclo de vida. Estos aspectos serán abordados con cierto detalle en la sección 1.1.3.

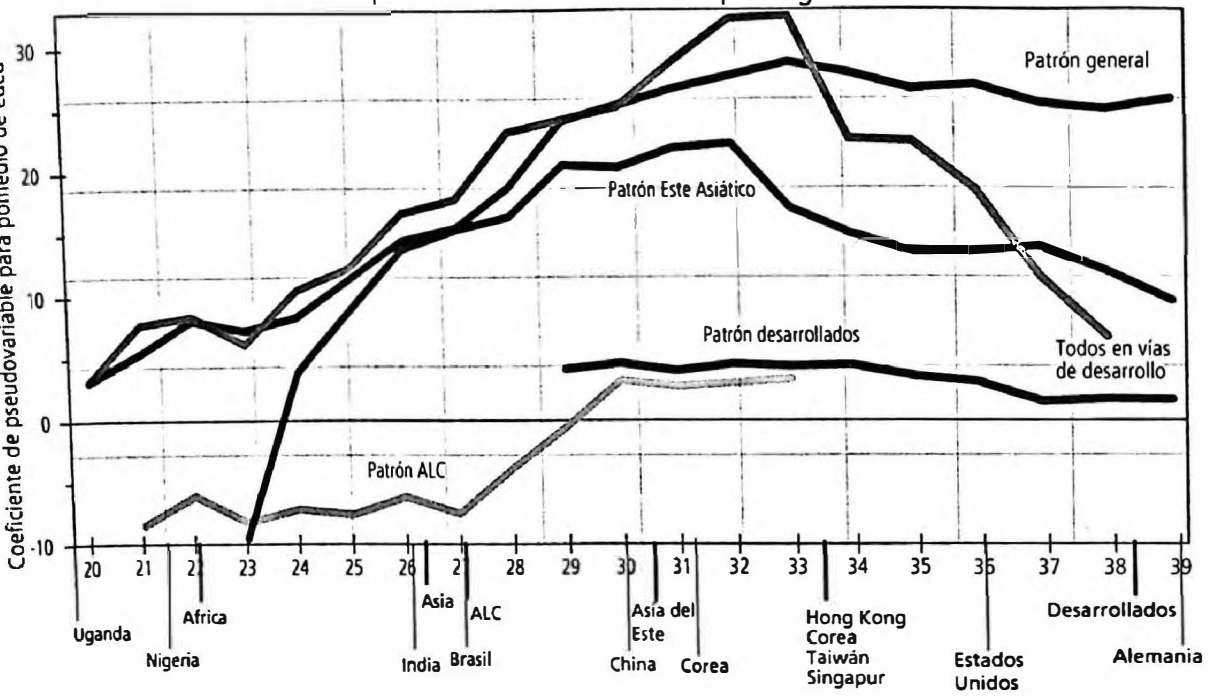
El pesimismo relativo de Attanasio y Székely contrasta con una afirmación mucho más positiva hecha por Székely (2003) en un artículo posterior (ver sección 1.1.1.). También contrasta con los resultados de un análisis anterior de Taylor (1995), que utilizó datos de paneles económicos latinoamericanos posteriores a la Segunda Guerra Mundial para verificar si la estructura demográfica había afectado no sólo el ahorro, sino también la inversión. A continuación implementó un ejercicio contra-factual[3] en el que los países latinoamericanos tenían sus distribuciones etarias predichas para el 2025 ya desde la década de 1990, y estimó de qué manera se vería afectada su dependencia del capital extranjero vía déficits en cuenta corriente:

> *"Se verá que los cambios demográficos susceptibles de presentarse en América Latina en el transcurso de los próximos 30 años podrían aligerar las limitaciones al ahorro significativamente, haciendo salir a proporciones cada vez mayores de capital extranjero, al punto en el que la dependencia del capital extranjero (en la forma de déficits en cuenta corriente) podría ser eliminada, incluso revertida, para el 2025. Ciertamente, si las cifras son correctas incluso de manera aproximada, América Latina podría ser entonces un importante exportador de capitales en la economía mundial, presentando grandes superávits en cuenta corriente." (Taylor, 1995: 873)*

Más específicamente, el autor estima que, ignorando los efectos secundarios en los mercados de capital mundiales que modificarían el tamaño del cambio predicho, Brasil podría experimentar un cambio en cuenta corriente de (en aquel entonces) - US$ 1,000 millones de dólares estadounidenses por año a +US$ 18 mil millones por año, mientras que México contribuiría con otros US$ 10 mil millones de dólares estadounidenses y Argentina, Chile, Colombia y Venezuela con alrededor de US$ 7 mil millones de dólares estadounidenses. Para la región en su conjunto, el impacto demográfico podría dar como resultado una infusión de US$ 40 mil millones de dólares estadounidenses por año en los mercados mundiales. Higgins (1998) predice que para el 2010, el ahorro en Brasil se habrá incrementado en un 5% y en México en un 8% del PIB como consecuencia de efectos demográficos.

[3] El término "contra-factual" se refiere a escenarios simulados de cosas que en realidad no sucedieron pero cuyos resultados hipotéticos – bajo ciertas suposiciones teóricas – pueden predecirse plausiblemente.

Gráfico 1.1: Patrón de edad promedio del ahorro interno por región



Fuente: Behrman, Duryea y Székely, 2001: Gráfico 3

Un artículo más reciente de Behrman, Duryea y Székely (2001) analizó la evolución de una serie de indicadores macroeconómicos y sociales como función de la edad promedio de la población en una muestra grande de países y años (en conjunto 9,882, 1,410 de ellos en la región de ALC). Teóricamente, uno esperaría encontrar una forma de "U" invertida con razones de ahorro relativamente bajas para las poblaciones más jóvenes y de mayor edad, con una razón más alta en el medio. El Gráfico 1.1 grafica los perfiles de ahorro doméstico como una proporción del PIB para la muestra en su conjunto (la línea sólida identificada como "patrón general"), que de manera aproximada dan como resultado la forma de "U" invertida esperada, aunque con un nivel mucho más bajo del lado izquierdo que del derecho. A medida que las edades promedio de los países se incrementan a partir de los primeros años posteriores a los 20, la tasa de ahorro se incrementa abruptamente y alcanza su punto máximo al llegar a un promedio de alrededor de 33 años, disminuyendo un tanto en las edades promedio más altas.

En el eje horizontal, el Gráfico 1.1 también indica edades promedio regionales y de país para 1995. Los países con poblaciones jóvenes, tales como la mayoría de aquéllos en las regiones africana y del Sur de Asia, tienen edades promedio asociadas con tasas de ahorro relativamente bajas. ALC tiene poblaciones que en promedio tienen 5 años más de edad que África, lo cual implica una proporción más grande de la población en plena edad de trabajar y tasas de ahorro más altas, como en Brasil. Es bien sabido que las economías del Este de Asia tienen tasas de ahorro doméstico mucho más grandes que la región de ALC, en parte porque la persona promedio en el Este de Asia está en una etapa más tardía de su ciclo de vida, la cual está caracterizada por tasas de ahorro más altas. Ciertamente, con los promedios para las dos regiones en el gráfico, la tasa de ahorro es el doble de alta para la edad promedio de

las cuatro economías del Este Asiático de rápido crecimiento (aproximadamente el 28%) en comparación con la edad promedio para ALC (alrededor del 14%). Los países desarrollados tales como los Estados Unidos y Alemania son el grupo de mayor edad y tienen tasas de ahorro un poco menores que las cuatro economías del Este de Asia de rápido crecimiento, tal vez en parte porque sus edades promedio de país son mayores que los niveles pico en el gráfico.

El Gráfico 1.1 también grafica los promedios para cuatro grupos de países diferentes. Tal vez de manera sorprendente, los países en vías de desarrollo tienen un patrón de edad promedio de país en "U" invertida mucho más pronunciado (con una disminución estadísticamente significativa después de la edad de 33 años) que la muestra en su conjunto. De esta forma, el patrón general no es impulsado únicamente por la experiencia de los países desarrollados, tal como podría esperarse considerando la desaceleración y la disminución en el ahorro que tienen lugar en las edades promedio de país para la cual los países desarrollados tienen más observaciones. De hecho, el patrón para los países desarrollados es bastante plano, con pequeñas disminuciones en las edades promedio de país más altas. El patrón para el Este de Asia es mucho más pronunciado que el patrón para ALC. El incremento para el Este de Asia es más abrupto que el promedio entre las edades de 23 y 29 años. También existe uno más abrupto después de la edad de 32 años, lo cual no soporta el patrón de ahorro en "U" invertida implicado por la hipótesis del ciclo de vida. En contraste, el patrón de la edad promedio de país del ahorro doméstico en ALC es plano entre las edades de 21 y 27 años, se incrementa (aunque mucho menos que en el Este de Asia) entre las edades de 27 y 30 años, y es plano posteriormente. En el caso de ALC, el patrón de edad promedio de país entre las edades de 24 y 27 años es significativamente diferente de los patrones para otras regiones.

El patrón más inclinado para el Este de Asia sugiere que la región aprovechó en buena medida la parte inicial de la transición demográfica para reforzar el ahorro, pero que el envejecimiento al final de la transición está asociado con mayores tasas de ahorro negativo en esta región. En contraste, la etapa inicial de la transición demográfica en ALC está asociada con una ausencia de incremento en el ahorro. Después de someter a prueba algunas hipótesis en este sentido, los autores concluyen que la desaceleración en el patrón de edad promedio de país no debería atribuirse a un impacto en cualquier década específica, sino que debe reflejar las diferencias estructurales entre ALC y otras regiones.

En resumen, la evaluación final en cuanto a la probabilidad de que las tendencias demográficas generen el capital necesario para el crecimiento económico y, por lo tanto, para la reducción de la pobreza en la región de ALC, está destinada a ser un tanto contradictoria. Tal como se muestra en el Gráfico 1.1, el envejecimiento de la población tiene el potencial de un mayor ahorro de los hogares. Pero a diferencia de lo que sucedió en el Este de Asia, el ahorro de los hogares en la región de ALC jamás ha sido un factor significativo en la acumulación de capital y no es probable que los cambios en la estructura etaria y de sexo de la población cambien esa situación de manera importante. Cualquier efecto en esta dirección probablemente será relativamente menor comparado ya sea con la experiencia histórica del Este de Asia o con el impacto de otros mecanismos causales discutidos en el presente capítulo.

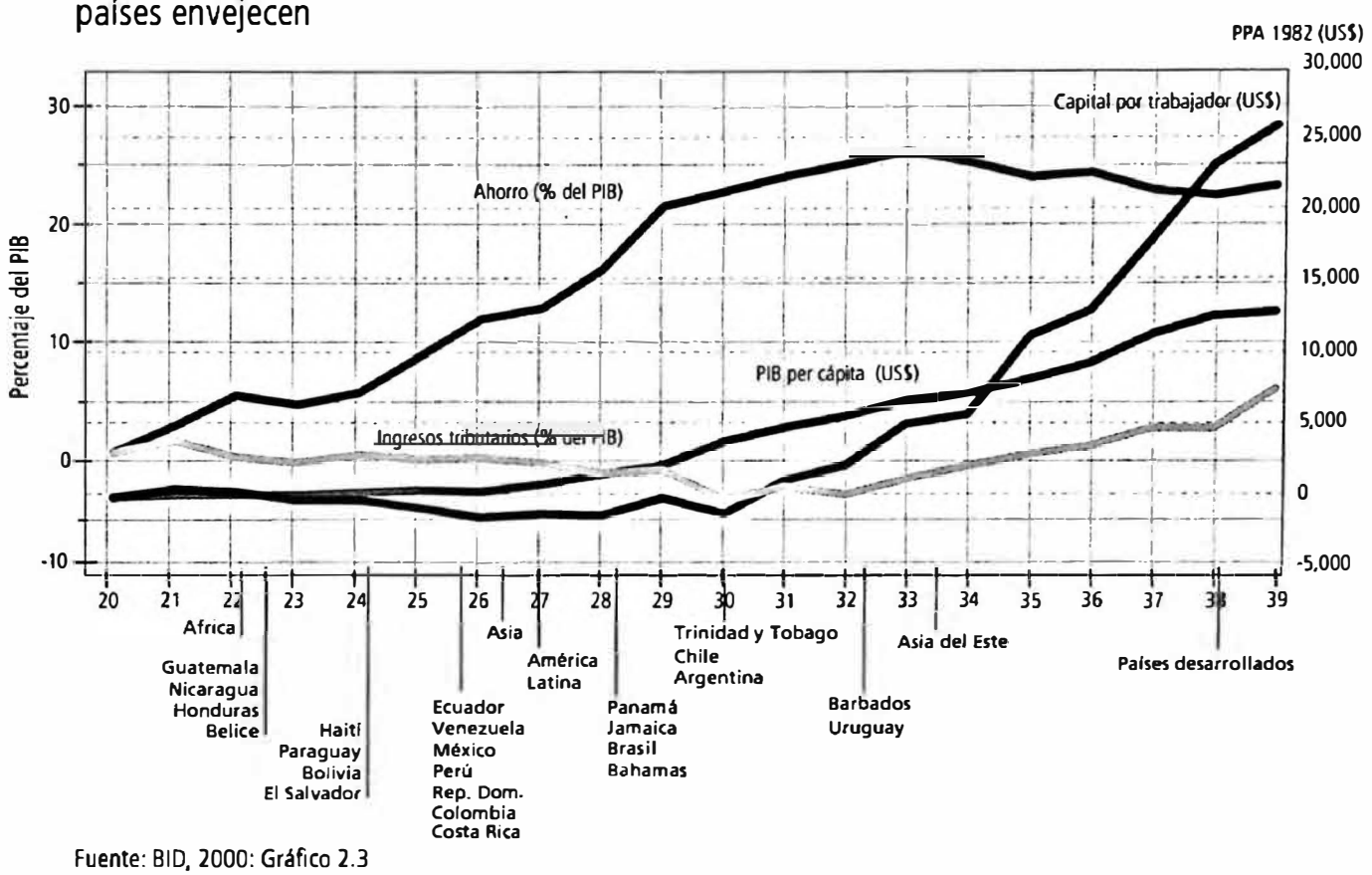
1.1.1. Los efectos de crecimiento asociados con las relaciones de dependencia juvenil y el bono demográfico

Los demógrafos latinoamericanos han estado conscientes durante largo tiempo de las oportunidades que estaban a punto de ser creadas por los resultados de la transición demográfica en la región, a la que Carvalho se refirió como la "era dorada" de la demografía (Carvalho, 1998; Carvalho y Wong, 1995). Sin embargo, estas observaciones han adquirido una visibilidad pública mucho mayor desde que el tema del "bono" o "dividendo" o "ventana (de oportunidad)" demográficos fue introducido en la edición del año 2000 de *Progreso Económico y Social en América Latina* (BID, 2000). En los últimos años, la idea ha continuado adquiriendo fuerza e incluso ha conducido al resurgimiento de la idea de que la estructura etaria es un componente importante de la seguridad nacional (Leahy et al., 2007). En gran medida basada en las experiencias del "Milagro del Este Asiático", la idea básica detrás del componente económico es aquélla de un dividendo resultante de una estructura etaria favorable moldeada por tendencias de fecundidad pasadas, lo cual crea una ventana de oportunidad para un mayor ahorro e inversión para el crecimiento económico, en un momento en el que se requiere de relativamente menos recursos para la inversión en educación.

> *"La evidencia a nivel macro complementa y refuerza la evidencia a nivel micro al mostrar que el ingreso per cápita crece más rápidamente cuando el número de adultos en edad de trabajar está creciendo más rápido que el número de niños, porque los niños son principalmente consumidores, no productores. A un nivel agregado o a nivel del hogar, una disminución en el número de niños por adulto conduce a un ingreso per cápita más alto para el país y el hogar." (Mason y Lee, 2004: XX-2)*

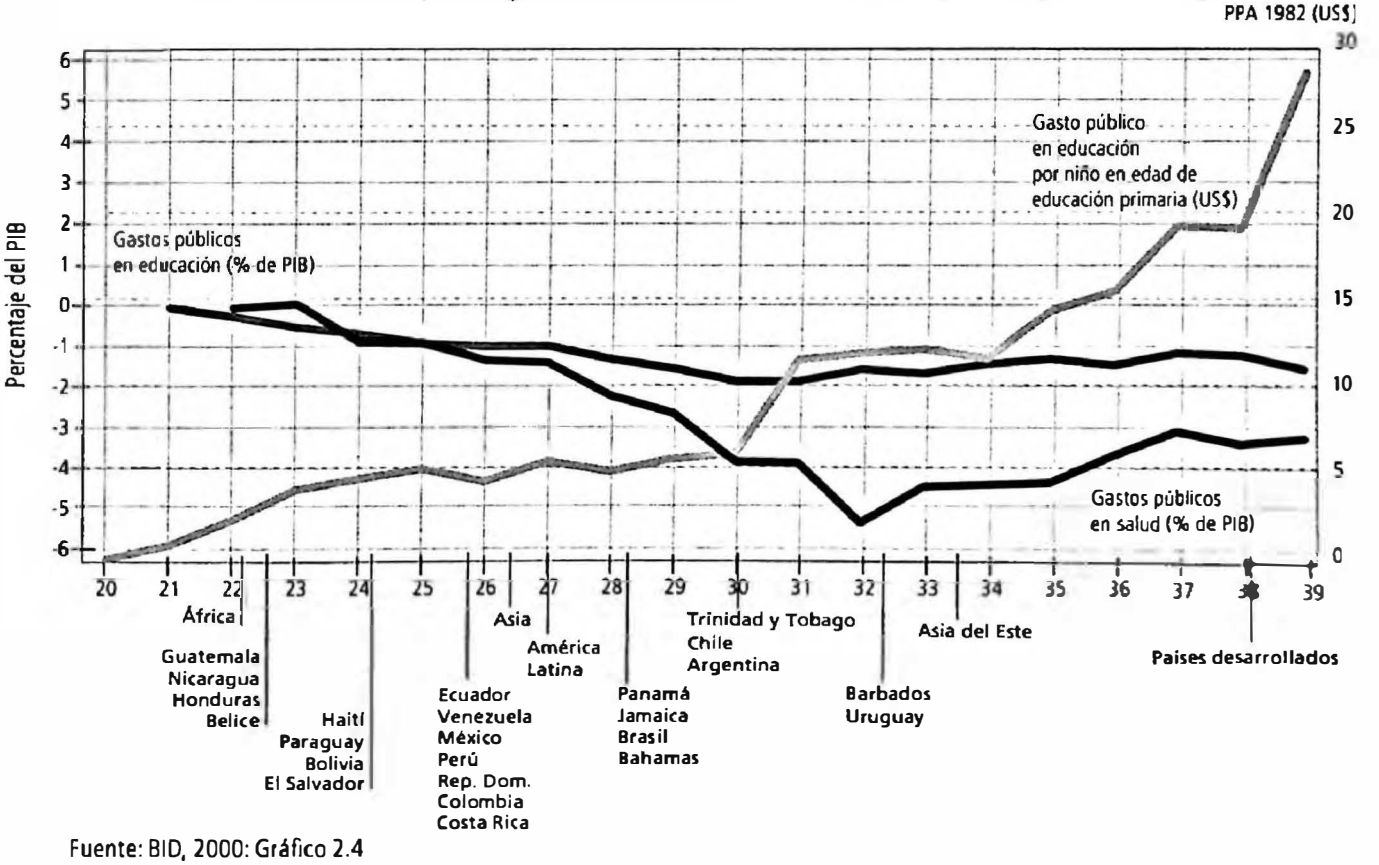
CICRED (Adioetomo et al., 2005) ha detallado para cada uno de los ocho ODM cómo serían afectados por aquello que los autores - usando un término menos cargado de valores - llaman transformaciones de la estructura etaria (TEAs). En el caso del Objetivo 1, su apreciación es que, cuando predominan las familias jóvenes, con solamente uno o dos miembros económicamente activos, éstas tienen mayor probabilidad de ver pobreza y hambre. Por otro lado, durante los períodos en que hay ventanas de oportunidad, cuando bajan las razones de dependencia, habrá más trabajadores productivos. El efecto sobre la pobreza es de doble vía. Por un lado, razones más bajas de dependencia tienden a elevar los ingresos per capita. Malmberg y Lindh (2006), por ejemplo, proyectan que, mientras el efecto sobre ingresos per capita resultante de la estructura etaria en países como Austria y Suecia culminará durante la próxima década, México, Brasil, Irán, las Filipinas, Indonesia y Camerún continuarán recibiendo estímulos sustanciales a sus ingresos per capita hasta más allá del 2040, como consecuencia de los cambios en sus estructuras etarias. Por otro lado, la pobreza puede ser reducida como consecuencia de una distribución más favorable de tamaños familiares dentro de la población, en la medida en que el número de dependientes en familias pobres cae más que en familias no pobres, las cuales tienen menos niños para comenzar (véase Hakkert, 2007b y la sección 1.2.4 de este capítulo).

Gráfico 1.2.A: Cómo es que las variables macroeconómicas cambian a medida que los países envejecen



Fuente: BID, 2000: Gráfico 2.3

Gráfico 1.2.B: Cómo es que el gasto social cambia a medida que los países envejecen



Fuente: BID, 2000: Gráfico 2.4

Entre más rápida sea la transición demográfica, más rápido alcanzará un país la ventana de oportunidad, la cual puede durar dos o tres décadas. En el Este de Asia, en donde la transición fue muy comprimida y la población en edad de trabajar creció en promedio un 0.8% por año más que la población total durante 1965-1990, se ha estimado que el dividendo demográfico explica el 1.4-1.9% del crecimiento del PIB per cápita, es decir, alrededor de un tercio del "milagro económico" (Kelley y Schmidt, 1995, 2001; Williamson, 2001). Algunos observadores latinoamericanos (por ejemplo, Székely, 2003) piensan que estos resultados pueden ser replicados en la región de ALC y que en México, por ejemplo, el bono demográfico podría generar tasas de crecimiento económico per cápita que estén 1.5-3.0% por encima de la tendencia histórica.

La razón máxima de edad de trabajar a edades dependientes tendrá lugar dentro del límite de tiempo de los ODM en muchas subregiones del mundo en vías de desarrollo si se provee acceso a la salud reproductiva y la planificación familiar:

> *"Estas dinámicas de la población y la pobreza se magnifican en un nivel macro, a medida que la estructura etaria de la economía en su totalidad se desplaza a los adultos en edad de trabajar al descender la fecundidad. Es esta 'ventana demográfica' la que ofrece una oportunidad para que los países aprovechen los incrementos en los insumos de mano de obra, el ahorro y la acumulación de capital per cápita que alientan la inversión y el crecimiento." (UNFPA, 2004 a: XV-3)*

Cuadro 1.1: Contribuciones potenciales del primer y el segundo bonos demográficos al crecimiento económico en comparación con las tasas de crecimiento reales 1970-2000

	Dividendo demográfico: contribución al crecimiento del PIB / número efectivo de consumidores (N)			Crecimiento real en PIB por N
	Primero	Segundo	Total	
Economías industriales	0.34%	0.69%	1.03%	2.25%
Este y Sudeste de Asia	0.59%	1.31%	1.90%	4.32%
Sur de Asia	0.10%	0.69%	0.79%	1.88%
América Latina	0.62%	1.08%	1.70%	0.94%
África Subsahariana	-0.09%	0.17%	0.08%	0.06%
Oriente Medio y Norte de África	0.51%	0.70%	1.21%	1.10%
Economías en transición	0.24%	0.57%	0.81%	0.61%
Islas del Pacífico	0.58%	1.15%	1.73%	0.93%

Fuente: Mason, 2005

El MDGR regional elaborado por CEPAL (2005 a) es uno de los pocos en la región en hacer una mención explícita de los factores de población – y específicamente del bono demográfico – como determinantes de la pobreza. El informe argumenta que los fenómenos demográficos tienen un impacto lo mismo en el agravamiento que en la reducción potencial de la pobreza, algo que debe considerarse al diseñar estrategias para el logro de la Meta 1. De acuerdo con el informe, la contribución más importante a la reducción de la pobreza se deriva de los cambios en la estructura etaria. Entre 2005 y 2015, el 70% del crecimiento poblacional estimado tendrá lugar en el grupo etario de 20 a 60 años, que comprende a la población económicamente activa. En consecuencia, las tasas de dependencia descenderán, abriendo una oportunidad para el desarrollo:

> *"Este fenómeno de crecimiento relativo de la población en edad activa se ha denominado el "bono demográfico" o la "ventana demográfica" y representa una oportunidad transitoria y única para las economías de la región de capitalizar los dividendos generados por el descenso de la fecundidad de las décadas anteriores." (CEPAL, 2005 a: 9)*

En la región de ALC, las razones de dependencia alcanzaron un máximo de 0.89 en 1965, después de lo cual iniciaron una disminución que probablemente se detendrá en alrededor de 0.50 en 2020. Después de 2020, el envejecimiento gradual de la población hará que se incrementen de nuevo.

Se ha vuelto una práctica común, particularmente en América Latina, hacer notar que los beneficios económicos son inciertos y están supeditados, entre otras cosas, a un ambiente de políticas y un entorno económico interno y externo favorables, lo mismo que a la estabilidad política y social (Ahlburg, 2002; Bloom, Canning y Sevilla, 2003; Mason, 2002; Schultz, 2004). De hecho, el Cuadro 1.1 muestra que en la región de ALC los beneficios del bono demográfico (incluido el "segundo" bono demográfico abordado en 1.1.3.) han estado muy por debajo de su contribución potencial. La reserva expresada con mayor frecuencia es que el crecimiento relativamente rápido de la fuerza laboral es ventajoso sólo para aquellos países que pueden, entre otras cosas, incrementar las oportunidades de empleo con una velocidad suficiente para igualar el crecimiento en la oferta de mano de obra, mantener el crecimiento en la productividad laboral, mejorar la salud pública, incluida la SR, e invertir en infraestructura física. De lo contrario, las mayores cohortes de personas jóvenes que ingresan a la fuerza laboral pueden en realidad convertirse en una carga para los países con falta de oportunidades de empleo, una productividad laboral estancada e inversiones y políticas mal diseñadas, contribuyendo con ello al desempleo creciente, una mayor pobreza y un socavamiento de las instituciones democráticas.

Aunque una gran parte de la región de ALC ya ha experimentado el cambio demográfico necesario, no ha presentado el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza de los Tigres asiáticos, en los que tuvo lugar un fenómeno demográfico similar; por ello, algunos economistas se cuestionan si realmente existen las condiciones necesarias para aprovechar el bono. El MDGR 2003 de Nicaragua, por ejemplo, hace notar que, como el país tiene una de las tasas de crecimiento poblacional más altas en el hemisferio y presenta grandes cohortes de jóvenes, la población económicamente activa sólo ocupa una porción reducida del total. En consecuencia, la razón de dependencia demográfica ha permanecido relativamente alta. No obstante, la población económicamente activa ha estado creciendo a un ritmo más rápido que el de la población en su conjunto, dando lugar con ello a temores acerca de la capacidad del país para generar empleos:

> *"Los altos ritmos de crecimiento de la PEA indican que cada año aumenta la presión por puestos de trabajo, y, mientras la economía no esté en condiciones de ofrecerlos, se incrementa la tasa de dependencia económica de los hogares en el país, agravando a su vez las condiciones de pobreza." (Nicaragua, 2003: 14)*

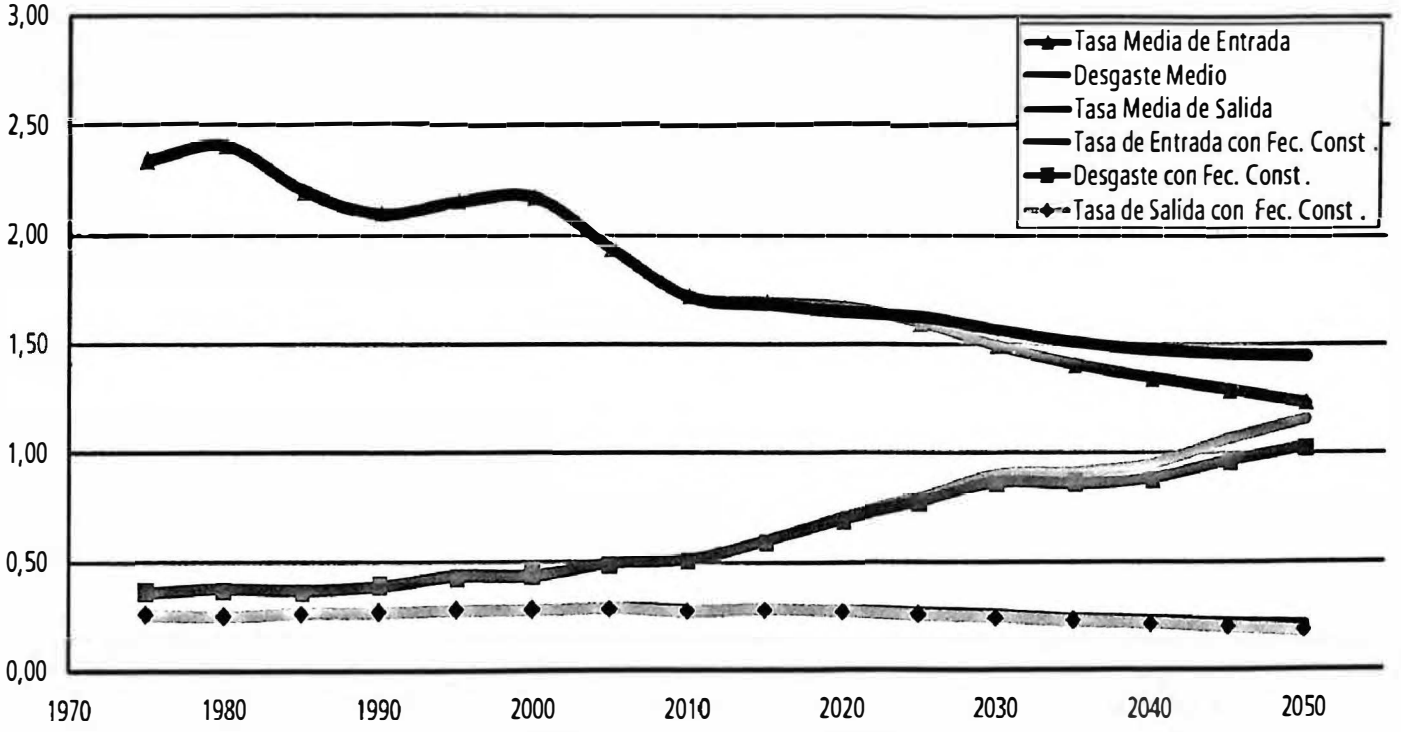
Sin embargo, sin negar la validez del argumento básico de que se necesitarán inversiones complementarias con el fin de obtener el mayor beneficio del bono demográfico, también es necesario apuntar que el temor de un bono demográfico convertido en una posible catástrofe demográfica parece un tanto fuera de lugar. En particular, es probable que la afirmación acerca del incremento de las tasas de dependencia económica en Nicaragua citada en el párrafo anterior no sea correcta. El problema es que tales afirmaciones a menudo se hacen sin especificar puntos de referencia apropiados. Por ello, la pregunta es: ¿un bono o un pasivo comparado con qué?

La "sobreabundancia" actual o inminente de personas de nuevo ingreso al mercado laboral no es una consecuencia de la reciente reducción de la fecundidad, sino de la alta fecundidad que le precedió. Si esta alta fecundidad hubiera persistido, la única diferencia desde el punto de vista de la estructura poblacional presente o futura sería que la misma población económicamente activa tendría que sostener a un número mayor de hijos dependientes. Cualquier efecto generador de empleos que pudiera atribuirse a esta situación, por lo tanto, tendría que ser justificado por la demanda adicional del consumidor que este segmento poblacional generaría (por ejemplo, la demanda de docentes para escuelas primarias). Pero como este segmento apenas genera ingreso alguno, el consumo adicional necesariamente sería pagado ya fuera a través de una menor inversión o una deuda mayor. Es difícil ver de qué manera esto habría sido benéfico en el largo plazo. En la Sección 1.2.3. se presentará este argumento de manera más formal, usando un modelo de crecimiento económico que, además de la estructura etaria de la población, reconoce la desigualdad y la naturaleza segmentada de las decisiones en el hogar. Esto último permitirá abordar otra duda pertinente que se ha manifestado en relación con el bono demográfico, a saber: en las sociedades caracterizadas por importantes desigualdades sociales y económicas, ¿cómo se distribuirán los posibles beneficios y en qué medida serán redituables para los segmentos más pobres de la población?

Entretanto, debe subrayarse que *el bono demográfico no incrementa la carga sobre los gobiernos en lo que respecta a expandir el empleo*. Lo anterior resulta evidente al echarle un vistazo a la tasa de crecimiento de la población de 15 a 64 años de edad en algunos países representativos de la región. En el Gráfico 1.3 se analiza el caso de México, de 1970 hasta 2050, bajo dos hipótesis de crecimiento poblacional: la variante media proyectada por la División de Población de las Naciones Unidas (Revisión de 2004) y la hipótesis alternativa de fecundidad constante, que implicaría un crecimiento poblacional un poco más alto. Bajo la hipótesis alternativa, el bono demográfico es menos pronunciado que bajo la primera, que refleja las expectativas actuales acerca de la evolución demográfica en México en los años venideros. De aquí que la proporción esperada de la población en el rango de 15 a 64 años bajo la primera hipótesis sea más grande. No obstante, la tasa de crecimiento de la población en el rango de edad de 15 a 64 años bajo la primera hipótesis es menor, incluso si el crecimiento se relaciona con el tamaño de la población en su conjunto y no sólo el tamaño de la población de 15 a 64 años. Esto es demostrado en el Gráfico 1.3 por las tasas de ingreso más bajas (1.17% por año para 2045-49 bajo la hipótesis media, en comparación con 1.42% por año bajo la hipótesis de fecundidad constante) y las tasas de reducción

natural de la fuerza laboral más altas debidas a muerte y emigración (1.15% por año para 2045-49 bajo la hipótesis media, en comparación con 0.97% por año bajo la hipótesis de fecundidad constante). Sólo las tasas de salida (resultantes de las personas que alcanzan la edad de 65 años) son aproximadamente iguales.

Gráfico 1.3: Tasas de crecimiento y reducción natural de la fuerza laboral de la población de 15 a 64 años de edad con respecto a la población total de México 1970-2050, bajo dos hipótesis acerca del crecimiento demográfico futuro



Fuente: Computado a partir de Proyecciones Poblacionales de la ONU (Revisión 2004)

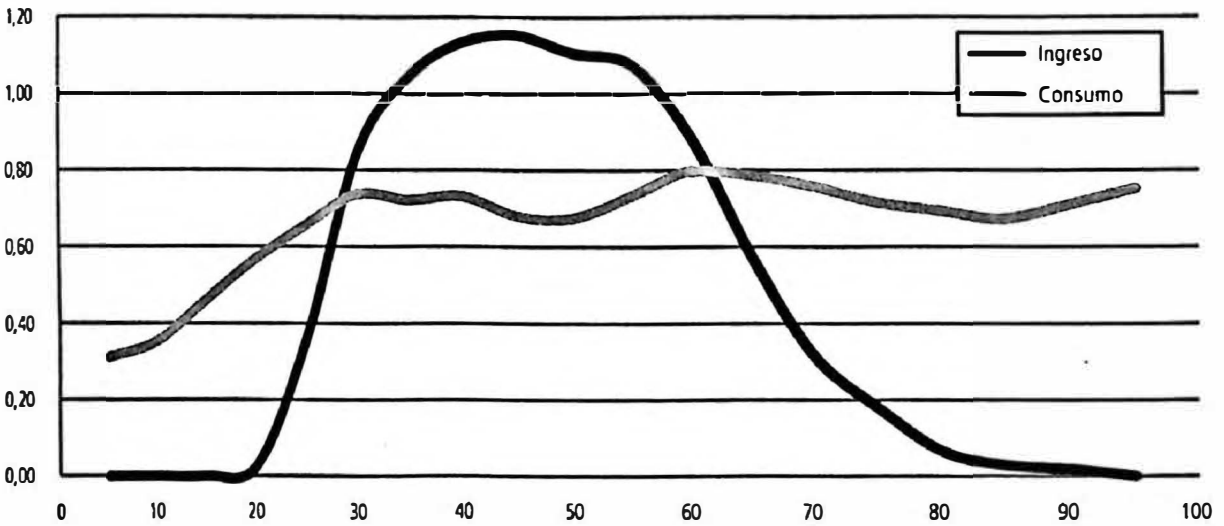
El mismo fenómeno se encuentra en otros países de la región. En Guatemala, por ejemplo, en donde la diferencia entre las dos hipótesis de proyección es más grande que en México, las tasas de ingreso en el periodo 2045-49 son de 1.66% por año bajo la hipótesis media y de 2.16% bajo el escenario de fecundidad constante, mientras que las tasas de reducción natural de la fuerza laboral son del 0.68% y 0.41%, respectivamente. Estas diferencias son incluso más amplias si las tasas de crecimiento se computan con respecto a la población actual de entre 15 y 64 años de edad, en lugar de la población en su conjunto. La conclusión, por lo tanto, es que la expansión de las oportunidades laborales necesarias para mantenerse a la par con el crecimiento de la población de 15 a 64 años de edad en realidad es más pequeña bajo la proyección poblacional mediana, con su bono demográfico más pronunciado, que bajo la proyección de fecundidad constante, que implica un bono demográfico más pequeño. Esto debería disipar cualquier aprehensión de que el bono demográfico será un obstáculo al logro del empleo pleno.[4]

[4] Para más detalles sobre este asunto, véase el Documento de Investigación 7 elaborado por el Proyecto RLA5P201 (Hakkert, 2007b), que actualmente se encuentra en el sitio de web http://www.unfpa.org.br/lacodm.

1.1.2. Los efectos de crecimiento asociados con las transferencias intergeneracionales

Como parte de un proyecto de la Universidad de Berkeley, coordinado por Ronald Lee y Andrew Mason,[5] un grupo de investigadores ha comenzado a establecer las llamadas Cuentas de Transferencia Nacionales (CTN) (Mason y Lee, 2007), refinando metodologías introducidas en la década de 1990 por Auerbach y Kotlikoff (1999). En la región de ALC, la metodología está siendo aplicada en Brasil (Turra y Rios-Neto, 2001), Costa Rica (Rosero-Bixby y Robles, 2006), Chile, y Uruguay. Una de sus características más distintivas es que no se limita al "primer" dividendo demográfico; también intenta modelar el llamado "segundo" bono demográfico, que se abordará en la siguiente sección.

Gráfico 1.4: Perfiles etarios de los ingresos a partir del trabajo y consumo per cápita para Costa Rica, 2004



Fuente: Rosero-Bixby y Robles, 2006: Gráfica 1

La idea básica que subyace a la metodología es que el consumo y la generación de ingresos a partir del trabajo están caracterizados por diferentes patrones etarios durante el ciclo de vida. El consumo se incrementa lentamente durante el ciclo de vida en su totalidad o puede reducirse ligeramente al llegar a la edad mayor. La generación de ingresos a partir del trabajo productivo, sin embargo, es baja en la niñez y en la edad mayor, y alta en la parte intermedia, particularmente entre las edades de 25 y 55 años, cuando excede al consumo. En el Gráfico 1.4 se muestra el perfil para Costa Rica en el 2004. Los perfiles de otros países en la región no son muy diferentes. La gráfica sugiere que hasta la edad de 23 años, y después de la edad de 57 años, existe un déficit de ganancias respecto del consumo, mientras que en los años intermedios existe un exceso de ganancias. El déficit en la niñez es financiado por transferencias intergeneracionales, la mayoría de ellas al interior de las familias, aunque algunas (por ejemplo, la educación pública) pasan a través del estado. El déficit en la edad mayor, sin embargo, puede ser financiado ya sea

[5] Para mayor información, ver http://www.schemearts.com/proj/nta/wb/nta/show, consultado por última vez en mayo del 2007.

por transferencias intergeneracionales o por ahorros intrageneracionales. Esto involucra no sólo a las pensiones, sino también otros tipos de transferencias, tales como el ahorro implícito que las familias realizan comprando y quitando gradualmente una vivienda.

En el caso de Costa Rica, Rosero-Bixby y Robles hacen notar que una proporción muy alta (el 63%) de los ingresos de aquellas personas de más de 65 años de edad proviene de transferencias públicas (en comparación con un 29% en Taiwán y un 37% en los EEUU). La cantidad de transferencias personales es extrañamente baja (de un 2%, en comparación con 39% en Taiwán y 7% en los EEUU), mientras que la reasignación de activos intrageneracional es la misma que en Taiwán (31%), pero más baja que en los EEUU (55%). A medida que las estructuras poblacionales cambian en el tiempo, estos flujos de recursos individuales crean diferentes cocientes de sustento económico, que son aproximadamente lo opuesto al concepto tradicional de relaciones de dependencia, pero refinados en el sentido de que son ponderados por los perfiles de consumo y generación de ingresos (del trabajo) de la población por edad. Éstos, a su vez, expresan el funcionamiento detallado de la ventana de oportunidad demográfica. Para el caso de Costa Rica, los autores concluyen que:

> *"Casi todo el magro crecimiento económico del país del último cuarto de siglo podría deberse a un primer dividendo originado en el rápido crecimiento de la población en edad de trabajar relativo a los consumidores.." (Rosero-Bixby & Robles, 2006: 2)*

1.1.3. Los efectos de crecimiento asociados con el envejecimiento de la población

El bono demográfico, tal como se describe en 1.1.1., tiene una duración limitada. Teóricamente, tan pronto como la proporción de la población de más de 60 años de edad comienza a incrementarse significativamente, tal como ya está sucediendo en algunos países de la región de ALC, la ventana de oportunidad comienza a cerrarse y los costos económicos del proceso de envejecimiento se vuelven predominantes. En años recientes, sin embargo, algunos autores (Mason y Lee, 2006) han propuesto la idea de que esta conceptualización del proceso de envejecimiento es demasiado pesimista y que, dadas las circunstancias correctas, podría de hecho existir un "segundo bono demográfico". Este segundo dividendo surge porque el envejecimiento de la población provee una poderosa fuerza para el ahorro y la acumulación de activos, los cuales, a su vez, estimulan el crecimiento y la inversión económica. El argumento es similar a aquél presentado en 1.1., pero en este caso el aspecto que se está enfatizando no es sencillamente el hecho de que las familias se concentran más en una fase de su ciclo de vida en el que su propensión al ahorro es alta, sino más específicamente el hecho de que pueden verse obligadas a ahorrar en vista de su retiro inminente.

En una medida mucho mayor que la del primer dividendo demográfico, este segundo bono depende de factores conductuales y arreglos institucionales, especialmente la forma en la que los medios de vida de la población de más de 60 años de edad son financiados. En particular, no se realizará si la seguridad de los adultos mayores depende por completo de las transferencias intergeneracionales. En su artículo, Mason y Lee hacen énfasis en los sistemas

de transferencias familiares más que en los sistemas públicos. Muestran la importancia de la reforma inicial que enfatiza la acumulación de los activos de pensiones en lugar de la dependencia continua de la familia. Dadas las políticas correctas, el envejecimiento de la población conduciría a sociedades más ricas y prósperas. Sin embargo, la sustitución de los sistemas de apoyo familiar por sistemas públicos de "pago por uso" resulta de poca utilidad para alcanzar las ganancias potenciales del segundo dividendo demográfico, ya que simplemente sustituye a un tipo de transferencia intergeneracional por otro. En la región de ALC, muchos países, incluido Brasil, con su enorme déficit de seguridad social, dependen en gran medida de sistemas de transferencia de "pago por uso". Estos países parecerían tener pocos beneficios que esperar una vez que pase la fase actual de la ventana de oportunidad demográfica. Las posibles excepciones serían Chile, que cambió su sistema de seguridad social a un esquema de capitalización individual en 1981, lo mismo que Bolivia, la República Dominicana, El Salvador y México, que lo hicieron más recientemente. Estos países necesariamente generan ahorros forzados sustanciales que, de acuerdo con esta perspectiva, estimularán el crecimiento económico.

Si este estímulo al crecimiento en realidad sucederá es todavía materia de cierta disputa. Los críticos de las reformas al estilo chileno apuntan que la capitalización con fines de retiro no necesariamente conduce a la formación de capital físico o humano. Esto depende en gran medida de la forma en la que se apliquen los ahorros. Uthoff (2006), por ejemplo, muestra que en Argentina, Bolivia, Costa Rica, El Salvador y México, más del 60% de todos los fondos de pensiones terminan financiando la deuda pública a través de bonos gubernamentales. Además, estos fondos están sujetos a bruscas fluctuaciones en la rentabilidad como resultado de los caprichos de los mercados financieros, de modo que los resultados pueden variar considerablemente entre una generación de beneficiarios y la siguiente. Otro aspecto que conspira contra la noción de un "segundo" bono demográfico es que al parecer se trata de un mecanismo relativamente caro para generar ahorros que, en principio, podrían ser generados por otros tipos de políticas públicas. El pronunciado incremento de los costos de salud que acompaña al proceso del envejecimiento, junto con el costo cada vez mayor de la atención que acompaña al resquebrajamiento de la solidaridad familiar tradicional, parecerían ser procesos que requieren de mayor atención en este contexto. En conjunto, por lo tanto, al parecer es demasiado temprano para hacer cualquier apuesta firme por las probabilidades de que el envejecimiento será el motor del crecimiento económico en la región de ALC.

1.1.4. El vínculo entre morbilidad, crecimiento económico y reducción de la pobreza

La situación nutricional y de salud de los individuos tiene un impacto directo en su productividad laboral, particularmente en economías en las que una gran proporción de la fuerza de trabajo todavía está involucrada en actividades manuales que requieren de mucha energía. Los estudios históricos mejor conocidos acerca de esta relación en Europa y los EEUU son aquellos del historiador económico Robert W. Fogel (2002, 2004 a b), que afirma que el incremento en la cantidad de calorías disponibles para el trabajo en el

transcurso de los últimos 200 años debe haber realizado una contribución significativa a la tasa de crecimiento del ingreso per cápita de países como Francia y Gran Bretaña, como resultado de dos efectos separados: un efecto termodinámico y un efecto fisiológico. A través de la integración de los ultrapobres (en la terminología de Fogel) a la fuerza laboral y el incremento en la energía disponible para el trabajo por aquellos en la fuerza laboral, el efecto termodinámico explica alrededor del 30% del crecimiento británico en el ingreso per cápita durante los dos siglos pasados. Adicionalmente, Fogel sugiere que la eficiencia promedio del "motor humano" en Gran Bretaña se incrementó en alrededor de un 53% entre 1800 y 1980 (el efecto fisiológico). El esfuerzo combinado del incremento en la energía alimentaria disponible para el trabajo, y la mayor eficiencia humana en la transformación de la energía alimentaría en rendimiento laboral, parece explicar alrededor del 50% del crecimiento económico británico desde 1800, dando cuenta con ello de la mayoría del incremento anteriormente no medido en la productividad total de los factores británica. Con base en el trabajo de Fogel, Arora (1999) construyó una serie cronológica de 100-125 años para varias economías industrializadas (Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Japón, los Países Bajos, Noruega y Suecia) y concluyó que el 30-40% del crecimiento alcanzado por estos países podría atribuirse a diversas variables relacionadas con la salud durante el periodo del estudio.

Un experimento bien conocido en el contexto latinoamericano es el estudio realizado por el INCAP en Guatemala, a finales de la década de 1960, al que se le dio seguimiento aproximadamente veinte años más tarde (Martorell, Habicht y Rivera, 1995; Maluccio et al., 2006). Se seleccionaron cuatro pueblos, y las mujeres embarazadas y los niños pequeños en dos de ellos recibieron suplementos nutricionales con un alto contenido proteínico. El estudio de seguimiento claramente demostró el desempeño superior de los niños que habían recibido una mejor nutrición, en términos de crecimiento físico, logro educativo y otras características de capital humano. Se ha planeado un segundo seguimiento para evaluar cómo es que estas diferencias se traducirán en diferentes niveles de productividad, ingresos y, finalmente, niveles de pobreza a medida que la cohorte ingrese a la fuerza laboral. Más recientemente, hace algunos años se publicó una colección de estudios similares sobre Colombia, México, Nicaragua y Perú realizados por Savedoff y Schultz (2000), pero como la mayoría de estos estudios se refieren a los efectos salariales individuales, en lugar de a la productividad agregada, serán abordados en 1.2.5. Varios otros investigadores han encontrado efectos similares (Behrman, 1993; Belli y Appaix, 2002; Karoly, Greenwood et al., 1998; Heckman, 1999; Knowles y Behrman, 2003; McGuire, 1996; OPS, 2001; Rogers, 2003; Schweinhart, Barnes et al., 1993; Van der Gaag y Tan, 1998), tanto en países desarrollados como menos desarrollados.

La mala salud afecta al crecimiento económico en las siguientes formas (Hammoudi y Sachs, 1999), entre otras:

- Vinculaciones de la malaria con la productividad laboral y el crecimiento (Chima, Goodman et al., 2003);

- Vinculaciones de la tuberculosis con la productividad laboral, el crecimiento y los ingresos de los hogares (Ramachandran, 1997; Kamolratanakul, Sawert et al., 1999; Ahlburg, 2000; Jack, 2001);
- Discapacidad, pérdida de ingresos, desempleo y tributación (Boden y Galizzi, 1999); la discapacidad, por sí sola, da como resultado una pérdida anual de 5.35-6.97% del PIB global y 6.60-8.60% del PIB de la región de ALC (Metts, 2004);
- Vinculaciones del VIH/SIDA con la productividad laboral y el crecimiento (Over, 1992; Kambou, Devarajan et al., 1993; Bloom y Mahal, 1995; Banco Mundial, 1999 a; Bloom, Canning y Sevilla, 2004; Bell, Devarajan y Gershbach, 2003);
- El tratamiento de las enfermedades y los sistemas de atención a la salud necesarios son caros (Banco Mundial, 1993, 1997; OMS, 2000).

Otro factor de costos importante, que contiene un importante componente de SSR, es la violencia. Expresado como un porcentaje del PIB de 1997, el costo de los gastos de atención a la salud derivados de la violencia (de todos los tipos) fue del 1.9% del PIB en Brasil, 5.0% en Colombia, 4.3% en El Salvador, 1.3% en México, 1.5% en Perú, y 0.3% en Venezuela (Krug et al., 2002).[6]

En lo que respecta a los temas de SSR, uno de los principales vínculos a considerar en este aspecto es aquel entre el crecimiento económico y la incidencia del SIDA. El costo del SIDA se deriva de diferentes fuentes:

1. Las muertes por SIDA están reduciendo drásticamente las fuerzas laborales de algunos países; en algunos países del África subsahariana, por ejemplo, existe un notorio efecto del SIDA en la escasez de docentes;
2. Como el SIDA es una enfermedad crónica y debilitante, los trabajadores pueden tener una menor productividad laboral durante varios años, y cuando ya no pueden trabajar, pueden requerir una atención constante de la familia o el personal de salud;
3. El tratamiento del VIH/SIDA es caro y desvía recursos que en otras circunstancias podrían invertirse más productivamente. Para América Latina, se estima que el costo de proveer terapia antirretroviral a todos aquellos que la necesitan es del 0.1-1.0% del PIB, pero para la subregión del Caribe podría ser de 1.9-14.8% y para el África subsahariana de 8.6-66.9% (Floyd y Gilks, 1997).

Se ha sugerido que es probable que las disminuciones en el crecimiento poblacional debidas al SIDA en realidad tengan un impacto bastante pequeño en el crecimiento del PIB per cápita (Banco Mundial, 1999 a: 32-33). En aquellos casos en los que el desempleo ya es alto, es probable que las muertes de trabajadores poco calificados por SIDA sólo tengan un pequeño efecto en los mercados laborales, hasta que las economías crezcan y el excedente de mano de obra se reduzca (Banco Mundial, 1999 a: 34). El Banco Mundial posteriormente cambió su posición acerca de este aspecto (Bell, Devarajan y Gershbach,

[6] Este costo no considera otros efectos económicos, tales como el ausentismo laboral como consecuencia de la violencia, o la menor productividad laboral.

2003). Estos últimos argumentan que el impacto a largo plazo de la enfermedad será mucho mayor porque la enfermedad está socavando la formación de capital humano y el potencial para la transmisión intergeneracional de la capacidad productiva potencial a medida que los padres mueren, además de un impacto secundario en la menor escolaridad para los niños en aquellos hogares afectados por el SIDA. De esta forma, las evaluaciones, basadas en una visión transversal actual, pasan por alto los efectos más insidiosos a más largo plazo. Muchos otros factores –desde la severidad de la epidemia, pasando por las tasas de crecimiento subyacentes de los países, hasta la forma en la que los países eligieron financiar el tratamiento del SIDA– también determinarán las consecuencias macroeconómicas.

Los defensores de la causa en contra del VIH/SIDA han usado análisis del impacto económico de la epidemia para demostrar la tesis de que el SIDA es lo mismo un problema de desarrollo que un problema de salud. Bonnel (2000) utilizó un análisis de regresión entre países para estudiar el efecto de la epidemia en 47 países y encontró una pérdida neta anual del 1% del PIB atribuible a la enfermedad. El impacto bruto fue más alto, pero amortiguado por el efecto compensatorio de una mayor productividad laboral a medida que los trabajadores morían. En África, el impacto es más grande, por ejemplo, del. 0.3-1.5% anualmente en África del Sur (Bell, Devarajan y Gersbach, 2003). De acuerdo con cifras publicadas por la OIT (2004 c) para siete países con alta prevalencia en el Caribe y América Central, se estima que la pérdida de crecimiento del PIB debida al SIDA es de 0.2% por año en Honduras y la República Dominicana, 0.3% en Belice y Guyana, 0.4% en las Bahamas, 0.5% en Trinidad y Tabago, y 0.9% en Haití. En el 2003, la Comisión sobre Salud y Desarrollo del Caribe proyectó que el SIDA reduciría la oferta de mano de obra en general en el 2005 en un 5.2% en Trinidad y Tabago y un 7.3% en Jamaica, con un impacto ligeramente más alto en el sector servicios.

Como la conexión entre SSR y pobreza a través del crecimiento económico es más bien indirecta, han existido intentos para vincular a las dos de otras maneras. El documento Promoting Reproductive Health as a poverty reduction strategy (UNFPA, 2002 b), que fue citado anteriormente, se refiere al discurso de la entonces Directora de la OMS, Gro Harlem Brundtland, al Foro de La Haya (1999), en el que afirmó que el 15% de la carga global de la enfermedad corresponde a condiciones originadas en la falta de atención a las necesidades de SSR.[7] También se plantea un argumento similar en la sección sobre pobreza de *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals* (UNFPA, 2005 g: 5):

> *""La mala salud reproductiva constituye una parte significativa de la totalidad de la mala salud en el mundo: una tercera parte de todas las muertes y discapacidades entre las mujeres en edad reproductiva y una quinta parte de la carga global total de la mala salud."*

[7] Dependiendo de la definición específica adoptada para la salud sexual y reproductiva, este número en realidad puede variar entre un 5 y un 20%. Vlassoff et al. (2004) obtuvieron una estimación del 18.4% a nivel mundial y un 12.0% para el Continente Americano. Este último porcentaje se divide como sigue: 0.4% para ITS, excluyendo el VIH/SIDA, 1.9% para el VIH/SIDA, 1.3% para condiciones maternas, 4.9% para condiciones perinatales, y 3.5% para otras condiciones de la SSR.

Esto introduce el tema de la metodología de la carga de la enfermedad y su indicador primario, la medición de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD, también conocido como Años de Vida Saludables, AVISA, o simplemente por su abreviación en inglés, DALY). Si bien se han hecho intentos por usar este indicador para demostrar el impacto de la salud, o más específicamente las intervenciones de SSR, en las reducciones de la pobreza, al parecer los AVAD prometen poco en este sentido, independientemente de sus méritos para otros fines. No fueron diseñados para cuantificar los impactos en la pobreza, sino para proveer alguna medida del sufrimiento humano, independientemente de si éste da como resultado una mayor pobreza o no. Su aplicación al análisis de la pobreza es todo menos directo. En algunos casos, como el del SIDA, el impacto puede ser bastante sustancial; en otros, sin embargo, como el de algunas ITS, el sufrimiento adopta la forma de incomodidad, pero tiene un impacto relativamente pequeño en las capacidades de generación de ingresos. Esto plantea algunos aspectos metodológicos intrincados en lo que respecta a la relación entre morbimortalidad y pobreza.

Un aspecto particularmente difícil en este contexto es cómo ponderar, por ejemplo, la enfermedad prolongada contra la muerte, particularmente si las muertes son de niños recién nacidos. La metodología AVAD le asigna un gran peso a las muertes infantiles, ya que implican la pérdida de un ciclo vital entero. Pero desde el punto de vista de los miembros de la familia sobrevivientes, la pérdida es principalmente una pérdida emocional que tiene muy poco impacto sobre la pobreza monetaria o que incluso puede reducir la pobreza, especialmente si el niño fue de un alto orden de nacimiento y no es deseado por la familia. Un abordaje diferente del tema consiste en establecer algún tipo de escala de equivalencia entre longevidad y otros componentes del bienestar. Aunque no se basa en ningún análisis costo-beneficio explícito, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que es un promedio de la longevidad, la educación y el PIB per cápita, todos transformados en indicadores con valores entre 0 y 1, establece dicha escala de equivalencia implícitamente; pero su uso con este fin es un tanto cuestionable.[8] Un abordaje diferente del tema consiste en establecer algún tipo de escala de equivalencia entre longevidad y otros componentes del bienestar. Aunque no se basa en ningún análisis costo-beneficio explícito, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que es un promedio de la longevidad, la educación y el PIB per cápita, todos transformados en indicadores con valores entre 0 y 1, establece dicha

[8] En realidad existe un cúmulo de literatura bastante sustancial acerca de la valuación económica de las vidas humanas. Dependiendo del propósito específico de esta valuación, los resultados pueden variar enormemente. Economistas ambientales (por ejemplo, Lesser, Dodds y Zerbe, 1997) han estimado la compensación financiera que las personas estarían dispuestas a aceptar a cambio de un mayor riesgo para su salud o que las industrias estarían dispuestas a pagar con el fin de proteger la salud de sus trabajadores. En el contexto de los diferenciales de salario entre ocupaciones riesgosas y menos riesgosas en los países industrializados, Viscusi (1993) ha hecho una estimación, con base en un gran número de estudios, de aproximadamente US$ $70,000 para el valor medio de un año adicional de vida individual. Con base en una metodología similar pero más sofisticada, Murphy y Topel (2002) estimaron que el incremento (de 71.0 a 75.4 años) en la expectativa de vida en los Estados Unidos entre 1970 y 1990 representó un incremento de US$ $12,000 por persona, es decir, alrededor de US$ $2,800 por cada año de vida adicional. Ippolito e Ippolito (1984), por otro lado, computaron que la valuación que los fumadores norteamericanos atribuyen a sus vidas, implícita en los cambios conductuales resultantes de la divulgación de información acerca de los riesgos de esta conducta, fue de US$ $46,000 de 1985. En la economía forense se usa un mecanismo diferente para la valuación intrínseca de la vida humana con el fin de establecer la cantidad de compensación a la que una familia tiene derecho en caso de un homicidio involuntario o una responsabilidad médica que conduzca a la muerte de uno de sus miembros.

escala de equivalencia implícitamente; pero su uso con este fin es un tanto cuestionable.[9] Con base en los criterios usados en el cálculo del IDH 2004, cada año de pérdida o ganancia en la expectativa de vida agregada representa una pérdida o ganancia del 10.5% en el PIB per cápita (calculado en términos de la PPA).

Considerando todavía la naturaleza un tanto cuestionable del uso del IDH para este fin, incluso es posible obtener una valuación hipotética de las vidas de aquellas personas que en realidad morirán o cuyas vidas serán salvadas como consecuencia del cambio en la expectativa de vida. Esto se puede hacer estableciendo dos escenarios demográficos alternativos –uno sin ningún cambio en la expectativa de vida y uno en el que la expectativa de vida se incrementa en un año en el año base y luego regresa a su valor anterior–, computando la diferencia en el número de años vividos y luego relacionando este número con el incremento equivalente en el PIB (10.5%) implicado por el cambio en la expectativa de vida en el año base. Las valuaciones implícitas resultantes son bastante altas, por ejemplo, de US$ 22,300 (PPA) por cada año de vida individual salvado en el caso de Haití, y hasta US$ 179,500 en el caso de Brasil, es decir, 13.9 y 23.1 veces los respectivos PIB per cápita.

Hace algunos años, el economista del desarrollo Ravi Kanbur (2002) se refirió al tema de la "pobreza y la muerte" como uno de los tres tópicos relacionados con la pobreza y la desigualdad que prometen ser el objeto de mucho debate teórico y de reconceptualización durante los próximos años. De acuerdo con Kanbur:

> *"Las conceptualizaciones actuales de la medición de la pobreza se centran (un tanto irreflexivamente) en aquellas personas actualmente vivas, mientras que las tasas de mortalidad por SIDA nos obligarán a considerar las vidas extinguidas de aquellos que acaban de morir. Nuestras herramientas conceptuales no parecen ser adecuadas para la tarea." (Kanbur, 2002: 6)*

En un artículo posterior, Kanbur y Mukherjee (2003) propusieron una medición de la pobreza alternativa, con base en el perfil de ingresos a lo largo de la vida de una persona, que evita el problema planteado por las mediciones convencionales en el sentido de que estas últimas atribuyen una menor pobreza a las poblaciones en las que los pobres simplemente mueren de manera prematura. Aun cuando estos tipos de mediciones parecen ser más apropiados que los AVAD para ocuparse de la valuación de la morbimortalidad en el análisis de la pobreza, es poco probable que su incorporación explícita a la medición de la pobreza tenga lugar en un futuro próximo.

[9] Sería más atractivo vincular la valuación con el Índice de Pobreza Humana, pero este último (por lo menos en su variante para los países en vías de desarrollo) no contiene un componente monetario, haciendo con ello que resulte difícil expresar el valor intrínseco de los incrementos en la expectativa de vida en términos monetarios. Adicionalmente, no existe consenso en cuanto a la forma correcta de ponderar los diferentes componentes del IDH (ver, por ejemplo, Ravallion, 1997).

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 1 (Parte 1):

Conclusiones generales

- La reducción de la pobreza –en el sentido más amplio de reducir la proporción de personas cuya calidad de vida desciende por debajo de algún límite crítico– es el objetivo central al que todos los ODM deben contribuir en una u otra forma. Interpretada de esta manera, todas las Metas deberían ser consideradas como dimensiones de la reducción de la pobreza lato sensu, de las que la reducción de la pobreza monetaria (Meta 1) y el hambre (Meta 2) son un componente central, pero de ninguna manera los únicos. Al mismo tiempo, la realización de los otros Objetivos se beneficiará importantemente del logro de la Meta 1.
- Para efectos de la Meta 1, la pregunta central es si el incremento en el acceso a la atención primaria a la salud y particularmente la SSR –aparte de su papel en el mejoramiento de la calidad de vida con respecto a problemas tales como la mortalidad infantil, materna y de niños – puede también contribuir de manera más directa a aliviar la pobreza (monetaria). Existen diferentes categorías de argumentos acerca de por qué podría ser así.
- Los cambios en el tamaño y la estructura etaria de la población inciden en la pobreza, alterando:

1. La tasa de crecimiento del consumo y el ingreso por persona a través, por ejemplo, del efecto de una mayor inversión y un mayor ahorro (el *efecto de crecimiento*);
2. La distribución del consumo y el ingreso derivada de las tasas diferenciales de avance en el proceso de transición demográfica (el *efecto de distribución*); y/o
3. La capacidad de los pobres, especialmente las mujeres y los niños, para convertir un nivel de consumo e ingreso dado en requerimientos nutricionales y para acceder, por ejemplo, a servicios sociales básicos (el *efecto de conversión*).

- Aunque tradicionalmente la investigación en esta área se ha centrado en su mayor parte en el componente 1, más recientemente ha existido una atención creciente para el 2 y, en menor medida, el 3. Adicionalmente, los análisis econométricos del componente 1 se han vuelto más sofisticados, superando algunos obstáculos tradicionales que en el pasado dificultaban la detección de efectos poblacionales importantes.

1. El vínculo entre embarazo no deseado, fecundidad, crecimiento poblacional y crecimiento económico agregado

- El acceso universal a la SSR conduce a tasas de fecundidad más bajas, un crecimiento poblacional más lento, una estructura etaria más favorable (tasas de dependencia menores), una fuerza laboral más productiva, un mayor crecimiento económico, y con ello, finalmente, a la reducción de la pobreza.
- Si bien la pertinencia teórica de esta vinculación se encuentra en gran medida más allá de toda disputa, la cadena causal es bastante larga y varios obstáculos pueden

intervenir. Por ejemplo, aunque el crecimiento económico teóricamente crea oportunidades para la reducción de la pobreza, estas oportunidades no siempre se materializan como reducciones reales del número o la proporción de pobres. No es posible emitir el veredicto final sobre los efectos en la pobreza si no se considera el impacto distributivo del cambio poblacional, el cual habrá de analizarse en las siguientes secciones.

- El análisis de la población en relación con el crecimiento económico tiene dos tesis principales: una relacionada con el crecimiento poblacional per se, y otra relacionada con la composición poblacional resultante de tasas de crecimiento diferentes, y más particularmente los efectos económicos agregados del llamado "bono demográfico" o la "ventana (de oportunidad) demográfica". La cadena putativa de causalidad es: menos embarazos no deseados, que conducen a una menor fecundidad y, por lo tanto, a un menor crecimiento poblacional, y –por la vía de un número de variables intermedias tales como la reducción de las necesidades de inversiones en una infraestructura social en expansión y una mayor participación de la fuerza laboral– a un mayor crecimiento económico agregado.
- Ciertamente, el debate a un nivel macro acerca de las correlaciones entre crecimiento poblacional agregado y crecimiento económico ha estado marcado por la controversia. La mayoría de los representantes de la teoría del crecimiento neoclásica incluso han concluido que no existe una relación estadística demostrable entre los dos, mientras que la mayoría de los economistas de la tradición estructuralista de la CEPAL son escépticos en lo que respecta a algunas de las vinculaciones, tales como el efecto del mayor ahorro en los hogares (ver punto siguiente). Otros, particularmente los economistas del Banco Interamericano del Desarrollo, concluyen que, por el contrario, las variables demográficas y de salud juegan un papel extremadamente importante en la determinación de las tasas de crecimiento económico.
- Una de las razones por las que los análisis entre países acerca del cambio demográfico y el crecimiento económico a menudo no han registrado ningún efecto importante es que estos análisis por lo general no han distinguido entre los efectos de la mortalidad y la fecundidad. Análisis más recientes que sí hacen esta distinción han hecho notar que el crecimiento poblacional más lento resultante de una fecundidad más baja tiene efectos positivos sustanciales en el crecimiento económico, mientras que el crecimiento poblacional más lento resultante de una mortalidad más alta tiene el efecto opuesto. Como los dos tienden a estar inversamente correlacionados, el efecto en general a menudo no es aparente.
- Una de las variables intermedias más tradicionales y al mismo tiempo más controvertidas en la vinculación causal entre el crecimiento poblacional y el crecimiento económico es la cantidad del ahorro de los hogares. El crecimiento económico está relacionado con la inversión y, más indirectamente, con el ahorro, el cual, a su vez, está relacionado con el crecimiento de la fuerza laboral y la composición de los hogares por la etapa del ciclo de vida en el que se encuentran. Se piensa que estas transformaciones han sido cruciales en la generación de la

acumulación de capital necesaria que permitió la expansión de las economías del Este de Asia en décadas recientes.

- En gran medida basada en estas experiencias, la idea básica detrás del "bono demográfico" es aquélla de un dividendo que sólo se presenta una vez como resultado de una estructura etaria favorable moldeada por tendencias de fecundidad pasadas, lo cual crea una ventana de oportunidad para un mayor ahorro e inversión para el crecimiento económico, en un momento en el que se requiere de relativamente menos recursos para la inversión en educación y la atención para los adultos mayores.
- En la región de ALC, los beneficios del bono demográfico hasta ahora han estado muy por debajo de su contribución potencial. La reserva expresada con mayor frecuencia es que el crecimiento relativamente rápido de la fuerza laboral es ventajoso sólo para aquellos países que pueden, entre otras cosas, incrementar las oportunidades de empleo con una velocidad suficiente para igualar el crecimiento en la oferta de mano de obra, mantener el crecimiento en la productividad laboral, mejorar la salud pública, incluida la SR, e invertir en infraestructura física.
- Sin embargo, sin negar la validez del argumento de que se necesitarán inversiones complementarias con el fin de obtener el mayor beneficio del bono demográfico, también es necesario apuntar que el temor, expresado por algunos investigadores en la región, de un bono demográfico convertido en una posible catástrofe demográfica parece un tanto fuera de lugar. En particular, el bono demográfico no incrementa la carga sobre los gobiernos en lo que respecta a expandir el empleo. Las afirmaciones en contrario por lo general no hacen distinciones apropiadas entre los números absolutos y relativos y/o entre proporciones y tasas.
- Un estudio reciente sobre Costa Rica concluye que casi todo el magro crecimiento económico del país del último cuarto de siglo podría deberse a un primer dividendo originado en el rápido crecimiento de la población en edad de trabajar relativo a los consumidores.
- No obstante, el bono demográfico tiene una duración limitada. Teóricamente, tan pronto como la proporción de la población de más de 60 años de edad comienza a incrementarse significativamente, tal como ya está sucediendo en algunos países de la región de ALC, la ventana de oportunidad comienza a cerrarse y los costos económicos del proceso del envejecimiento se vuelven predominantes. En años recientes, sin embargo, se ha sugerido que esta conceptualización del proceso del envejecimiento es demasiado pesimista y que, dadas las circunstancias correctas, podría de hecho existir un "segundo bono demográfico". Este segundo dividendo surge porque el envejecimiento de la población provee una poderosa fuerza para el ahorro y la acumulación de activos, los cuales, a su vez, estimulan el crecimiento y la inversión económica.
- En una medida mucho mayor que la del primer dividendo demográfico, este segundo bono depende de factores conductuales y arreglos institucionales, especialmente la forma en la que los medios de vida de la población de más de 60 años de edad son financiados. En particular, no se realizará si la seguridad de los adultos mayores depende por completo

de las transferencias intergeneracionales. No obstante, dadas las políticas correctas, el envejecimiento de la población conduciría a sociedades más ricas y prósperas.

- La noción de un segundo bono demográfico una vez más introduce el tema del ahorro de los hogares como un instrumento de crecimiento económico. En la región de ALC las tasas de ahorro de los hogares, particularmente el ahorro voluntario, históricamente han sido bastante bajas. Aunque algunos países han introducido mecanismos de ahorro forzado para financiar sus sistemas de pensiones, un número sustancial de países todavía depende total o parcialmente de sistemas de transferencia de "pago por uso". Adicionalmente, las mayores oportunidades de crédito al consumo pueden erosionar aún más la propensión a ahorrar. Por lo tanto, aun cuando el segundo bono demográfico es una posibilidad real, es dudoso si sus efectos benéficos potenciales se materializarán en la región de ALC.
- La situación de la salud y nutricional de las personas tiene un impacto directo en el salario individual, su productividad laboral, y la productividad agregada. Se sabe, por ejemplo, que los niños que reciben una mejor nutrición a menudo demuestran un desempeño superior en términos de crecimiento físico, logro educativo, y otras características de capital humano.
- Algunos análisis han propuesto el uso de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos como una medida del impacto en la pobreza de la mala salud y particularmente el impacto de las medidas de SSR. Esta práctica, sin embargo, no parece ser prometedora, porque los AVAD no fueron diseñados con este propósito y usarlos en esta forma conduce a dificultades conceptuales significativas. Se han propuesto mediciones alternativas que consideran la mortalidad, principalmente para corregir la distorsión resultante de la muerte prematura de los pobres, pero la aplicación práctica de esas mediciones no parece próxima.
- La mala salud afecta el crecimiento económico significativamente. Con respecto a los temas de SSR, uno de los principales vínculos a considerar en este aspecto es aquél entre el crecimiento económico y la incidencia del SIDA. Las muertes por SIDA están reduciendo drásticamente las fuerzas laborales de algunos países. Como el SIDA es una enfermedad crónica y debilitante, los trabajadores pueden haber tenido una menor productividad laboral durante varios años. Adicionalmente, su costoso tratamiento desvía recursos que, en otras circunstancias, podrían invertirse más productivamente. Se estima que la pérdida de crecimiento del PIB debida al SIDA es del 0.2% por año en Honduras y la República Dominicana, 0.3% en Belice y Guyana, 0.4% en las Bahamas, 0.5% en Trinidad y Tabago, y 0.9% en Haití.
- Otro factor significante de costos que contiene un importante componente de SSR, es la violencia. De acuerdo con algunas estimaciones, el costo de los gastos de atención a la salud derivados de la violencia (de todos los tipos), expresados como un porcentaje del PIB de 1997, fue del 1.9% del PIB en Brasil, 5.0% en Colombia, 4.3% en El Salvador, 1.3% en México, 1.5% en Perú, y 0.3% en Venezuela. Este costo no considera otros efectos económicos, tales como el ausentismo laboral como consecuencia de la violencia, o la menor productividad laboral.

1.2. La importancia de los efectos distributivos

Independientemente de su impacto en las cifras agregadas tales como el PIB, la inquietud primordial en lo que respecta a la carga de la enfermedad implicada por las enfermedades debilitantes tales como el SIDA tiene que ver con el bienestar humano individual, que claramente será reducido por la epidemia, independientemente de su impacto macroeconómico. Esto ilustra el hecho de que las tendencias económicas agregadas sólo ofrecen perspectivas muy limitadas acerca del impacto real de los factores poblacionales y de SSR en la incidencia de la pobreza. Por otro lado, esto se debe a que la pobreza monetaria es una medición imperfecta del bienestar humano. Pero también se debe a que el impacto del SIDA y otras enfermedades debilitantes – para continuar con este ejemplo – en la pobreza, incluso si se mide en términos monetarios convencionales, es mucho más tangible para aquellas personas directamente afectadas que para la población en general, la cual sólo sufre sus consecuencias de manera difusa e indirecta, a través de la intermediación de factores macroeconómicos tales como el crecimiento del PIB.[10] Un análisis en términos del crecimiento económico agregado, por lo tanto, no da cuenta de toda la extensión de la importancia de los factores poblacionales y de SSR en la determinación de la pobreza. Esto se aplica no sólo a la morbilidad (de la cual nos ocuparemos en 1.2.5.), sino también a otras interacciones población-pobreza.

Hasta hace poco la literatura económica había permanecido relativamente silente en cuanto al tema de la distribución, centrándose en su lugar en el crecimiento agregado (ver arriba). En gran medida, este silencio puede atribuirse al hecho de que la teoría económica está mucho mejor equipada para manejar aspectos relacionados con el crecimiento agregado y los flujos de recursos entre actores económicos agregados que para analizar las variaciones internas de estos fenómenos. Un punto a mencionar en este contexto es que el crecimiento y la distribución no son independientes. Existe una cantidad considerable de evidencia que indica que aun cuando el crecimiento económico puede profundizar la desigualdad en el ingreso, la desigualdad económica preexistente puede obstaculizar los prospectos de crecimiento, por lo menos en aquellos países con niveles iniciales de ingreso per cápita relativamente bajos (Barro, 1997, 1999; Birdsall, Pinckney y Sabot, 1997).

En años recientes, sin embargo, los investigadores de la pobreza han comenzado a reconocer más explícitamente su importancia, tal como lo evidencia el trabajo de CEPAL/IPEA/PNUD (2003) al que haremos referencia en 1.2.4. Similarmente, en Colombia, Núñez y Espinosa (2005) hacen notar que el incremento en la pobreza de 50.8% en 1996 a 53.3% en 2004 se debió no a la disminución en el crecimiento económico agregado, sino a una distribución del ingreso cada vez peor. Si el crecimiento económico durante ese periodo hubiera sido neutral, la pobreza habría descendido a 45.9% en 2004. Eastwood y Lipton (1999, 2001) muestran que los efectos de la alta fecundidad en el crecimiento y la distribución son casi igual de perjudiciales para los pobres. Ellos distinguen dos efectos de distribución principales: la dependencia y la

[10] Teóricamente, la desgracia de algunos puede incluso generar beneficios para otros, que no sufren los estragos del SIDA en su entorno familiar inmediato, pero que pueden aprovechar la escasez de mano de obra que éste genera en el mercado. Obviamente, un análisis a un nivel macro que permita que estos beneficios parcialmente se compensen entre sí es parcial y potencialmente engañoso.

adquisición. El efecto de dependencia diluye el consumo de los hogares cuando la fecundidad incrementa la carga de dependencia de los no trabajadores a los trabajadores más para los hogares pobres que para los no pobres. El efecto de adquisición de la fecundidad más alta reduce la disposición o la capacidad relativa de los hogares pobres para alcanzar un nivel dado de consumo doméstico como resultado de los costos más altos del mantenimiento de los hijos, los cambios en la oferta de mano de obra o el ahorro de los hogares.[11]

Para fines del presente documento, los efectos distributivos juegan un papel importante en diferentes formas y a diferentes niveles que, a grandes rasgos, pueden clasificarse como sigue:

1. Los efectos asociados con el crecimiento poblacional diferencial de los pobres y los no pobres;
2. Los efectos asociados con las tasas diferenciales de movilidad económica, dependiendo del tamaño de la familia;
3. Los efectos asociados con la disponibilidad relativa de mano de obra no calificada, mano de obra calificada y capital físico, y sus implicaciones para la distribución del ingreso;
4. Los efectos asociados con las diferencias en la composición de los hogares y su impacto directo en los ingresos per cápita, incluidos los nacimientos no deseados;
5. Los efectos de los costos diferenciales asociados con un hijo adicional en el hogar, resultantes de la carga adicional de la atención infantil y las pérdidas asociadas con la mortalidad infantil;
6. Las características especiales de la pobreza en segmentos poblacionales específicos.[12]

Ante la ausencia de movilidad social y económica, la proporción de pobres en la población tenderá a crecer simplemente porque los pobres tienden a tener más hijos que los no pobres (Punto 1). Ésta es una expresión de la transición demográfica diferencial, caracterizada por retardos en la disminución de la mortalidad y la fecundidad entre los pobres. En parte, esta diferencia se debe al acceso desigual a la planificación familiar y la SSR. En la región de ALC, por ejemplo, la proporción promedio del deseo de planificación familiar satisfecho en 1996-2004 (con base en datos de STATcompiler) fue del 75%. Sin embargo, en el quintil más pobre, ésta fue de sólo 58% y en el segundo más pobre del 69%, mientras que en los dos quintiles más ricos los porcentajes fueron del 80% y el 85%, respectivamente. Incluso si se presenta movilidad social y económica, tiende a variar por el número de niños dependientes en el hogar (Punto 2).

El efecto de distribución identificado con mayor frecuencia en la literatura económica tiene que ver con la mayor disponibilidad de mano de obra no calificada relativa a mano de

[11] Juntos, los dos efectos determinan la siguiente ecuación:

POV$30 = -8.13 LAVCON + 3.41 NBR10 – 0.64 LAVCON*NBR10 + 9.97 LATAM

en donde POV$30 es el porcentaje de la población que vive con menos de un dólar por día (en términos del poder de compra estandarizado en 1985), LAVCON es el logaritmo Naperiano del gasto medio, NBR10 es la tasa de natalidad nacional con un retardo de 10 años, y LATAM es una variable ficticia para los países de América Latina. Nótese la pobreza más alta en América Latina, que equivale a un poco más de un punto de diferencia en LAVCON (es decir, ¡un factor de alrededor de 3!).

[12] Un factor demográfico final pertinente para la distribución del ingreso es el tamaño de las comunidades. Como este factor está asociado con la migración interna, se abordará brevemente en la sección 1.3.

obra calificada y capital físico, como una consecuencia del rápido crecimiento poblacional y la mayor proporción de ingresos laborales que los grupos de ingresos más altos tienen la probabilidad de generar a medida que la relación de mano de obra no calificada a calificada se reduce. También tienen más probabilidades de generar proporciones más grandes del ingreso a partir de tierras y activos, cuyas tasa de retorno, bajo estas circunstancias, se incrementan en relación con la mano de obra (Punto 3). Adicionalmente, la población puede incrementar la demanda de alimentos, la cual a su vez incrementa los precios de los alimentos. Como los hogares más pobres gastan la mayoría de su ingreso en alimentos, se verán perjudicados desproporcionadamente.

Si bien Hausmann y Székely (1999) reconocen la importancia de los determinantes macro, como la estructura de las economías de la región de ALC y los factores geográficos, culturales y étnicos, llaman la atención a tres características personales que explican una parte importante de las variaciones del ingreso entre hogares: la fecundidad (medida por el número de hijos dependientes: Punto 4), la participación de la fuerza laboral femenina, y la educación. Similarmente, Ahlburg (1994) y Lipton y Ravallion (1995) muestran que los hogares más grandes tienen ingresos más altos en el hogar, pero ingresos per cápita más bajos, y que la incidencia de la pobreza tiende a incrementarse con el tamaño de la familia. Más recientemente, Medeiros y Costa (2006) –en un estudio de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela– han mostrado que la composición de los hogares, particularmente si existen hijos dependientes en el hogar, da cuenta de una proporción mucho mayor de pobreza que el criterio de jefaturas masculina o femenina habitual.[13]

Una de las afirmaciones más fuertes en relación con la importancia de los efectos de la composición de los hogares en la pobreza proviene de un análisis de microsimulación de los determinantes de la pobreza en Colombia para el periodo 1996-2004 por Núñez, Ramírez y Cuesta (2005). Estos autores estimaron que los cambios en el número de miembros del hogar por sí solos explican una proporción importante de la variación de la pobreza: en el caso de la pobreza urbana -21% de 1996 a 2000[14] y 59.6% de 2000 a 2004, y en el caso de la pobreza rural -9.6% y 16.9%, respectivamente. De acuerdo con estos autores, las políticas públicas que inciden en los tamaños de los hogares tienen el segundo potencial más grande para reducir la pobreza, después del empleo, especialmente en áreas rurales, en las que los tamaños de los hogares son todavía relativamente grandes.

Los efectos asociados con la composición de los hogares y su impacto directo en los ingresos per cápita en los hogares operan en tres formas:

1. El consumo total de los hogares más pobres se ve reducido por los costos infantiles adicionales y la reducción de los salarios reales con el tiempo, a medida que los hijos ingresan a la fuerza laboral y se concentran en ocupaciones no calificadas.

[13] De acuerdo con Ahlburg (1994), el efecto del tamaño de la familia en la pobreza es afectado por el nivel de desarrollo económico del país, la posición de la familia en el ciclo de vida, los arreglos de vivienda de los hijos del hogar, el hecho de que la familia reciba ingresos de miembros de la familia no residentes, el espaciamiento de los hijos y el hecho de que los hijos sean prematuros, y las contribuciones gubernamentales a la educación y la salud. Sin embargo, incluso un recuento limitado de estos factores condicionantes ya explica una proporción importante de la incidencia de la pobreza.

[14] El signo negativo significa que este efecto siguió una dirección contraria a la tendencia de la pobreza (en aumento) durante este periodo, es decir, que en su ausencia el incremento de la pobreza habría sido aún peor. Todas las cifras incluyen efectos tanto directos como indirectos.

2. Como la fecundidad más alta aumenta más la carga de dependencia infantil en estos hogares, el consumo en los hogares se diluye proporcionalmente más en los hogares pobres que en los no pobres.
3. Finalmente, los costos asociados con un hijo adicional en el hogar –resultantes de la carga adicional de la atención infantil y las pérdidas asociadas con la mortalidad infantil – son más bajos para los hogares más ricos, asumiendo que los costos son fijos, independientemente de las características del hogar, ya que el apoyo de la familia extendida en los hogares ricos es más común (Eastwood y Lipton, 2001; Punto 5). Las familias pobres, por otro lado, no sólo tienen una proporción más alta de hijos no deseados, sino que también necesitan anticipar una proporción más alta de pérdidas infantiles, compensando ésta en su conducta de fecundidad. Esto plantea la posibilidad de una trampa de la pobreza relacionada demográficamente, en la que la pobreza genera un exceso de fecundidad y el exceso de fecundidad, a su vez, profundiza la pobreza (Bernstein & White, 2004).

Finalmente, algunos grupos socialmente importantes de la población son afectados por la pobreza en formas particulares (Punto 6), que necesitan ser aclaradas porque sugieren intervenciones en materia de políticas específicas que no pueden ser capturadas adecuadamente por las consideraciones generales acerca de la naturaleza de las interacciones población-pobreza descritas en los Puntos 1-5. La discusión que sigue se referirá de nuevo a los puntos anteriores.

1.2.1. Pobreza estructural y transitoria

Aparte de la referencia hecha de paso a la pobreza *transitoria* o por *eventos negativos* en 1.1.4., la mayor parte de este capítulo hasta ahora se ha ocupado de la pobreza *crónica* o *estructural*. Sin embargo, además de los pobres estructuralmente, es decir, aquellos que viven permanentemente en un nivel bastante por debajo de la línea de pobreza, existe una proporción sustancial de la población cercana a la línea de pobreza que entra y sale de la pobreza dependiendo de mejoras momentáneas o de retrocesos en sus condiciones de vida: un empleo temporal o un despido, el clima, una mala cosecha, desastres naturales, fluctuaciones en los precios de los alimentos, un accidente laboral, enfermedad, etc. En la siguiente sección, datos de Nicaragua mostrarán que una proporción sustancial que vivía en pobreza extrema o moderada en 1998 había pasado a un estrato diferente en 2001. Similarmente, Contreras et al. (2004) muestran que el 54.8% de los chilenos pobres de 1996 ya no eran pobres en el 2001, mientras que el 46.6% de aquellos que eran pobres en 2001 no lo habían sido en 1996. En Perú, Herrera y Roubaud (2002) encontraron que el 37.0% de la población urbana declarada como pobre en 1998 ya no era pobre en 1999, mientras que el 19.4% de aquellos que no habían sido pobres en 1998 se habían convertido en tales en 1999. Con base en estos tipos de transiciones, estimaron que entre 1997 y 1999 únicamente el 13.0% de la población urbana de Perú era permanente o estructuralmente pobre, mientras que el 35.2% entró y salió de la pobreza.

Esta razón de 3 a 1 entre pobreza transitoria y estructural no es atípica. Una investigación del Banco Mundial (2000) encontró una razón similar en Rusia, mientras que en Pakistán

casi toda la pobreza era transitoria. Únicamente en África la pobreza estaba dividida más o menos uniformemente entre el tipo estructural y el transitorio. Bauch y McKay (2004), sin embargo, estiman que sólo 16-23 millones de personas en la región de ALC deberían ser clasificadas como crónicamente pobres, en comparación con un total de 222 millones de pobres y 96 millones de extremadamente pobres (CEPAL, 2005 a).

En algunos países, la pobreza de los transitoriamente pobres es más profunda que aquella de los crónicamente pobres (por ejemplo, Gaiha y Kazmi, 1987, para el caso de la India), pero este no siempre es el caso. Por lo menos no parece ser el caso en Chile, de acuerdo con los datos presentados por Contreras et al., aunque estos datos sí presentan una ligera tendencia hacia ingresos más bajos entre aquellos que pertenecían a un decil muy diferente (una distancia de más de 2) en 2001 y en 1996.

Desde el punto de vista de las políticas, es importante distinguir entre los dos tipos de pobreza, porque:

1. La pobreza transitoria requiere un conjunto de soluciones diferente (por ejemplo, redes de seguridad social y medidas de asistencia temporal) al de las inquietudes acerca de la pobreza estructural enfatizadas en los PRSP, que requieren inversiones en capital humano, la creación de oportunidades de empleo permanente, etc.;
2. El diseño de programas para la reducción de la pobreza basados en una sola evaluación de la población pobre corre el riesgo de desperdiciar recursos y crear una falsa imagen de éxito a medida que algunos transitoriamente pobres superan su pobreza por sus propios medios y otros, que anteriormente no eran pobres, caen en la pobreza (temporal).

También es posible hacer distinciones entre otras dimensiones de la pobreza. Los cuatro tipos más comúnmente mencionados en la literatura son los siguientes:

1. La pobreza intergeneracional (personas nacidas pobres y que nunca pueden salir del círculo vicioso);
2. La pobreza estructural o crónica;
3. La pobreza transitoria o por eventos negativos;
4. La pobreza del ciclo de vida (la pobreza causada por etapas particulares en el ciclo de vida, tales como la adultez joven o la vejez).

La pobreza juvenil tiene más posibilidades de ser temporal que la pobreza de otros grupos, pero a medida que el tiempo pasado en la pobreza temporal se incrementa, tiene probabilidades de volverse crónica (Moore, 2005). Entre los factores que pueden causar un episodio de pobreza transitoria, los más importantes son aquellos asociados con una pérdida temporal del empleo, enfermedad o discapacidad, y las malas cosechas. Ciertos eventos que se presentan en el curso de la vida también pueden incrementar el riesgo de pobreza. Eastwood y Lipton (2001: 239), por ejemplo, sugieren que los episodios de pobreza transitoria tienden a concentrarse en periodos en los que las integrantes del hogar están embarazadas o lactando, o cuando existen muchos niños de menos de 5 años de edad en el hogar. Este punto también es enfatizado en el Informe sobre la Juventud Mundial 2003:

> *"(...) La pobreza puede ser más situacional que heredada, y tiene más probabilidades de ser una experiencia a corto plazo que una que dure toda la vida. En este último contexto, es probable que la pobreza esté asociada con dificultades en la negociación de una etapa particular en el ciclo de vida, tal como el desarrollo inicial de un medio de vida regular o el hacerle frente al nacimiento de un hijo."*

Estudios realizados en países desarrollados (por ejemplo, Jenkins, 1998) muestran que uno de los eventos a menudo asociados (el 5.9% de todos los episodios de pobreza en el Reino Unido) con una transición a la pobreza es la llegada de un niño recién nacido al hogar. En un estudio longitudinal reciente de hogares con niños realizado en el Perú, como parte de un estudio de cuatro países que también involucra a Etiopía, India y Vietnam (Escobal et al., 2003), el nacimiento de un hijo o la llegada de un nuevo miembro al hogar fue la tercer causa más frecuente (el 4.5% de todos los hogares) de pérdida significativa del bienestar económico durante los últimos tres años, después de la pérdida de un empleo o la actividad económica (10.8%) y lesiones o enfermedad grave (6.3%). Esta incidencia no variaba significativamente entre estratos sociales.

Los hogares con un hijo recién nacido enfrentan dos limitaciones que pueden afectar su potencial de generación y diversificación de ingresos y, con ello, su riesgo de caer en pobreza transitoria:

1. La capacidad de generación de ingresos de uno de los miembros (la madre) puede ser limitada, y
2. A menudo enfrentan requerimientos de gastos adicionales debido a la presencia del nuevo hijo.

Escobal et al. (2005) describen los patrones de diversificación de ingresos de los hogares con un hijo recién nacido en el Perú. Al parecer la presencia de un niño pequeño tiene un impacto en las estrategias y los patrones de diversificación, con menos diversificación en aquellos hogares con un niño pequeño. Tener un niño pequeño reducía la posibilidad de que la madre trabajara, aunque esto sólo era estadísticamente significativo en los hogares urbanos. Sus resultados también muestran claras diferencias entre los hogares rurales y los urbanos. Comparando algunas de las estrategias y patrones de diversificación entre hogares con y sin un niño de un año de edad, encuentran algunas diferencias conductuales que pueden relacionarse con el hecho de que la madre tiene más tiempo para dedicarse a actividades generadoras de ingresos una vez que el niño crece o, alternativamente, si la madre puede usar una instalación de cuidado infantil externa de modo que pueda disponer de tiempo para el mismo propósito. En los entornos rurales, el hogar puede tener mayores posibilidades de dedicarse a actividades generadoras de ingresos no agrícolas si existe una manera de sustituir a la madre, por lo menos parcialmente, en el cuidado del niño de un año de edad.

Con base en argumentos teóricos, Rodríguez (2000) propone la siguiente escala de 7 puntos para aquellos factores demográficos que indican la vulnerabilidad de los hogares, en donde el riesgo de caer en la pobreza es uno de los principales componentes de vulnerabilidad a ser considerado:

1. Cuatro o más hijos de menos de 15 años de edad;
2. Razón de dependencia demográfica;

3. Jefatura de familia femenina con la presencia de hijos de menos de 15 años de edad;
4. Jefatura de familia adolescente con el jefe de familia casado y/o la presencia de hijos;
5. Jefatura de familia de un adulto mayor con dos o más hijos de menos de 15 años de edad;
6. Presencia de adolescentes sin hijos;
7. Hogar monoparental con hijos de menos de 15 años o con 7 o más miembros.

Más recientemente, Cortés, Escobar y González de la Rocha (2005), con base en su evaluación del programa Oportunidades, propusieron tres escenarios del ciclo de vida sujetos a vulnerabilidades especiales, a saber:

1. Hogares en etapas avanzadas del ciclo de vida que experimentan una combinación de procesos de envejecimiento y enfermedad, altos gastos relacionados con la salud y un deterioro de su capacidad para generar ingresos.
2. Hogares jóvenes en plena expansión que presentan un desequilibrio entre aquellos miembros con una capacidad de generación de ingresos y sus dependientes en diferentes contextos, particularmente aquellos sin empleos bien pagados.
3 Hogares con dos generaciones, que constan de abuelos y nietos, sin miembros de la generación anterior (una situación que se presenta particularmente en las comunidades rurales con altos niveles de migración de la fuerza laboral resultante de la falta de opciones de trabajo locales). En este escenario, las vulnerabilidades de los otros dos convergen, precisamente debido a la presencia de adultos mayores, por un lado, y niños y jóvenes dependientes, por el otro, sin representantes de la generación intermedia.

Glewwe y Hall (1999) estudiaron datos de panel acerca de 699 hogares de las encuestas de hogares peruanas de 1985 y 1990, un periodo de recesión económica, para evaluar a qué hogares les iba peor bajo circunstancias macroeconómicas adversas. No encontraron evidencia de una mayor vulnerabilidad de los hogares jefaturados por mujeres, pero sí encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el número de hijos de menos de 16 años de edad que los hogares tenían en 1985 y su disminución de ingresos subsecuente. No sometieron a prueba si los hogares jefaturados por mujeres con hijos eran más vulnerables que los hogares jefaturados por hombres con hijos. La presencia de adultos mayores en el hogar en realidad los hacía ligeramente menos vulnerables, aunque el efecto no fue estadísticamente significativo.

Un estudio empírico reciente basado en datos longitudinales argentinos para el periodo de 1995 a 2003 (Santillán, Laplante y Street, 2006) confirma algunos de los factores de riesgo identificados por Rodríguez. Entre otras cosas, encuentra evidencia más sólida que los análisis antes mencionados de que el nacimiento de un hijo adicional es ciertamente el evento demográfico más frecuente que provoca que las familias desciendan por debajo de la línea de pobreza. Este riesgo se incrementa si la familia es monoparental. Tal como se hizo notar anteriormente, se ha encontrado que las rupturas de la unión marital son otra causa importante de los episodios de pobreza. Interesantemente, el ingreso de un hombre a una familia monoparental no reducía el riesgo. Los riesgos se incrementan si la familia, aparte de ser monoparental, tiene hijos de 0 a 4 ó 12 a 17 años de edad; en las familias biparentales no se encontró ese efecto. En menor medida, el riesgo también se intensificaba si el jefe de familia

tenía menos de 25 años de edad. Tal como se esperaba, las parejas sin hijos eran las que tenían menos probabilidades de caer en la pobreza.

1.2.2. El vínculo entre fecundidad y movilidad socioeconómica

Tal como quedará claro a partir de los párrafos anteriores, el tema de la pobreza transitoria está íntimamente vinculado con el tema de la movilidad social y económica, al punto en el que es casi imposible identificar al primero sin hacer referencia al segundo. La movilidad social por lo general se divide en movilidad intergeneracional e intrageneracional. Ambas involucran factores poblacionales, pero la naturaleza de la determinación es distinta en uno u otro caso. En el caso de la movilidad intergeneracional, el papel de intermediación de la educación es crucial. Es por eso que los estudios sobre la movilidad intergeneracional tal como aquel de Aldaz-Carroll y Moran (2001) se centran en este aspecto. Como la educación es un ODM separado, esta discusión se dejará para el siguiente capítulo. Esta sección se centra, por lo tanto, en los correlatos poblacionales de la movilidad intrageneracional.

Existe evidencia considerable de que la etapa inicial de la formación familiar a menudo está asociada con una mayor pobreza. El MDGR de 2005 para México ofrece información acerca de la estrategia de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) de definir "zonas de concentración de la pobreza", que identifican a un total de 13 millones de ciudadanos que viven en áreas de pobreza; la vasta mayoría en centros urbanos de más de 100 mil habitantes. El informe hace notar que la *estructura etaria* de estas zonas es considerable más joven que aquella del país en su conjunto, y que las familias que las comprenden están típicamente en la fase temprana de la formación de la familia y están experimentando expansiones familiares progresivas.

Durante mucho tiempo se ha sospechado que la movilidad económica y social ascendente es favorecida por los tamaños de familia pequeños, con pocos hijos dependientes. Sachs et al. (1997), por ejemplo, mostraron, con datos asiáticos, que el crecimiento poblacional rápido contribuye al incremento de la desigualdad, y que salir de la pobreza se hace más difícil a medida que los tamaños de las familias se incrementan. La evidencia directa de la movilidad económica en el contexto de los países en vías de desarrollo ha sido difícil de obtener, debido al hecho de que esto requiere de datos longitudinales, que son escasos incluso en la región de ALC. Una de las pocas fuentes disponibles es la secuencia de encuestas de hogares realizadas en Nicaragua en 1998 y 2002, la cual fue estructurada como un panel de modo que fuera posible comparar los mismos hogares en dos puntos en el tiempo. Estos datos han sido analizados por Andersen (2004), que los ha usado para preparar proyecciones poblacionales por estrato de pobreza.[15]

El Cuadro 1.2 muestra que en cada categoría de escolaridad y residencia rural/urbana, la proporción de individuos que escaparon de la pobreza extrema entre 1998 y 2001 fue

[15] Los mismos datos fueron también analizados por Davis y Stampini (2002), que tenían objetivos diferentes pero confirman que los niveles de consumo de todos sus estratos (pobres rurales, no pobres rurales, pobres urbanos, y no pobres urbanos) eran afectados significativa y negativamente por los tamaños de familia grandes.

sustancialmente mayor entre las familias que tenían menos de cuatro hijos de menos de 15 años de edad. La diferencia fue particularmente importante entre las familias urbanas con poca escolaridad formal. Los individuos de hogares con hijos menos dependientes también tenían más probabilidades de escapar de la pobreza moderada que individuos similares de familias con más hijos de menos de 15 años de edad.

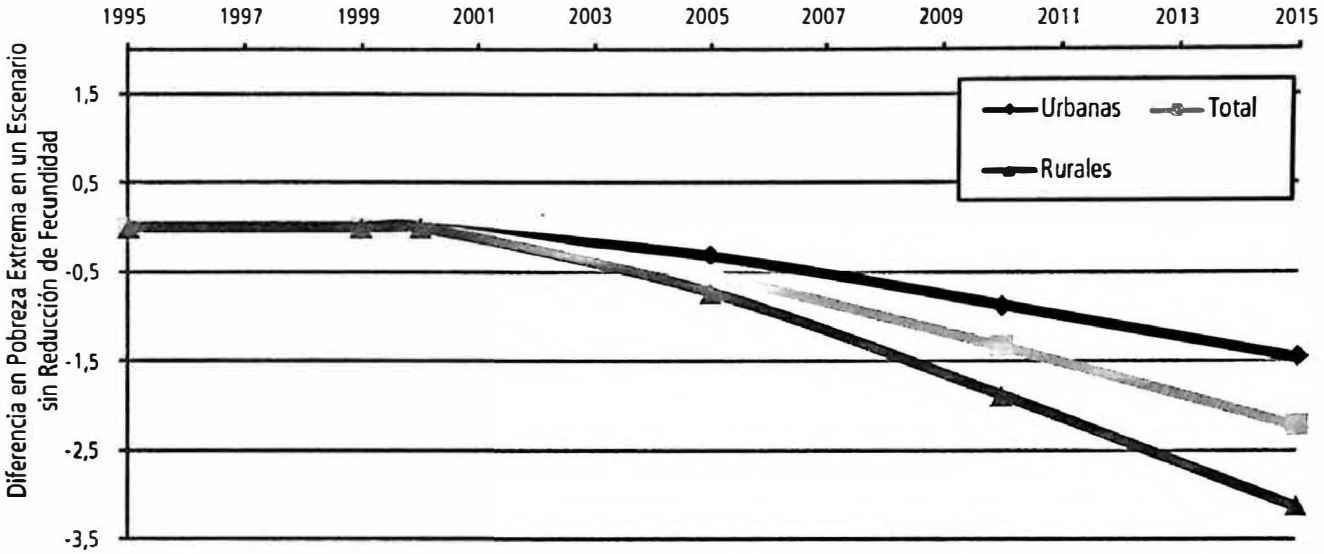
Cuadro 1.2: Matrices de transición para individuos de diferentes tipos de hogares, Nicaragua, 1998-2001

		Poverty Stratum in 2001			
Tipo de hogar en 1998	**Estrato de Pobreza en 1998**	**Pobreza Extrema**	**Pobreza Moderada**	**No Pobres**	**Total**
Urbano Baja Escolaridad <4 Hijos	Pobreza Extrema	0.359	0.466	0.175	1.000
	Pobreza Moderada	0.094	0.516	0.390	1.000
	No Pobres	0.011	0.167	0.822	1.000
Urbano Baja Escolaridad 4+ Hijos	Pobreza Extrema	0.571	0.332	0.097	1.000
	Pobreza Moderada	0.192	0.549	0.259	1.000
	No Pobres	0.021	0.384	0.596	1.000
Urbano Alta Escolaridad <4 Hijos	Pobreza Extrema	0.021	0.187	0.792	1.000
	Pobreza Moderada	0.008	0.513	0.480	1.000
	No Pobres	0.002	0.065	0.932	1.000
Urbano Alta Escolaridad 4+ Hijos	Pobreza Extrema	0.189	0.757	0.054	1.000
	Pobreza Moderada	0.133	0.594	0.273	1.000
	No Pobres	0.010	0.249	0.741	1.000
Rural Baja Escolaridad <4 Hijos	Pobreza Extrema	0.529	0.399	0.072	1.000
	Pobreza Moderada	0.205	0.532	0.263	1.000
	No Pobres	0.052	0.332	0.616	1.000
Rural Baja Escolaridad 4+ Hijos	Pobreza Extrema	0.628	0.332	0.039	1.000
	Pobreza Moderada	0.307	0.503	0.190	1.000
	No Pobres	0.124	0.510	0.366	1.000
Rural Alta Escolaridad <4 Hijos	Pobreza Extrema	0.001	0.287	0.712	1.000
	Pobreza Moderada	0.070	0.466	0.464	1.000
	No Pobres	0.000	0.107	0.893	1.000
Rural Alta Escolaridad 4+ Hijos	Pobreza Extrema	0.008	0.869	0.123	1.000
	Pobreza Moderada	0.202	0.524	0.274	1.000
	No Pobres	0.000	0.144	0.856	1.000

Fuente: Andersen, 2004: Cuadro 2.3

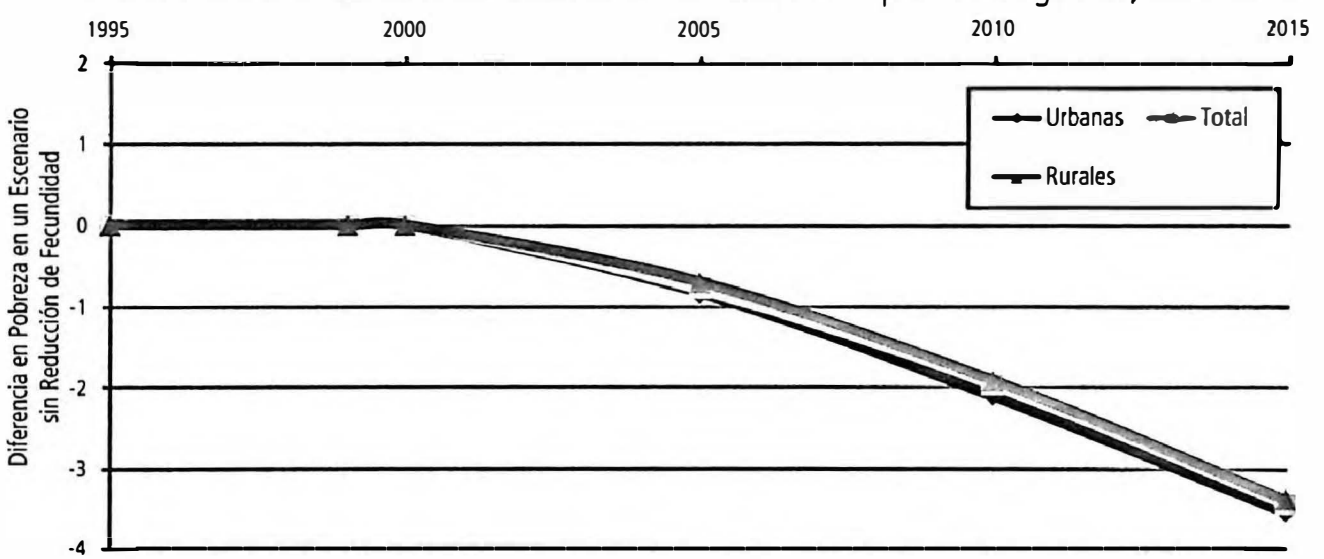
No existen muchos estudios de panel disponibles en la región de ALC que permitan este tipo de análisis, pero otro ejemplo es el estudio de Herrera y Roubaud (2002) de las ENAHO peruanas (1997-1999) que ya se mencionó en la sección anterior. En sus análisis de las transiciones encuentran, por un lado, que después de controlar una variedad de otros factores, los tamaños de familia grandes todavía están asociados con una menor probabilidad de pertenecer a los no pobres permanentes. Más significativamente, la probabilidad de caer en la pobreza también está altamente correlacionada con un tamaño de familia grande, mientras que la probabilidad de escapar de la pobreza se ve reducida por este, aunque no significativamente. Los porcentajes de miembros del hogar de 0 a 9 y 10 a 15 años de edad también implican bajas probabilidades de ser no pobres permanentemente, pero no están significativamente asociados con probabilidades de una transición adversa.

Gráfico 1.5.A: El efecto de la reducción de la fecundidad en la pobreza extrema, 1995-2015



Fuente: Andersen, 2004: Figura 4.3

Gráfico 1.5.B: El efecto de la reducción de la fecundidad en la pobreza en general, 1995-2015



Fuente: Andersen, 2004: Figura 4.4

Andersen pudo mostrar que la disminución de la fecundidad esperada hasta el 2015 (6% en el grupo etario de 15 a 19 años, 8% en el grupo etario de 20 a 24 años, 10% en el grupo etario de 25 a 29 años, 12% en el grupo etario de 30 a 34 años, y 18% para las mujeres de más de 35 años de edad) tuvo un impacto sustancial en la reducción de la pobreza al cambiar a los hogares entre las diferentes categorías del Cuadro 1.2. Al comparar este escenario con uno en el que la fecundidad permanece constante al nivel que tenía en 1995 99, el Gráfico 1.5.A permite predecir que la pobreza extrema en Nicaragua estará 2.2 puntos porcentuales por debajo de lo que habría sido sin esta disminución de la fecundidad. El efecto es más pronunciado en las áreas rurales (-3.1 puntos porcentuales) que en las

urbanas (-1.5 puntos porcentuales). En el caso de la pobreza en general, los efectos son similares, con una caídad el nivel de pobreza de 3.5 puntos porcentuales con respecto al escenario de fecundidad constante. Estos escenarios no contemplan la posibilidad de que la fecundidad pudiera caer en forma más pronunciada en las familias pobres que en las no pobres, caso en el cual el efecto de reducción de la pobreza sería más fuerte.

Un tipo de argumento diferente acerca de la fecundidad y (en este caso) la movilidad intergeneracional ha sido planteado por Rios-Neto (2005). Este autor observó que, si todo lo demás permaneciera igual, la reproducción diferencial entre los pobres y los no-pobres debería provocar que la siguiente generación tuviera una mayor proporción de hijos de padres pobres o con poca educación que la generación actual. Independientemente de que estos hijos sean pobres o no, sus orígenes sociales, por sí mismos, constituirían un hecho social significativo. Sin embargo, al investigar este fenómeno para el caso del Brasil, encontró un resultado diferente debido al hecho de que las características educativas y de pobreza han mejorado rápidamente entre los padres de niños de 0 a 4 años en 1983 y los padres de aquellos de 0 a 4 años en 2003. En consecuencia, a pesar de la fecundidad diferencial, el porcentaje de hijos de familias con ingresos per cápita de menos de la mitad de un salario mínimo descendió de 60% en 1983 a 51% en 2003, mientras que el porcentaje de hijos de madres con menos de 4 años de educación descendió de 48% a 21%. El argumento puede ser válido, sin embargo, para aquellos países en los que los niveles de pobreza y educación han permanecido en buena medida estancados durante los últimos 20 años.

1.2.3. El bono demográfico en el contexto de la desigualdad económica y demográfica

Una de las controversias que rodean al bono demográfico tiene que ver con la pregunta de si sus efectos supuestamente benéficos se aplican también en contextos de desigualdad social sustancial como los encontrados en la mayoría de la región de ALC. Leete y Schoch (2002: 24), por ejemplo, tienen lo siguiente que decir acerca del tema de la transición demográfica en poblaciones heterogéneas:

> *"Gran parte de la discusión acerca de las vinculaciones económicas y demográficas a nivel macro se centra en las ventanas de oportunidad temporales para la acumulación de capital físico y humano posibilitadas por cambios en la composición etaria (Merrick, 2001). Los hogares más ricos pueden aprovechar estas oportunidades educando mejor a sus hijos y encontrando buenos empleos, y beneficiándose con ello en términos de ingresos y de acumulación de capital físico y humano. Los pobres tienden a experimentar una disminución en la fecundidad más tarde y pueden perderse del dividendo demográfico."*

Con el fin de suministrar puntos de referencia explícitos para la comparación de diferentes escenarios con respecto a estos aspectos, se desarrolló un modelo de crecimiento económico formal (RAMSEY) en la tradición de los modelos de Solow, Cass-Koopmans y Romer (Hakkert, 2005). Una de las mayores ventajas de los modelos formales es que obligan a sus

autores a explicitar las premisas en las que se basa su razonamiento. Esto los sitúa aparte de los modelos verbales y conceptuales más intuitivos usados en la argumentación común, los cuales inevitablemente contienen muchas suposiciones no expresadas. Es importante, por lo tanto, enunciar claramente cuáles son las suposiciones. Las características distintivas de este modelo particular son que considera el efecto de la estructura por edad y sexo, de la fecundidad, la mortalidad, la morbilidad y otros procesos poblacionales, al igual que la composición de la población en términos de dos grupos mutuamente dependientes, llamados Ricos y Pobres. Estos últimos son identificados no tanto por sus ingresos actuales comparados con una línea de pobreza particular, sino más bien en términos de sus dotaciones iniciales de capital humano y físico, y particularmente por su conducta económica, que maximiza los beneficios para su propio grupo, posiblemente en detrimento del otro grupo. Los individuos y su descendencia pueden mejorar su bienestar económico con el tiempo, junto con el resto de su grupo, pero nunca se mueven al otro grupo. Lo que vincula a los dos grupos es la posibilidad del trabajo asalariado de los Pobres para los Ricos. Aunque es posible cuantificar la cantidad de mano de obra comerciada de esta manera, no hay una variable para expresar el desempleo: todos los Pobres que no trabajan para los Ricos simplemente regresan a su propio sector de subsistencia.

Posiblemente las suposiciones más firmes que subyacen al modelo son que, al interior de los grupos, se postula una solidaridad total entre los individuos y las generaciones y una previsión perfecta a lo largo de un periodo de proyección de 100 años a fin de guiar las decisiones de cada grupo. A diferencia del modelo DMPAP en la siguiente sección, el de RAMSEY no considera las estructuras de los hogares y su relación con la toma de decisiones o el bienestar individuales. Entre otras cosas, eso implica que los individuos no necesitan ahorrar para la vejez, ya que saben que serán cuidados por sus grupos respectivos. Este punto es importante porque no permite un "segundo" bono demográfico, tal como se plantea hipotéticamente en 1.1.3. Aunque el modelo toma en cuenta la discriminación y la exclusión social, lo mismo que los impuestos, los subsidios, el crédito y un salario mínimo legal, ninguno de estos elementos es considerado en los escenarios aquí expuestos. Como el objetivo del modelo es evaluar la forma en la que las decisiones económicas son afectadas por el contexto demográfico, todos los parámetros demográficos son exógenos, de modo que no son modificados por las tendencias económicas generadas dentro del modelo.

Los escenarios específicos aquí presentados (que son meramente ilustrativos y pueden ser modificados para reflejar diferentes condiciones) son teóricos y no se prestan fácilmente a la simulación o proyección de datos de país reales. No obstante, el escenario base está inspirado en un país centroamericano más o menos típico, con una expectativa de vida al nacer de 71.24 para los Ricos y 62.58 para los Pobres, y una brecha de expectativa de vida entre los sexos de 3 años, tanto para los Ricos como los Pobres. Los otros parámetros del escenario base pueden encontrarse en la Nota Técnica 1, al final de esta Guía. El modelo no proporciona estimaciones de la pobreza per se; más bien, suministra indicadores de bienestar para los dos grupos poblacionales identificados como Ricos y Pobres, en la forma de una función utilitaria. La función utilitaria está basada no sólo en el ingreso per cápita (log); también considera otros componentes del desarrollo humano tales como la cantidad

de capital humano por individuo en el grupo etario de 15 a 64 años y la expectativa de vida al nacer, en una manera que se asemeja al Índice de Desarrollo Humano del PNUD.

Con base en este escenario particular, se mostrará que:

1. La disminución de la fecundidad agregada conlleva una mejora significativa en las condiciones de vida de los Pobres;
2. Estas mejoras son más pronunciadas si reducen el diferencial de fecundidad entre los Ricos y los Pobres, pero persisten en gran medida bajo un escenario de disminución de la fecundidad divergente;
3. También son más pronunciadas si se toman medidas de adaptación apropiadas con respecto a las inversiones, particularmente en capital humano. Sin embargo, incluso si esas medidas no se toman, el bono demográfico de cualquier forma favorece a los Pobres, aunque en menor medida.

Un resultado final, que refleja las definiciones particulares de parámetros del escenario y que, por lo tanto, puede ser menos pertinente, es que, a pesar de las tendencias crecientes de la producción tanto entre los Ricos como (en menor medida) entre los Pobres, la producción per cápita agregada registra una tasa de crecimiento ligeramente negativa durante la mayor parte del periodo de proyección, debido a la tasa de crecimiento demográfico más alta de los Pobres, lo cual reduce el promedio. A la larga el crecimiento será positivo de nuevo, pero esto sucederá después del final del periodo de proyección. Los siguientes párrafos dan una cuenta más detallada de los resultados.

La utilidad es descontada a lo largo del tiempo, y luego es sumada de modo que diferentes trayectorias puedan ser comparadas en una medida resumen. Cada grupo optimiza su propia utilidad a lo largo del tiempo tomando en cuenta la conducta del otro grupo (ver Nota Técnica 1). El Cuadro 1.3 a continuación proporciona alguna información acerca de las trayectorias del modelo optimizadas.

Cuadro 1.3: Indicadores resumidos para el escenario base del modelo RAMSEY

		Año 0	Año 10	Año 25	Año 50	Año 70
Razón de Dependencia Demográfica	R	0.604	0.616	0.626	0.607	0.606
	P	0.754	0.767	0.781	0.776	0.775
Consumo por Adulto - Equivalente	R	4.17	4.03	4.93	5.80	7.21
	P	1.18	1.24	1.46	1.55	1.59
Consumo por Capital Humano Bruto	R	0.588	0.440	0.457	0.511	0.574
	P	0.347	0.282	0.284	0.287	0.292
Producción por Población de 15 a 64 Años de Edad	R	13.04	16.75	22.24	28.32	34.17
	P	0.82	0.66	0.88	1.11	1.25
Tasa de Inversión en Capital Físico+Humano	R	0.306	0.470	0.495	0.490	0.454
	P	0.297	0.302	0.335	0.340	0.309
Capital Humano Bruto por Población de 15 a 64 Años de Edad	R	10.00	12.97	15.36	16.00	16.65
	P	5.00	6.48	7.65	8.00	8.03
Utilidad Descontada a lo Largo del Tiempo	R	5.36	4.08	2.62	1.15	0.60
	P	3.31	2.61	1.65	0.65	0.29

Source Hakkert, 2005

Los resultados del escenario base sugieren que, a excepción de las oscilaciones iniciales, los Ricos comienzan con un consumo de aproximadamente 4 unidades por Equivalente de Consumo Adulto (ECA),[16] el cual gradualmente se incrementaría a un poco más de 7 para el final del periodo de 70 años. Su producción per cápita, por otro lado, sería mucho más alta, comenzando en alrededor de 13 unidades por persona de 15 a 64 años e incrementándose a alrededor de 34 para el final del periodo de proyección. En el caso de los Pobres, la relación entre producción y consumo es la opuesta. A pesar de una disminución en la producción per cápita durante el primer decenio, de un poco más de 0.8 unidades a alrededor de 0.65, los niveles de consumo comenzarían a incrementarse después del Año 10, alcanzando un máximo de 1.25 hacia el final del periodo de proyección. Aparte de los denominadores diferentes, lo que explica las diferencias entre producción y consumo es que muchos de los Pobres son trabajadores asalariados para los Ricos y, en consecuencia, reciben parte de la producción de los Ricos en forma de salarios.

El hecho de que el nivel inicial de consumo de los Ricos sea de más del triple que el de los Pobres es de esperarse, dado que los inventarios iniciales de capital humano físico de ambos grupos son bastante desiguales. Sin embargo, la diferencia no disminuye con el tiempo. Para el Año 70, los Ricos consumen casi 7 unidades por ECA y los Pobres alrededor de 1.6, es decir, una razón de 4.5 a 1. El contraste es todavía mayor con respecto a la producción, la cual en el caso de los Pobres se incrementa sólo lentamente, de alrededor de 0.75 unidades per cápita en los primeros años a cerca de 1.2 para el final del periodo de proyección, mientras que la producción de los Ricos se incrementa de alrededor de 13 a alrededor de 34. Esto refleja el hecho de que, mientras que la acumulación de capital humano es más fuerte entre los Pobres, la acumulación de capital físico es mucho más robusta entre los Ricos.

La proporción total (optimizada) de la producción reinvertida en la formación de capital físico o humano es extraordinaria. Comienza en alrededor 30.3% y se incrementa a 43.1% para el Año 25 (en el caso de los Ricos, el 49.5% de sus ingresos netos, es decir, producción menos salarios), después de lo cual disminuye lentamente, alcanzando un 39.0% para el final del periodo de proyección. Esta última disminución probablemente no sea muy pertinente, reflejando la suposición del modelo de que para el Año 100 todos los activos restantes han sido consumidos, ya que el modelo sólo contempla un periodo de 100 años.[17] A muy largo plazo, podría esperarse que la proporción siempre fuera en aumento. Seguramente estas tasas de inversión son mucho más altas que lo que las economías centroamericanas invierten actualmente, probablemente porque la tasa de descuento implícita es más alta que la usada en este modelo. La acumulación de capital humano bruto entre la población de 15 a 64 años, en el caso de los Ricos, es relativamente rápida hasta el Año 25, cuando alcanza un nivel justo por debajo de las 16 unidades per cápita, y más lenta a partir de entonces. En el

[16] Los Equivalentes de Consumo Adulto son unidades que miden el consumo de un hogar, con base en la suposición de que los niños, los adultos mayores y (en algunas concepciones) las mujeres tienen necesidades de consumo menores que los hombres adultos. Concretamente, en las aplicaciones presentes, los niños de menos de 15 años de edad representan 0.6 y los adultos mayores de más de 65 años 0.8 ECA.

[17] Precisamente debido a esta suposición poco realista, pero necesaria, los resultados del modelo no deberían ser usados más allá del Año 70, o tal vez incluso más allá del Año 50.

caso de los Pobres, la acumulación es más lenta y se estanca en un poco menos de 8 unidades por persona. Aunque el incentivo para la acumulación de capital humano es mayor en el caso de los Pobres, estos tienen menos recursos para dedicarlos a este propósito, de modo que el resultado final sigue siendo más pequeño que el de los Ricos. La inversión relativa en capital humano tanto por los Ricos como los Pobres desciende abruptamente durante el primer decenio.

Las mujeres representan alrededor del 30% del capital humano económicamente activo de los Ricos (descontando la inactividad económica debida a la crianza de los niños, pero no la enfermedad) y alrededor del 22% de aquel de los Pobres, debiéndose la diferencia a la fecundidad más alta de los Pobres. Estas proporciones no varían notablemente con el tiempo, a pesar del hecho de que la proporción de capital humano femenino en capacitación sí se incrementa: de un 22% en el Año 0 a un 29% en el Año 70, en el caso de los Ricos, y de un 9% a un 15% en el caso de los Pobres. Tal como sería de esperar, no se realizan inversiones en los trabajadores de más de 50 o 55 años de edad. El largo periodo que las mujeres Pobres dedican a la procreación y la crianza de los niños limita su acceso a la capacitación a una ventana de oportunidad muy pequeña justo después de la crianza de los hijos y antes de que su capital humano se vuelva obsoleto. El gasto privado per cápita en salud, tanto preventiva como curativa, es casi constante. Lo anterior es porque estos costos dependen de la estructura etaria. Con la fecundidad y la mortalidad constantes en el tiempo, el único factor que afecta la estructura etaria es la migración, que sólo tiene un efecto moderado. Sin embargo, el gasto público en salud por persona se incrementa con el tiempo, particularmente entre los Ricos.

Las razones de dependencia de los Ricos y los Pobres son casi constantes, por la misma razón que el gasto privado en salud, es decir, porque la fecundidad y la mortalidad son constantes y, por lo tanto, la estructura etaria de la población sólo es marginalmente alterada por la migración internacional. La Razón de Dependencia de los Ricos, sin embargo, es más baja (de alrededor de 0.6) que la de los Pobres (alrededor de 0.75), debido a su fecundidad más baja. El que ambas razones sean menores de lo que típicamente es el caso en América Central se debe a la opción arbitraria (sujeta a cambio) de comenzar con estructuras etarias estables.

Las tasas de emigración tanto de los Ricos como los Pobres primero se incrementan abruptamente, se estabilizan después de alrededor de diez años, y luego disminuyen un poco gradualmente, más en el caso de los Pobres que en el caso de los Ricos. La razón entre remesas y emigración corriente inicialmente es de alrededor del doble entre los Ricos que entre los Pobres, pero con el tiempo esta diferencia disminuye un poco debido a la mayor acumulación de capital humano de los Pobres. El constante incremento de las remesas de los Pobres, que contrasta con el estancamiento relativo de las remesas de los Ricos, se debe al crecimiento poblacional más alto de los Pobres, el cual implica un número creciente de emigrantes, incluso con tasas de emigración estables o ligeramente en descenso.

Finalmente, el Cuadro 1.3 presenta la función de utilidad descontada de los Ricos y los Pobres con el tiempo. Sumada a lo largo del tiempo (100 años), esta es la función objetiva para el proceso de optimización. La aparente convergencia de las utilidades de los Ricos y

los Pobres es, desde luego, una consecuencia del descuento del futuro. Sin este descuento, la utilidad de los Ricos se incrementa de 5.35 en el Año 0 a 6.69 en el Año 70, mientras que aquella de los Pobres se incrementa de 3.31 a 4.49, implicando una diferencia casi constante en términos absolutos y una diferencia relativa decreciente. Considerando que la tendencia de las dos cifras anteriores fue divergente, es posible concluir que los Pobres son parcialmente compensados en términos de acumulación de capital humano por las mejoras relativamente escasas en sus niveles de consumo promedio.

La descripción anterior, y bastante extensa, del escenario base sólo es útil en comparación con escenarios alternativos. A dos de ellos se les ha identificado como las Alternativas 4 (Convergente) y 4 (Divergente) en el documento en su conjunto. Describen dos rutas de transición demográfica distintas hacia la fecundidad de reemplazo. A nivel agregado, los dos comienzan en una TGF de 3.595 para los Ricos y Pobres combinados, la cual es el resultado de una TGF de 2.5 para los Ricos y 4.0 para los Pobres, como en el escenario base. Esta TGF agregada disminuye linealmente en 0.05 cada año, hasta llegar a 2.000 en el Año 32, después de lo cual permanece constante. Bajo la Variante Divergente, la disminución en un principio resulta exclusivamente de una reducción en la fecundidad entre los Ricos, hasta que estos alcanzan una TGF de 1.50 en el Año 5. A partir del Año 6, los Ricos permanecen en un nivel de 1.50 y la fecundidad de los Pobres comienza a disminuir lo suficiente como para producir la fecundidad agregada anteriormente descrita. Como la fecundidad de los Ricos está estacionaria en 1.50, la fecundidad de los Pobres siempre permanece ligeramente por encima de 2.00 con el fin de compensar el déficit. Nótese que después del Año 25 la razón de dependencia de los Ricos bajo este escenario se incrementa rápidamente debido al envejecimiento de la población. Bajo la Variante Convergente, la fecundidad en un principio disminuye sólo entre los Pobres hasta que, para el Año 21, estos alcanzan el nivel de 2.50 de los Ricos. A partir de ese punto, ambas TGF caen al unísono hasta que el nivel estacionario de 2.00 es alcanzado en el Año 32.

Los resultados en términos de la utilidad total descontada con el tiempo son los siguientes:

	Ricos	Pobres
Escenario Base	172.595	104.200
Escenario Convergente	172.437	108.978
Escenario Divergente	173.784	108.106

El significado de estos números se explica con mayor detalle en el documento (Hakkert, 2005); baste aquí decir que suministran un valor básico de referencia resumido para evaluar el mejoramiento o el deterioro de las condiciones de vida implicados por escenarios alternativos. Como la mayoría de las mejoras llevan algo de tiempo en materializarse y al presente se le da más peso que al futuro, los cambios de utilidad debidos a cambios en los parámetros del modelo por lo general son bastante pequeños. Para dar una idea acerca de la importancia de los cambios, puede ser ilustrativo mencionar que el incremento de la utilidad obtenida por los Pobres, de 104.200 bajo el Escenario Base a 108.106 bajo el Escenario Divergente, implica, entre otras cosas, que su equivalente de consumo por adulto

se incrementará de 1.20 en el Año 0 a 2.95 en el Año 70, en lugar de pasar de 1.18 a 1.59, como en el Escenario Base. Este es un cambio sustancial, pero como en su mayoría está concentrado en los últimos años, su impacto en la utilidad es modesto. El capital humano bruto de los Pobres para el Año 70 también se incrementa en más de 50% con respecto al escenario base.

Lo anterior muestra que cualquier disminución en la fecundidad beneficia a los Pobres más que a los Ricos, particularmente, pero no exclusivamente, si es convergente. Los dos cuadros siguientes, que son análogas a el Cuadro 1.3, suministran más detalle acerca de las diferentes rutas de crecimiento. Un indicador particularmente interesante es la razón de consumo a capital humano. El principal punto que destaca con respecto a esta razón es que, en su mayor parte, sólo es afectada marginalmente por el cambio poblacional, es decir, que los valores en el Cuadro 1.4.A y el Cuadro 1.4.B son casi los mismos que aquellos en el Cuadro 1.3. Sin embargo, existe una excepción. La razón de consumo por unidad de capital humano entre los Ricos se incrementa significativamente bajo un escenario de disminución de la fecundidad divergente, pero no si la fecundidad disminuye en una trayectoria convergente. Los Cuadros 1.4.A y 1.4.B no muestran cifras de desempleo porque el desempleo como tal no forma parte del marco conceptual del modelo. Puede ser pertinente hacer notar, sin embargo, que el trabajo asalariado de los Pobres para los Ricos bajo ambos escenarios de disminución de la fecundidad se reduce ligeramente, alcanzando un 74.6% del capital humano disponible neto de los Pobres para el Año 50 en el caso del escenario convergente y 75.3% bajo el escenario divergente, comparado con un 75.8% bajo el escenario base. Incluso esta ligera disminución, sin embargo, sólo significa que bajo los escenarios alternativos una proporción ligeramente más alta de trabajadores Pobres prefieren trabajar en su propio sector con poco capital, en lugar de vender su fuerza de trabajo en el sector con mayor densidad de capital de los Ricos, que bajo el escenario base, pero el ingreso que obtienen de esta producción autónoma o de subsistencia es más alto que bajo el escenario base.

Cuadro 1.4.A: Indicadores resumidos para el Escenario Convergente de disminución de la fecundidad en el modelo RAMSEY

		Año 0	Año 10	Año 25	Año 50	Año 70
Razón de Dependencia Demográfica	R	0.604	0.616	0.624	0.542	0.547
	P	0.754	0.726	0.597	0.448	0.471
Consumo por Adulto - Equivalente	R	4.17	4.03	4.93	6.09	7.45
	P	1.20	1.26	1.60	2.34	3.05
Consumo por Capital Humano Bruto	R	0.588	0.440	0.457	0.500	0.557
	P	0.352	0.284	0.275	0.285	0.313
Producción por Población de 15 a 64 Años de Edad	R	13.04	16.71	22.06	27.92	32.38
	P	0.82	0.66	0.93	1.54	2.19
Tasa de Inversión en Capital Físico+Humano	R	0.305	0.470	0.495	0.493	0.462
	P	0.290	0.299	0.349	0.364	0.344
Capital Humano Bruto por Población de 15 a 64 Años de Edad	R	10.00	12.98	15.37	16.71	18.45
	P	5.00	6.46	8.01	10.63	12.84
Utilidad Descontada a lo Largo del Tiempo	R	5.36	4.08	2.62	1.15	0.60
	P	3.33	2.62	1.68	0.72	0.36

Fuente: Hakkert, 2005

Cuadro 1.4.B: Indicadores resumidos para el Escenario Divergente de disminución de la fecundidad en el modelo RAMSEY

		Año 0	Año 10	Año 25	Año 50	Año 70
Razón de Dependencia Demográfica	R	0.604	0.541	0.492	0.511	0.657
	P	0.754	0.757	0.637	0.460	0.466
Consumo por Adulto - Equivalente	R	4.21	4.19	5.54	8.33	11.01
	P	1.20	1.24	1.54	2.25	2.95
Consumo por Capital Humano Bruto	R	0.593	0.442	0.450	0.555	0.699
	P	0.352	0.284	0.274	0.286	0.313
Producción por Población de 15 a 64 Años de Edad	R	13.02	16.73	23.44	39.82	59.25
	P	0.82	0.66	0.90	1.45	2.07
Tasa de Inversión en Capital Físico+Humano	R	0.297	0.470	0.497	0.500	0.471
	P	0.290	0.297	0.346	0.363	0.343
Capital Humano Bruto por Población de 15 a 64 Años de Edad	R	10.00	13.00	16.57	20.60	23.41
	P	5.00	6.45	7.84	10.21	12.38
Utilidad Descontada a lo Largo del Tiempo	R	5.37	4.08	2.64	1.17	0.61
	P	3.33	2.61	1.66	0.71	0.35

Fuente: Hakkert, 2005

Una disminución en la fecundidad, particularmente una concentrada entre los Pobres, crea tanto la necesidad como la oportunidad de inversión en capital humano, la cual termina beneficiando a los Pobres. Bajo el escenario divergente, también existe un incremento abrupto en la formación de capital humano entre los Ricos, pero sus números son insuficientes para prescindir de la mano de obra asalariada de los Pobres. Independientemente de los detalles de la disminución de la fecundidad, la simulación demuestra que, para obtener resultados óptimos, la tasa de inversión bajo la fecundidad en disminución debe incrementarse, particularmente la inversión en la formación de capital humano. Sin embargo, incluso si los Ricos y los Pobres no realizan la inversión en formación de capital humano adicional necesaria, el estándar de vida de los Pobres de cualquier forma mejorará. Bajo un escenario convergente en el que el capital humano bruto por población de 15 a 64 años de edad tanto para los Ricos como los Pobres es el mismo que bajo el escenario base, la utilidad total descontada con el tiempo de los Ricos será la misma que la anterior, mientras que la utilidad de los Pobres será de 106.687 en lugar de 108.978, es decir, todavía mejor que los 104.200 del escenario base. Su equivalente de consumo por adulto para el Año 70 se incrementaría a 2.71, en lugar del 3.05 ligeramente más favorable de la del Cuadro 1.4.A. Si los Ricos realizan inversiones adicionales en capital humano, mientras que los Pobres no lo hacen, el resultado final para ambos es ligeramente mejor que bajo el escenario en el que ambos no realizan inversiones adicionales en capital humano. El bono demográfico, por lo tanto, favorece a los Pobres *incluso en ausencia de inversiones complementarias en capital humano.*[18]

Lo anterior se refiere a los Pobres y los Ricos al interior de las fronteras del mismo país, en donde la mano de obra puede ser comprada y vendida libremente. La situación es diferente

[18] Esta conclusión se deriva de un escenario en el que los Pobres o tanto los Pobres como los Ricos mantienen la conducta de inversión en capital humano, que era óptima bajo el escenario de fecundidad constante. Podría argumentarse que la inversión actual en capital humano en la región de ALC se encuentra bastante por debajo de la óptima. Simular dicho escenario subóptimo, desde luego, conduciría a resultados cuantitativos diferentes, pero no existe razón para creer que la conclusión cualitativa de cierto beneficio limitado de la disminución de la fecundidad, aun cuando fuera menor que el beneficio potencial bajo una adaptación perfecta a las circunstancias, se alteraría sustancialmente.

en la arena internacional, en donde el capital puede o no moverse libremente, pero en donde las restricciones al movimiento de la mano de obra por lo general son significativas. Han existido intentos por modelar las consecuencias de la transición demográfica en contextos en los que las desigualdades no son tanto internas como internacionales. Así, Attanasio, Kitao y Violante (2004) han propuesto el llamado modelo de generaciones superpuestas[19] en el que los dos sectores son el Norte (países ricos) y el Sur (los países pobres).

El modelo tiene un número de otras diferencias con respecto al anterior, especialmente el hecho de que le asigna una gran importancia al ahorro y, por ello, está en posición de incorporar los efectos de un "segundo bono demográfico". Con base en la evolución demográfica tanto del Norte como del Sur (incluida la participación de la fuerza laboral femenina en el Sur), tal como ha sido proyectada por la División de Población de las Naciones Unidas, los autores plantean cuatro puntos principales:

1. Al descomponer la transición demográfica en cambios en la fecundidad, longevidad, y participación de la fuerza laboral, la fecundidad tiene el impacto más fuerte, debido a que desplaza la composición poblacional hacia grupos etarios que son ahorradores netos y proveedores de mano de obra más productivos.
2. Aun cuando el "dividendo de crecimiento" del ingreso per cápita de la transición demográfica en los países en vías de desarrollo fue el más alto durante los últimos 30 años –alrededor de 1.35% por año– de cualquier forma será en promedio del 0.80% en las próximas cinco décadas, es decir, la ventana de oportunidad para las economías en desarrollo en su totalidad todavía está abierta. Desafortunadamente, el modelo no permite análisis más detallados de regiones en vías de desarrollo específicas tales como ALC.
3. Aunque la disminución en la mortalidad infantil y la mayor expectativa de vida incrementan el bienestar, los cambios en los precios de equilibrio y los impuestos inducidos por las tendencias demográficas no son favorables para los hogares vivos durante la transición, especialmente las últimas cohortes, que no explotarán el alto crecimiento salarial de las generaciones anteriores y enfrentarán menores tasas de retorno sobre sus ahorros e impuestos más altos a la renta del trabajo. Sin embargo, el escenario bosquejado bajo el punto 3 mitiga grandemente estos costos del bienestar para las últimas cohortes, es decir, aquellas que estarán trabajando en los siguientes 50 años y se retirarán después de entonces. Los flujos de capital del Norte desacelerarían la disminución en la tasa de interés en el Sur, permitiendo que estos hogares tuvieran acceso a un mayor consumo en el ciclo de vida.
4. El hecho de que las economías del Sur sean cerradas o abiertas y que el Norte privatice su sistema de pensiones tendrá un impacto pequeño, cuantitativamente, en el crecimiento del ingreso a futuro en el Sur, pero afectará la forma en la que el ingreso es distribuido entre mano de obra y capital. Bajo la seguridad social

[19] Los modelos de generaciones superpuestas son el mecanismo más común a través del cual los modelos económicos dependientes del tiempo incorporan la dinámica poblacional. Típicamente dividen el curso de la vida humana en dos o tres etapas, y asumen que en cualquier periodo dado, una generación está en la etapa 2 ó 3, la siguiente generación está en la etapa 1 ó 2 (y posiblemente una tercera generación en la etapa 1). En el periodo siguiente, cada generación asciende una etapa.

privatizada en el Norte, con su concomitante disponibilidad de capital a partir del ahorro para el retiro (ver 1.1.3.), y la movilidad total del capital, los salarios crecerían más rápido y las tasas de retorno al capital caerían más rápidamente en el Sur, en comparación con un escenario con fronteras cerradas o con sistemas de pensión de pago por uso en el Norte.

1.2.4. El modelo DMPAP para la proyección de la pobreza

En general, es poca la importancia que los economistas le han prestado a la dimensión poblacional a efectos de determinar los niveles de pobreza. Si acaso se ha considerado la población, por lo general ha sido en forma de una tasa de crecimiento poblacional agregado que actúa como un descuento del crecimiento económico per cápita. Uno de los principales productos del proyecto regional RLA5P201 sobre población y los ODM en la región de ALC, que inició sus actividades en el año 2005 en el IPEA en el Brasil, es un modelo de proyección para destacar los efectos de la composición etaria y por sexo de la población cruciales para el análisis de la pobreza. El nombre del modelo, que consta de ocho planillas de EXCEL interconectadas, es *Modelo Demográfico de Análisis y Proyección de la Pobreza* (Demographic Model for Poverty Analysis and Projection (DMPAP)). Esencialmente, traduce la noción de un bono demográfico a nivel macro a sus implicaciones a nivel de los hogares, que es el nivel en el que se mide la pobreza. La lógica del modelo es similar a la metodología de macrosimulación usada por Paes de Barros et al. (2001), en su estudio del Brasil durante el periodo 1946-1996, en el que concluyeron que los factores demográficos habían reducido la pobreza en una medida equivalente a un 0.4% de crecimiento económico adicional por año.

Sin embargo, tal como se mostrará a continuación, este último porcentaje es en realidad bastante bajo en comparación con los efectos que podrían esperarse en la región de ALC durante los próximos 15 a 25 años. Una de las razones es que, durante la mayor parte del periodo analizado por Paes de Barros et al., los efectos de la composición de los hogares todavía no eran particularmente importantes. Pero datos más recientes de la Encuesta Nacional de Hogares brasileña (PNAD) y encuestas similares en otros países sugieren que esto ha cambiado. Por ejemplo, una comparación de la PNAD 2005 con la de 1999 muestra que la pobreza (relativa a una línea de pobreza per cápita de la mitad de un salario mínimo en 2005 y el equivalente sujeto a deflación en 1999) descendió de 65.0% a 55.8% en las áreas rurales y de 30.0% a 25.7% en las urbanas.[20] Pero la estandarización de esta diferencia en términos de la estructura de la composición familiar y etaria de 1999 da como resultado una disminución mucho menor, a 59.5% en las áreas rurales y a 28.3% en las urbanas. Incluso si se controlan tanto la residencia urbana-rural como la educación del jefe de familia, la disminución en general es de 37.1% a 32.3%, en lugar de 30.4% (Hakkert, 2007a). Esto significa que una porción importante (1.9% o más) de la reducción de la pobreza del 6.7% durante estos años es puramente demográfica, debido a una distribución más favorable de la población entre los tamaños y estructuras de los hogares. El MDGR brasileño de 2007 reconoce ampliamente y lista los factores demográficos como uno de cuatro componentes de la reducción de la pobreza reciente.

[20] Esto excluye a las áreas rurales de seis Estados en la Región del Norte, que no fueron encuestadas en 1999.

Con respecto al futuro, uno puede preguntarse por qué se necesita un segundo modelo para proyectar estas tendencias, además del presentado en la sección anterior. El hecho es que los dos son complementarios, pero tienen estructuras bastante diferentes. El RAMSEY es un modelo de crecimiento teórico a nivel macro que captura la interacción de un gran número de variables económicas en una forma estilizada, pero no ofrece una manera fácil para proyectar la pobreza en contextos reales de los países. No desagrega los resultados a nivel de los hogares y, en consecuencia, no genera estimaciones de la pobreza, sólo indicadores agregados acerca del bienestar de los Ricos y los Pobres. Es, sin embargo, bastante adecuado para el análisis de múltiples interacciones a nivel macro, tales como aquellas involucradas en el análisis del bono demográfico. El DMPAP es un modelo de microsimulación con una estructura mucho más simple, basado solamente en unas cuantas variables económicas y, por lo tanto, tiene que hacer más suposiciones. Sin embargo, es más apropiado para las proyecciones de la pobreza porque su enfoque se centra en los cambios en el ingreso al nivel de los hogares individuales. La idea esencial que subyace al DMPAP es que, *incluso si el bono demográfico no genera beneficio alguno en términos del crecimiento económico agregado*, puede impactar decisivamente las tasas de pobreza por la vía de los cambios esperados en las composiciones de los hogares.

La pobreza y la composición de los hogares: el caso de la Honduras rural

En un estudio de la Honduras rural publicado recientemente bajo los auspicios del PNUD, Paes de Barros, Carvalho y Franco (2006) analizan sistemáticamente los diferentes factores que pudieron haber contribuido al deterioro de la pobreza rural en ese país entre 1998 y 2003. En el Capítulo IV del estudio, examinan la contribución potencial del mercado laboral y los factores demográficos y, más específicamente, de las razones de dependencia demográfica. Para cuantificar estas últimas, usan un indicador no estándar definido como la población total dividida entre la población de más de 15 años de edad (en vez del indicador estándar de la población de menos de 15 años de edad o de más de 65 años de edad dividida entre la población de 15 a 64 años). Como este indicador permaneció esencialmente sin cambios a nivel de país (fue del 1.86 en 1998 y 1.85 en 2003), parecería garantizada la conclusión de que no puede haber sido un factor de importancia en el incremento de la pobreza de 69.7% a 75.9% durante el periodo.

Adicionalmente, sólo encuentran una correlación modesta ($R^2 = 0.35$) entre las tasas de pobreza rural de los 16 Departamentos y sus razones de dependencia respectivas, algo que los llevó a concluir que "(...) las diferencias en la estructura de los grupos etarios no parecen ser elementos importantes al explicar las diferencias en la pobreza rural, ya sea entre regiones o entre Departamentos" (Paes de Barros, Carvalho y Franco, 2006: 190). Finalmente, al comparar la situación de Honduras con aquella de otros países centroamericanos, hacen notar que si bien el porcentaje de adultos entre la población rural en Honduras es relativamente bajo (54%) en comparación con los demás países, es más alto que aquel de Guatemala (52%), que tiene un nivel de pobreza rural más bajo.

Un modelo de microsimulación de los determinantes de la pobreza entre los países de la subregión revela que sólo el 5-20% de la variación en la pobreza rural entre los países puede atribuirse a la dependencia demográfica.

Aun cuando el análisis es esencialmente correcto en su evaluación de la productividad de la mano de obra rural como el principal factor causal en las tendencias de la pobreza rural entre 1998 y 2003, y al asignar únicamente un papel menor a los factores poblacionales en este contexto, sus conclusiones con respecto a estos últimos son susceptibles de ser mal interpretadas. Ningún determinante de la pobreza, sin importar qué tan importante sea en principio (la oferta de crédito, los términos del intercambio internacional, los desastres naturales), puede considerarse como responsable de un cambio en la incidencia de la pobreza en un periodo o país particular si ese determinante mismo no cambió durante el periodo en cuestión. Por lo tanto, el hallazgo de que los cambios en las razones de dependencia no fueron un factor significativo en el incremento de la pobreza rural durante el periodo es correcto, pero no debería interpretarse como un signo de falta de pertinencia de la dependencia demográfica en general. En un periodo futuro, es muy probable que las dependencias demográficas disminuyan más sustancialmente y se conviertan en un factor importante en la reducción de la pobreza, tal como ya parece estar sucediendo (ver más adelante). Por otro lado, nadie está argumentando que la pobreza no puede incrementarse o disminuir por otras razones, incluso a medida que la dependencia demográfica permanece constante.

La comparación transversal de las razones de dependencia y los niveles de pobreza en el estudio no aborda estos aspectos directamente; habría sido mejor comparar el cambio de las razones de dependencia demográfica con el cambio de la pobreza en los 16 Departamentos. No obstante, la correlación (moderada) que se encuentra en este análisis es descartada con demasiada facilidad, incluso en $R2 = 0.35$. Además, si se usan las razones de dependencia convencionales y los Departamentos son ponderados de acuerdo con el tamaño de sus poblaciones, el coeficiente de correlación se incrementa a más de 0.7 y R2 a más de 0.5, demasiado alto como para ser calificado como insignificante. Probablemente no se le debería dar demasiada importancia al hecho de que las razones de dependencia rural en Honduras sean más bajas que en la mayoría de los otros países de la subregión. En particular, este hecho no explica por qué la pobreza rural en Honduras en realidad se incrementó durante el periodo.

En sus Consideraciones Finales, el estudio concluye que la composición demográfica de los hogares pobres rurales ya no es tan distinta de la de los hogares urbanos, y que la conclusión de la transición demográfica en el futuro promete poco para la reducción de la pobreza rural durante las próximas décadas. Esto ignora el hecho de que todavía existen diferencias sustanciales entre las razones de dependencia urbana y rural en Honduras y que ambas todavía tienen una margen sustancial de disminución adicional. En términos relativos, la diferencia entre las razones de dependencia urbana y rural en 2000 (0.947

vs. 0.703) fue mayor que en 1970 (1.109 vs. 0.848). CELADE (1999) proyecta una disminución adicional de estas razones a 0.613 y 0.476, respectivamente, para el 2025. Esto significa que los ingresos rurales per cápita podrían incrementarse en alrededor de otro 20% debido a las composiciones de los hogares cambiantes.

El análisis siguiente, que es comparable al ejemplo de Brasil mencionado en el texto principal, muestra cómo es que estos factores ya están afectando las tendencias de la pobreza rural. La Encuesta Nacional de Hogares Hondureña (EPHPM) de septiembre de 2006 fue comparada con la misma encuesta realizada en mayo del 2002. Durante ese periodo, la pobreza rural disminuyó del 72.3% al 68.9% de todos los hogares, una disminución que puede descomponerse en un componente que se presentó en categorías de hogares con una estructura particular, y un componente asociado con cambios en esas estructuras. Las estructuras aquí se refieren a 38 categorías definidas en términos de jefatura de familia (masculina o femenina), número de miembros (1-2, 3-4, 5-6, 7-8, más de 8), y razones de dependencia (de menos de 0.4, 0.4-0.95, 0.95-1.5, y más de 1.5). Al aplicar la estructura de los hogares de 2002 a las razones de pobreza específica de 2006, puede mostrarse que, si no hubiera existido un cambio en las estructuras de los hogares, la pobreza sólo habría disminuido a un 70.7%, en lugar de 68.9%. En consecuencia, más de la mitad de la disminución que ocurrió estuvo asociada con factores demográficos.

Debe enfatizarse que el DMPAP se centra en una forma particular en la que el cambio poblacional impacta los niveles de ingreso relativos y, con ello, la pobreza. Esto no agota todas las interacciones pertinentes. El modelo, por ejemplo, sí considera el hecho de que el nacimiento de un hijo de una madre adolescente incrementa el número de bocas que alimentar en el hogar y puede limitar sus posibilidades de generar ingresos. También considera el hecho de que las implicaciones para la pobreza serán diferentes dependiendo de si esta se queda en el hogar de sus padres o forma un hogar propio. Pero no considera el hecho de que el evento puede limitar su educación y, con ello, sus prospectos de ingresos a largo plazo. Similarmente, no considera el hecho de que la mayor oferta de mano de obra (predominantemente) femenina que puede resultar de las menores obligaciones de cuidado infantil puede influir en las tasas salariales. Aunque no aborda el tema específico de la mayor propensión a trabajar, un artículo reciente de Amaral et al. (2007), siguiendo la metodología de análisis más establecidos de este tipo en países desarrollados (por ejemplo, Triest, Sapozhnikov y Sass, 2006), encontró que las tasas salariales en 502 mercados laborales locales en el Brasil entre 1970 y 2000 fueron afectadas significativamente por el tamaño de las cohortes de trabajadores. Los tamaños de cohortes más grandes afectaron particularmente a los trabajadores jóvenes con niveles de escolaridad intermedios o altos, pero el efecto también fue sustancial en los trabajadores de más de 35 años de edad con escolaridad baja o intermedia (Amaral et al., 2007: Table 3). Los efectos de este tipo, a los que Paes de Barros et al. (2001) se refieren como "indirectos", no son considerados ya sea en su metodología o en el marco de proyección del DMPAP.

Gráfico 1.6.A: Efecto del parámetro α (α = 0.3 vs. α = 0) en una distribución hipotética del ingreso

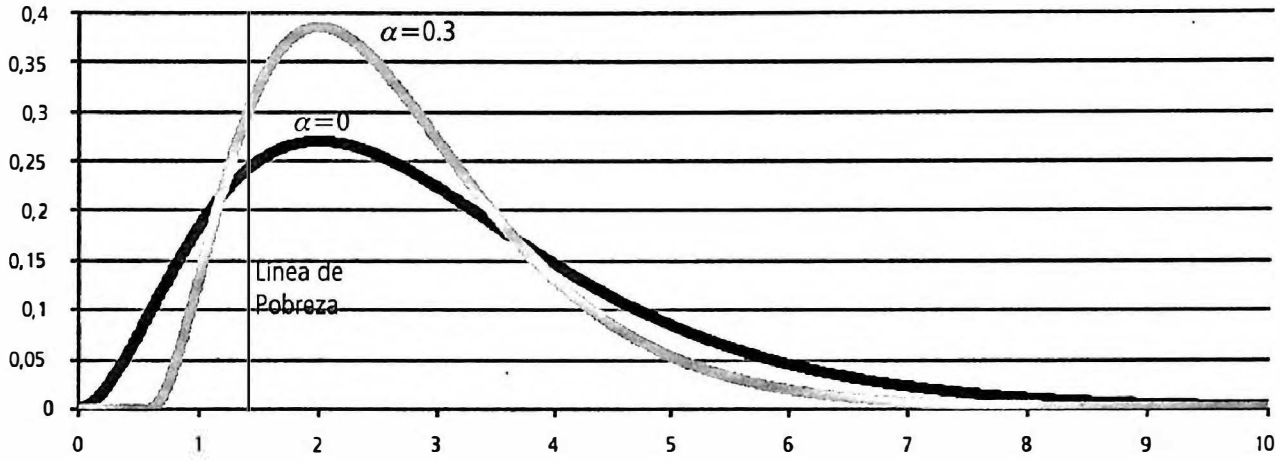
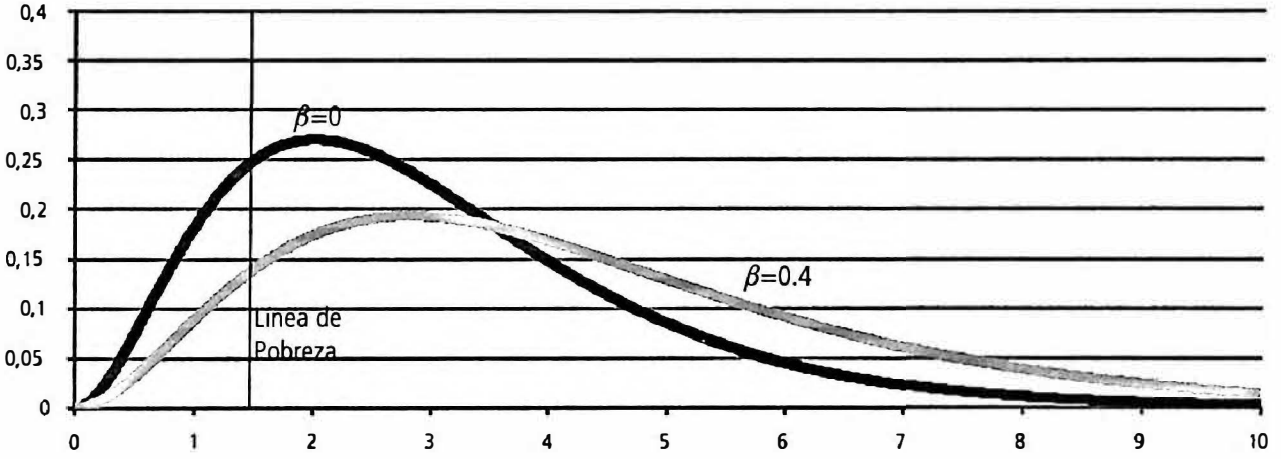


Gráfico 1.6.B: Efecto del parámetro β (β = 0.4 vs. β = 0) en una distribución hipotética del ingreso



Hasta hace poco, los modelos de proyección de la pobreza apenas consideraban algo más que el crecimiento económico, ignorando incluso determinantes obvios tales como la distribución del ingreso. Hace algunos años, la CEPAL, el IPEA y el PNUD (2002) introdujeron una metodología que permite visualizar mejor el papel de la desigualdad en la reducción de la pobreza. Opera con dos parámetros de proyección: β, que expresa el efecto (convencional) del crecimiento del ingreso agregado para todos los individuos, sin cambios en la distribución del ingreso, y α, que expresa la reducción de la desigualdad en el ingreso. El hecho de que este segundo parámetro es una adición bastante necesaria resulta evidente cuando uno se da cuenta de que, a pesar de un incremento de alrededor del 10% en el PIB per cápita sujeto a deflación de la región de ALC entre 1980 y 2004, la pobreza en 2004 fue en realidad marginalmente más alta que en 1980 (Uthoff, 2006: Gráfico 13).

Este mismo mecanismo, en una forma ligeramente modificada, también es usado en el DMPAP, pero con la característica adicional de que analiza cómo es que los efectos del crecimiento económico y la distribución del ingreso son modulados por las transformaciones

demográficas al nivel de los hogares. Esto cambia los resultados del modelo estándar de manera bastante sustancial. Los ingresos de los hogares son el resultado de dos efectos. Un efecto es puramente económico (que aquí llamaremos el factor "p") y tiene que ver con circunstancias tales como el nivel educativo promedio de los miembros del hogar, la residencia rural o urbana, el sector de actividad económica, el acceso a la tierra o la falta de la misma, el estar sujeto a regulaciones de salario mínimo, etc. El otro efecto tiene que ver con el número de miembros del hogar y sus características demográficas: edad, sexo, y relación con el jefe de familia. Cada categoría de miembros del hogar está caracterizada por una capacidad de generación de ingresos relativa típica. Uno de los aspectos más intrincados del modelo es la forma en la que estas capacidades de generación de ingresos relativas deberían ser determinadas. Existen varias opciones para este fin, que son explicadas con cierto detalle en la Nota Técnica 2. En la primera aplicación del modelo, a Venezuela (Hakkert, 2006), la opción elegida fue diferente a la de versiones posteriores del modelo, tales como la aplicación a Brasil (Hakkert, 2007), que es la base para la presentación en esta sección. Esto explica algunas de las diferencias en estas dos aplicaciones.

En el Brasil, la línea de pobreza en 2005 fue fijada en la mitad de un salario mínimo (R$ 150) y la línea de pobreza de 1999 en su equivalente sujeto a deflación de R$ 91.18.[21] Con esta especificación, la incidencia de la pobreza al nivel de los hogares descendió de 30.3% en 1999 a 23.3% en 2005 y a nivel individual de 37.4% a 30.9%,[22] a medida que el ingreso per cápita se incrementó de R$253.14 a R$ 434.64. A diferencia del caso venezolano, se encontró que la pobreza en el Brasil era ligeramente más alta entre los individuos que vivían en hogares jefaturados por hombres: 37.4% en 1999 y 31.4% en 2005, comparado con 37.3% y 29.4%, respectivamente, en los hogares jefaturados por mujeres. El índice de brecha de pobreza (P1, en la terminología de Foster, Greer y Thorbecke, 1984) fue del 17.1% en 1999 y 13.7% en 2005.[23] Las principales diferencias en la distribución de los individuos entre grupos etarios y por sexo y las categorías de relaciones con el jefe de familia cambiaron en el sentido de que hubo incremento en los porcentajes de jefes de familia (de 26.47% a 28.37%) y una disminución en el porcentaje de niños de menos de 10 años de edad (de 19.63% a 18.77%). El porcentaje de cónyuges también se incrementó en la mayoría de las categorías etarias, tal como sucedió con el porcentaje de personas mayores. También hubo un incremento en la proporción de hogares jefaturados por mujeres, de 22.56% a 27.25%.

Comparando los resultados de 1999 y 2005 para el Brasil en términos de los parámetros α y β del modelo CEPAL/IPEA/PNUD para el ingreso per cápita, sin considerar los efectos

[21] Las principales diferencias en la distribución de los individuos entre grupos etarios y por sexo y las categorías de relaciones con el jefe de familia cambiaron en el sentido de que hubo incremento en los porcentajes de jefes de familia (de 26.47% a 28.37%) y una disminución en el porcentaje de niños de menos de 10 años de edad (de 19.63% a 18.77%). El porcentaje de cónyuges también se incrementó en la mayoría de las categorías etarias, tal como sucedió con el porcentaje de personas mayores. También hubo un incremento en la proporción de hogares jefaturados por mujeres, de 22.56% a 27.25%.

[22] Estos porcentajes son ligeramente diferentes de los citados anteriormente, debido a la necesidad de reponderación..

[23] La brecha de pobreza mide qué tan debajo de la línea de pobreza viven típicamente los pobres. Una interpretación interesante es que, multiplicada por la línea de pobreza y el tamaño total de la población, arroja la cantidad total de recursos que tendrían que ser transferidos de los no pobres a los pobres con el fin de eliminar la pobreza. En el caso del Brasil en 2005, esta cantidad habría sido un total de $3,693 millones de reales, o el 4.7% del total generado por concepto de renta de las personas físicas.

de la composición de los hogares, encontramos un valor de 0.0431 para α y 0.7170 para β. El primero sugiere cierta reducción de la desigualdad, mientras que el segundo no significa mucho, porque está basado en valores de ingresos nominales, sin corrección por inflación. Lo que sí es pertinente es que la α_m y la β_m para el factor p de los individuos,[24] que elimina el efecto de la composición de los hogares en el ingreso de los hogares, son de 0.1420 y 0.5019, si se usan ponderaciones modificadas para las contribuciones económicas de diferentes tipos de miembros del hogar. Esto muestra que una porción sustancial del incremento aparente en los ingresos per cápita nominales puede ser explicada por los cambios en la composición de los hogares. De hecho, si no fuera por esta contribución, el porcentaje de individuos pobres en 2005 habría sido de 32.8% en lugar de 30.9%.

Una proyección convencional, sin efectos de la estructura poblacional

Para fines de proyección, se asume que del 2005 hasta el 2015 el componente estrictamente económico de los ingresos per cápita en el Brasil mantendrá una tasa de crecimiento económico del 2.5% por año, al principio sin ninguna reducción de la desigualdad en el ingreso. Descontando el crecimiento poblacional esperado durante este periodo, tal como lo implican las proyecciones poblacionales estándar, esto implica que $\alpha = 0$ y $\beta = 0.1303$. Estos valores pueden parecer bastante bajos, considerando las tendencias de crecimiento histórico recientes del PIB per cápita, pero debe tenerse en mente que las tendencias demográficas son en parte la razón de este crecimiento histórico, de modo que una vez que el cambio poblacional sea introducido, el 2.5% antes mencionado se incrementará en alrededor de otro punto porcentual. Con estos parámetros clásicos del modelo CEPAL/IPEA/PNUD, la reducción predicha es como sigue:

- La pobreza individual en el Brasil desciende de un 30.9% a un 28.4%, es decir, en 2.5 puntos porcentuales.

Suponiendo que, adicionalmente, existiría una reducción del 7.5% en la desigualdad en el ingreso ($\alpha = 0.075$), la pobreza descendería aún más, pero bajo esta especificación existe una diferencia entre α y β, por un lado, y α_m and β_m, por el otro, y los resultados dependen en cierta medida de la elección de coeficientes para la determinación de la capacidad de generación de ingresos. Con coeficientes directos, es necesario que $\alpha_m = 0.1004$ y $\beta_m = 0.1421$ para obtener $\alpha = 0.075$ y $\beta = 0.1303$, conduciendo a la siguiente reducción de la pobreza:

- La pobreza individual desciende de 30.9% a 22.1%, es decir, en 8.8 puntos porcentuales.

Con coeficientes modificados, los valores requeridos son $\alpha_m = 0.1176$ y $\beta_m = 0.1354$, conduciendo a la siguiente reducción de la pobreza:

- La pobreza individual desciende de 30.9% a 23.1%, es decir, en 7.8 puntos porcentuales.

[24] El uso de los parámetros α y β en el DMPAP no es exactamente el mismo que en el modelo CEPAL/IPEA/ PNUD original. En este último, estos parámetros modulan el ingreso per cápita en su conjunto, mientras que en el DMPAP sólo afectan la parte estrictamente económica llamada el p-factor, que no incluye el efecto de la composición de los hogares. Para distinguir entre los dos, los parámetros α y β en el DMPAP son identificados como α_m y β_m.

No debe atribuirse una gran relevancia a la diferencia entre estos porcentajes; sencillamente suministran un valor básico de referencia contra el que deberán medirse los efectos poblacionales descritos a continuación.

Una proyección con ajustes proporcionales de las composiciones de los hogares

Si se cambia la composición poblacional al 2005 por la composición al 2015, al mismo tiempo que se hacen ajustes proporcionales al número de individuos en cada categoría edad sexo de modo que exista consistencia con las proyecciones poblacionales, y se usan coeficientes modificados, se obtienen los siguientes resultados:

- La pobreza individual en el Brasil desciende de 23.1% a 17.9%, es decir, en 5.2 puntos porcentuales;
- La brecha de pobreza (P_1) desciende de 8.7% a 6.8%;
- El índice Gini a nivel individual desciende de 0.5225 a 0.5157.

Esto significa que tanto como un 40% de la reducción de la pobreza en su conjunto esperada entre 2005 y 2015 es atribuible al efecto poblacional.

Si en lugar de la especificación modificada se escoge la directa, esta amortiguará un poco el efecto de la reducción de la pobreza. En este caso:

- La pobreza individual desciende de 22.1% a 18.2%, es decir, en 3.9 puntos porcentuales;
- La brecha de pobreza (P_1) desciende de 7.3% a 5.8%;
- El índice Gini a nivel individual desciende de 0.5225 a 0.5197.

Este efecto más pequeño es de esperarse, precisamente por la forma en la que se definieron los coeficientes directos y modificados.

Tal como se mencionó anteriormente, los efectos de la composición etaria y por sexo incrementan la tasa de crecimiento económico en general. Usando coeficientes modificados, se encuentra una β real de 1.2472, en lugar de 0.1303, que corresponde a una tasa de crecimiento anual de 3.49%, en lugar de 2.5%. Pero el impacto de reducción de la pobreza del cambio poblacional no se limita a este efecto. Si no se consideran los factores poblacionales, la β necesaria para producir la misma reducción de la pobreza que aquella bajo la especificación directa de las unidades de generación de ingresos sería de 0.3267. Esto corresponde a una tasa de crecimiento anual de 4.16% y 4.39%.

Las cifras anteriores fueron proyectadas con base en los valores al 2005 de la capacidad de generación de ingresos de los individuos por edad, sexo y relación con el jefe de familia. Los coeficientes mismos que describen estas relaciones pueden cambiar con el tiempo. Con el fin de verificar el efecto que esto podría tener en la pobreza, se elaboró una proyección análoga con coeficientes extrapolados al 2015. Esto no cambia los resultados de manera importante. El índice de incidencia de la pobreza desciende en alrededor de otro punto porcentual, mientras que la brecha de pobreza y el índice Gini pueden ascender o descender un poco, dependiendo de si se usan coeficientes directos o modificados.

Una proyección con convergencia del número de niños de menos de 10 años de edad

El Cuadro 1.5 muestra un número de escenarios alternativos, tales como aquel en el que las composiciones de los hogares convergen. En este segundo escenario de proyección, las tasas y los promedios iniciales no son iguales a sus valores observados en 2005 en cada clase de ingresos, sino a los promedios generales para los hogares con jefes de la misma edad y sexo, de modo que para el 2015 las composiciones de los hogares serían uniformes por categorías de ingreso, variando únicamente por edad y sexo del jefe de familia. Como podría ser poco realista esperar la convergencia total de todas las categorías de miembros del hogar, la cual no es alcanzada fácilmente por ninguna intervención de política pública y contiene un efecto sustancial de inercia debido a procesos heredados del pasado, el escenario está limitado a la convergencia de los números de hijos de menos de 10 años de edad. Tal como resulta evidente en el Cuadro 1.5, el impacto de este cambio es dramático:

- La pobreza individual desciende de 17.9% a 10.5%, es decir, en otros 7.4 puntos porcentuales;
- La brecha de pobreza (P_1) desciende de 6.8% a 3.5%;
- El índice Gini a nivel individual desciende de 0.5157 a 0.4739.

Si, adicionalmente, las tasas de jefatura por edad convergieran entre estratos de ingresos, la incidencia de la pobreza descendería en otro 1.2%.

Cuadro 1.5: Resumen de los diferentes escenarios de proyección y sus resultados para el Brasil

	Pobreza (P_0)	Brecha de pobreza (P_1)	Índice Gini
Situación en 2005	30.92%	13.65%	0.5649
Proyecciones a 2015 basadas en $\alpha = 0.075$ y $\beta = 0.1303$			
Sin considerar la composición poblacional			
Con coeficientes directos, $\alpha m = 0.1004$ y $\beta m = 0.1421$	22.06%	7.25%	0.5225
Con coeficientes modificados, $\alpha m = 0.1176$ y $\beta m = 0.1354$	23.11%	8.66%	0.5225
Puntos porcentuales de diferencia con respecto a las proyecciones anteriores correspondientes			
Proyecciones con ajustes proporcionales de la composición de los hogares			
De acuerdo con la metodología de Paes de Barros et al.	-3.95%		
Con coeficientes directos (de 2005)	-3.86%	-1.42%	-0.0028
Con coeficientes modificados (de 2005)	-5.22%	-1.90%	-0.0068
Con coeficientes directos (extrapolados a 2015)	-4.88%	-1.83%	-0.0045
Con coeficientes modificados (extrapolados a 2015)	-6.34%	-1.83%	-0.0035
Proyecciones con convergencia de tasas y promedios en el grupo etario de 0 a 9 años			
Con coeficientes directos (de 2005)	-9.59%	-3.84%	-0.0329
Con coeficientes modificados (de 2005)	-12.65%	-5.16%	-0.0486
También de las tasas de jefatura, coeficientes directos (2005)	-10.75%	-4.24%	-0.0383
Ídem con coeficientes modificados (2005)	-13.82%	-5.58%	-0.0541
Proyecciones con una disminución de la fecundidad adicional del 20%			
Con coeficientes directos (de 2005)	-5.76%	-2.10%	-0.0060
Con coeficientes modificados (de 2005)	-7.40%	-2.74%	-0.0126

Fuente: Hakkert (2007a)

Otro escenario alternativo es uno en el que la fecundidad desciende más que bajo las proyecciones estándar, por ejemplo, en otro 20% para el 2015. Tal como se muestra en el Cuadro 1.5, esto da como resultado una reducción de la pobreza a 15.7%, en lugar de 17.9%. Si bien esta reducción es ciertamente significativa, es mucho menos dramática que aquella encontrada bajo el escenario anterior. Debería concluirse, por lo tanto, que la distribución de la disminución de la fecundidad entre estratos sociales es un determinante más importante de la reducción de la pobreza que la disminución de la fecundidad en general.

Aunque existen algunas diferencias metodológicas entre este análisis del Brasil y el anterior sobre Venezuela (Hakkert, 2006), los principales resultados son similares. Usando coeficientes indirectos corregidos (para una explicación ver Nota Técnica 2) y ajustes proporcionales en la composición de los hogares, se proyectó que la pobreza descendería un 7.3% más que en una proyección estándar sin los efectos de la composición poblacional con base en una tasa de crecimiento anual del 3.0% en Venezuela entre 2004 y 2015, en comparación con el 5.2% en el Brasil. La convergencia en el grupo etario de 0 a 9 años sólo añadió 0.4 puntos porcentuales a esta diferencia, en comparación con el efecto bastante extenso encontrado en el Brasil. Esto puede deberse a las diferencias metodológicas entre ambos análisis. Una disminución adicional del 10% en la fecundidad entre 2004 y 2015 reduciría la pobreza en otros 1.3 puntos porcentuales, mientras que un estancamiento de la disminución de la fecundidad a su nivel de 2004 incrementaría la pobreza en 2.0 puntos porcentuales.

Las principales conclusiones del Cuadro 1.5 pueden resumirse como sigue:

1. La contribución potencial de las tendencias demográficas tanto en Venezuela como en el Brasil a la reducción de la pobreza hasta el 2015 es bastante sustancial, correspondiendo a una tasa de crecimiento adicional equivalente del PIB per cápita del orden del 1-2%, con una incidencia de pobreza en el 2015 que podría ser de un 4 a un 11% menor que las cifras proyectadas en ausencia de los efectos de la composición poblacional.
2. El efecto de la dinámica poblacional en la *desigualdad* por lo general apunta en la misma dirección que el efecto en el índice de incidencia de la pobreza. Una mayor desigualdad demográfica por lo general implica una mayor desigualdad económica. En general, el rango de índices Gini posibles en Venezuela en el 2015 varía de alrededor de 0.38 a 0.42, comparado con un valor de 0.4303 si los efectos demográficos son ignorados. En el Brasil, el rango es de 0.50 a 0.54, comparado con un valor de 0.5487 si los efectos demográficos son ignorados.
3. La mayor parte de esta contribución ya está implícita en los cambios demográficos que tuvieron lugar antes de 2005, como el efecto inercial de la disminución de la fecundidad en el pasado. Pero no todo está predeterminado por el pasado. Dependiendo de las características del cambio en la fecundidad desde el 2005 hasta el 2015, la pobreza en 2015 podría ser tan baja como 9.4% o tan alta como 17.9% en el Brasil.
4. La importancia de los factores demográficos durante este próximo periodo se refiere más a la distribución de las tendencias entre diferentes estratos sociales que al ritmo

agregado de la disminución de la fecundidad –por lo menos en países como Brasil, en donde la transición demográfica ya está bastante avanzada. Una disminución más vigorosa de la fecundidad incrementaría el ritmo de la reducción de la pobreza, pero una convergencia entre estratos sociales de los niveles de fecundidad ya proyectados tendría un impacto considerablemente mayor en el Brasil y posiblemente en otros países también.

5. Aparte de este último reconocimiento, la importancia del análisis precedente reside principalmente en su aplicación al establecimiento de metas para la reducción de la pobreza. El hecho de que una reducción del orden de 4-6 puntos porcentuales para el 2015 ya esté implícita en la evolución demográfica actual del Brasil y otros países debería estimular el establecimiento de metas políticas más ambiciosas, cuyo logro requerirá de una verdadera intervención en materia de políticas públicas, en lugar de sencillamente dejarse llevar por la marea demográfica.

Con respecto a este último punto, la Directora Ejecutiva del UNFPA, Thoraya Obaid, afirmó durante la Reunión de la Junta Directiva del 24 de enero de 2007:

> *"También estamos trabajando para incorporar el análisis poblacional y de la pobreza a los procesos del desarrollo. Sabemos que una comprensión sólida de las tendencias demográficas y la dinámica poblacional es la base para una buena toma de decisiones. Es absolutamente esencial para la buena gobernabilidad."*[25]

1.2.5. El vínculo entre pobreza y riesgos de morbilidad individuales

Tal como se sugirió en 1.2., cualquier análisis de los efectos económicos agregados de la morbilidad y, por lo tanto, en la pobreza, palidece al lado de la importancia de la muerte y la enfermedad para los hogares directamente afectados. Por lo tanto, resulta apropiado prestar atención al impacto de la enfermedad o la salud individual en la pobreza de aquellos afectados por ella y su entorno social inmediato. Tal como se hizo notar en 1.1.4., la mala salud y la nutrición reducen la capacidad física y las aptitudes mentales de los trabajadores, provocando con ello una menor productividad, que se refleja tanto a nivel agregado (menor crecimiento económico) como a nivel individual (menor ingreso personal). Adicionalmente, la mala salud puede evitar que los trabajadores obtengan un empleo, de nuevo con consecuencias en ambos niveles. Pero una tercera interacción, que es de una naturaleza más distributiva, tiene que ver con el hecho de que el suministro de recursos públicos para la salud puede aprovechar recursos para otros tipos de inversiones en capital humano que hagan posible escapar de la pobreza (Casas Zamora, 2000). Es probable que las implicaciones de este vínculo particular para el trabajo en el campo de la SSR no hayan sido exploradas suficientemente hasta ahora.

Desde luego, al interior de un marco de capacidades, la salud es, por definición, parte del conjunto de operaciones que necesitan ser garantizadas. Pero este no es el marco que

[25] UNFPA News: http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=926 (consultado por última vez en mayo del 2007).

subyace a la definición de la pobreza de la Meta 1. Dadas las limitaciones de la definición de pobreza monetaria, es necesario discutir aquí dos aspectos:

1. La influencia del gasto en salud en las líneas de pobreza; y
2. El tema del gasto catastrófico en salud.

El primer enfoque acerca de la cuantificación de los impactos de la salud en la pobreza monetaria consiste en el recuento explícito de las necesidades de salud, que no son consideradas en las metodologías convencionales para el cómputo de las líneas de pobreza. Se trata de las llamadas líneas de pobreza ajustadas por necesidades de salud, que han sido estudiadas en los EEUU, Canadá y algunos países latinoamericanos. En Perú, por ejemplo, Cordero, Herrera y Yamada (2003) estimaron que la consideración explícita del gasto en salud incrementó la incidencia oficial de la pobreza a nivel nacional de 23.9% a 37.7%.

Los dos aspectos planteados anteriormente son crucialmente dependientes de la forma en la que se paga el gasto en salud. En promedio, la división en la región de ALC es como sigue: 38% de manera directa, 31% por el gobierno, 17% por la seguridad social, 13% por medio de seguros privados, y 1% otros privados. De acuerdo con la OMS (2005 d), en 7 países de la región de ALC los gastos de salud pagados de manera directa todavía representan más del 50% del total: Belice (52.7%), Ecuador (56.6%), El Salvador (51.9%), México (52.1%), Paraguay (54.8%), República Dominicana (56.1%) y Trinidad y Tabago (53.8%), mientras que el promedio regional es ligeramente más alto que el promedio mundial (34.6%). Esto puede ser particularmente oneroso para los segmentos poblacionales más pobres. En Paraguay, por ejemplo, los hogares en promedio gastan el 5.04% de su ingreso en salud, pero en el quintil más pobre el porcentaje es de casi el 7% (CEPAL, 2006: Table III.3). En el Perú, el porcentaje del gasto en salud entre los deciles de ingreso más bajos es de aproximadamente una tercera parte menos que entre los deciles más altos, pero el acceso a la atención a la salud pública es regresivo, con aproximadamente un 13% pagado por medio de recursos públicos entre los tres deciles más altos, en comparación con alrededor de un 5% entre los tres más bajos (Cordero, Herrera y Yamada, 2003). Campolina et al. (2007) estimaron que los hogares en el decil más alto de las Regiones Metropolitanas del Brasil gastaron un promedio de 5.30% de su ingreso en salud en 2002/2003, en comparación con 3.23% para el decil más bajo. Una diferencia importante en el perfil del gasto en salud es que los deciles más pobres gastan alrededor del 70% de sus costos de salud totales en medicamentos y alrededor de un 5% en seguros de salud, mientras que en los deciles más altos estos números son del orden del 30% y el 40%, respectivamente.

Con respecto al segundo punto, ya se hizo referencia anteriormente a la compilación de estudios de país acerca de los efectos salariales por Savedoff y Schultz (2000). El estudio acerca del Perú, por Murrugarra y Valdivia (2000), usó los números de días de enfermedad reportados como un indicador del estado de la salud de un individuo, mostrando que el estado de la salud tiene un impacto fuerte y positivo en los salarios, especialmente en el caso de los hombres. Con base en técnicas de regresión por quintil, encontraron que los mayores efectos de la enfermedad en la productividad se presentan en la parte inferior de la distribución salarial. El salario por hora de los trabajadores con los salarios más bajos se ve reducido en

un 3.8% como resultado de un día de enfermedad. También se encuentran otros efectos importantes por tipo de empleo, en donde los efectos en los trabajadores por cuenta propia son mayores, especialmente entre aquellos de edad más avanzada (-4.3%). Los trabajadores del sector privado tienen una reducción menor pero significativa por enfermedad (-1.8%). Estos resultados sugieren que el impacto en los salarios es más fuerte en el caso de los empleos en los que la productividad y la salud están estrechamente conectados o son mejor observados, como en el sector privado y entre los trabajadores por cuenta propia. En México, Parker (1999) encontró que la mala salud reduce los ingresos por hora de los hombres trabajadores de edad avanzada en un 58%.

Probablemente el resultado más interesante sea aquel recientemente publicado para el Brasil (Noroña, Andrade y Wajnman, 2006), que computa no sólo los efectos de la productividad agregados, sino que analiza cómo es que estos varían por estrato de ingresos. Al relacionar estos diferenciales con los datos de pobreza en los hogares, llegan a la conclusión preliminar de que para la población brasileña de más de 25 años de edad la salud inadecuada representa el 23.8% del índice de incidencia de pobreza en el país y tanto como el 44.2% del índice de brecha de pobreza (P_1).

Los efectos nutricionales también pueden ser significativos. En Colombia, Ribero y Núñez (1999) mostraron que tener 1 cm de estatura más incrementaba los ingresos masculinos urbanos en un 8.0% y los ingresos femeninos urbanos en un 6.9%. Estos retornos a la altura (un indicador para la nutrición) son mucho mayores que en la mayoría de los demás países, revelando que las inversiones en nutrición, aparte de ser importantes por derecho propio, incrementan los salarios y la productividad futuros. La cifra del 8% para los hombres urbanos fue replicada, sin embargo, en el Brasil (Strauss y Thomas, 1998). Ribero y Núñez también encontraron que un día más de incapacidad reducía los ingresos rurales masculinos en un 33% y los femeninos en un 13%, mientras que tener una incapacidad en un mes dado reducía los ingresos de un hombre urbano en un 28% y en un 14% en el caso de una mujer urbana. En el Perú, Cortez (1999) encontró que un día menos de incapacidad incrementa los ingresos de las mujeres urbanas en un 3.4% y aquellos de las mujeres rurales en un 6.4%. En el caso de los hombres, las cifras fueron del 4.7% y 14.2%, respectivamente. El estudio sobre México (Knaul, 2000) usó la edad al momento de la menarquia de las mujeres como un indicador de salud y nutrición. Después de corregir los sesgos por simultaneidad y otros problemas econométricos, la autora estima que una disminución de un año en la menarquia está asociada con un incremento del 23-26% en los salarios de estas mujeres más adelante en la vida.

El documento *Promoting Reproductive Health as a poverty reduction strategy* (UNFPA, 2002 b), que fue citado anteriormente en este capítulo, hace referencia al hecho de que:

> *"En los estudios de caso compilados por el Banco Mundial, [la enfermedad] emergió como la razón más común por la que las familias han caído en la pobreza." (UNFPA, 2002 b: 4)*

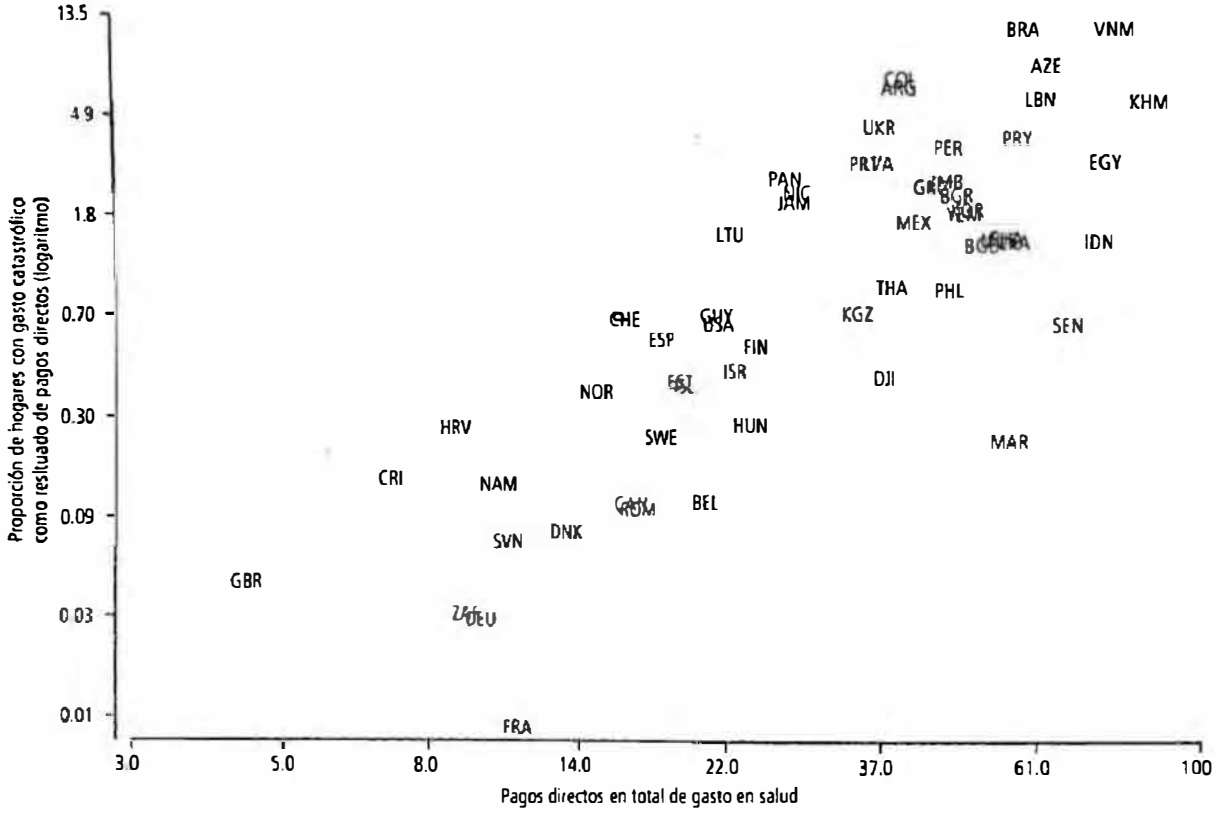
Se estima que anualmente alrededor de 25 millones de hogares a nivel mundial, más de 100 millones de individuos, son empujados a la pobreza por la necesidad de pagar servicios

de salud (OMS, 2005 b). En Vietnam, los gastos de salud pueden haber empujado a la pobreza a tanto como 3 millones de personas entre 1993 y 1998 (Wagstaff y Van Doorslaer, 2003). De acuerdo con algunos autores (ver sección 1.2.2.), este aspecto es particularmente pertinente en la vejez.

El gasto catastrófico en salud es un problema de pobreza en su mayor parte transitorio, más que estructural. La medida en la que impacta las tasas de pobreza en general depende básicamente de tres factores:

1. La proporción de la población que vive cerca de la línea de pobreza, ya sea justo encima de ella (en ocasiones llamada la "población vulnerable", aunque este término también tiene muchos otros significados) o justo por debajo de ella;
2. La frecuencia de los episodios de enfermedad en esta población que afectan la productividad del trabajador o que requieren de un gasto en salud excepcional; y
3. Las redes de seguridad social existentes para absorber los efectos adversos de dichos episodios, por ejemplo, las redes de apoyo familiares, medicamentos o atención médica gratuitos, seguros de salud, el derecho a licencias por enfermedad pagadas, etc.

Gráfico 1.7: (Logaritmo de la) proporción de hogares con gasto catastrófico en salud vs. (logaritmo de la) proporción de pagos directos en el total del gasto en salud



Fuente: OMS, 2005 b; Xu et al., 2003

En los países de ingresos medios, tales como la mayoría de los países de la región de ALC, el segundo factor es el menos susceptible, y el tercero el más susceptible, de

intervención en materia de políticas. Estudios epidemiológicos en los países de ingresos medios y altos indican que, mientras que la mortalidad ha disminuido de manera bastante sustancial, las tasas de morbilidad han demostrado ser muy resistentes al cambio, al tiempo que el costo del tratamiento médico en realidad se incrementa como una función del desarrollo económico. En la región de ALC, por ejemplo, el gasto total de salud en el 2004 típicamente representaba el 6-8% del PIB, en comparación con el 8-11% en Europa Occidental (OMS, 2007). En parte, esto puede deberse a cambios en el concepto mismo de la enfermedad y al hecho de que las condiciones que no fueron tratadas anteriormente (por ejemplo, la depresión) se convierten en el objeto de intervenciones médicas y paramédicas en ocasiones caras. La falta de respuesta de la morbilidad a los avances generales en el desarrollo puede limitar los prospectos de una reducción de la pobreza agregada a través de acciones en esta área en el futuro, a pesar de la importancia histórica de este factor en el incremento de la productividad (sección 1.1.4.).

Desde el punto de vista de la política pública, el tercer punto es el más importante, y es en este aspecto que se ha centrado la mayoría de la atención. El Gráfico 1.7 muestra la fuerte dependencia de la incidencia de la salud catastrófica en el porcentaje del gasto directo en la salud, que todavía es bastante alto en algunos países de la región. Entre los paquetes de garantía de la salud explícitos que existen en la región de ALC, 7 (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile y Uruguay) cubren enfermedades "catastróficas", pero 6 (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú) no, y 3 (México, Panamá y la República Dominicana) sólo parcialmente (CEPAL, 2006: Table III.3).

Table 1.6: Simulated proportion of households with catastrophic health expenditures (more than 40% of the monthly household budget) during a one year period for selected countries in the LAC region

País	Año	Encuesta	Proporción	Hogares
Argentina	1996/97	Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares	5.77%	27,108
Brasil	1996	Living Standards Measurement St. (PPVA)	10.27%	4,850
Colombia	1997	Encuesta Nacional de Calidad de Vida	6.26%	9,042
Costa Rica	1992	Encuesta Nacional de los Hogares	0.12%	2,472
Guyana	1992	Living Standards Measurement Studies	0.60%	1,499
Jamaica	1997	Survey of Living Conditions	1.86%	1,984
México	1996	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos	1.54%	13,661
Nicaragua	1993	Living Standards Measurement Studies	2.05%	4,144
Panamá	1997	Encuesta Nacional de Niveles de Vida	2.35%	4,904
Paraguay	1996	Encuesta de Hogares	3.51%	2,588
Perú	1994	Encuesta Nacional de Niveles de Vida	3.21%	3,615

Fuente: Xu et al., 2003

Los pagos directos no son, sin embargo, el único determinante importante de los pagos catastróficos de salud. La triada de la pobreza, el acceso a servicios de salud y su uso, y el fracaso de los mecanismos sociales para mancomunar los riesgos financieros, explica la mayoría de la variación entre países. Los pagos catastróficos son el mayor problema cuando estos tres factores son fuertes. Por lo tanto, las altas tasas de gasto catastrófico son de esperarse en aquellos países con altas tasas de pobreza, una exclusión significativa de los mecanismos de

protección contra riesgos financieros, tales como la seguridad social, y niveles de moderados a altos de acceso a, y uso de, la atención a la salud. Varios países latinoamericanos cumplen con estos criterios.

Un estudio publicado por la OMS (Xu et al., 2003) estima la incidencia de los gastos catastróficos de salud en algunos países de la región de ALC. Los resultados se muestran en el Cuadro 1.6. Nótese que estas cifras no necesariamente se refieren a familias que caen en la pobreza, sino más generalmente a familias que necesitan destinar una parte significativa de su presupuesto (más del 40%) a gastos de salud en cualquier año dado.

Murray et al. (2003) midieron el impacto de los pagos de salud en la pobreza como la diferencia en el porcentaje de hogares debajo la línea de pobreza antes y después de los pagos de salud. Para el Brasil, esta diferencia fue de 5.1 puntos porcentuales, entre los más altos para los 59 países estudiados. Otros autores, sin embargo, han llegado a estimaciones mucho más bajas para esta cifra y el 10.27% de los hogares en el Cuadro 1.6. Bós y Waters (2006), que se basaron en la Encuesta Nacional por Muestra de Hogares (PNAD) de 1998, encontraron que sólo el 3.7% de todas las familias tenían que destinar más del 40% de su ingreso a gastos de salud en cualquier año dado y que el Sistema Único de Salud brasileño (SUS) provee una reducción significativa del 47% en la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos de salud. Este beneficio es más importante para los hogares más pobres, que tienden a depender más del sistema público. Aparte de los bajos ingresos y la falta de uso del sistema de salud público, los principales factores condicionantes para el gasto catastrófico de salud que ellos encontraron fueron la presencia de adultos mayores en el hogar, un alto porcentaje de miembros del hogar del sexo femenino, y tener un seguro de salud privado. Más recientemente, investigadores del Instituto de Investigación Económica Aplicada del Brasil (IPEA), que han replicado la metodología de la OMS con datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (POF) 2003, han encontrado números incluso menores (Campolina et al., 2007) del orden del 1%.[26]

En el Perú, Cordero, Herrera y Yamada (2003) encontraron que, usando un criterio del 25% del gasto en salud per cápita para un solo episodio de enfermedad como "catastrófico", el 2.9% de la población habría sufrido dicho evento en el 2000, y que el 13.7% de ellos habrían sido reducidos a la pobreza extrema en consecuencia. De nuevo, esto sugiere una menor incidencia que la estimación de 1994 listada en el Cuadro 1.6. Similarmente, Escobal et al. (2003), también en el Perú, encontraron una incidencia del 6.3% de episodios de enfermedad o lesiones que afectaron significativamente el bienestar económico de las familias durante los últimos tres años.

La revisión de Russell (2004) de datos acerca de los costos de los hogares relacionados con malaria, tuberculosis y VIH/SIDA en diez países encontró que los costos indirectos para la malaria variaron del 2 al 6% del ingreso de los hogares, mientras que aquellos para TB y VIH/SIDA excedieron el 10% (el umbral que él usa para determinar si la carga del costo es "catastrófica"). Al añadir los costos directos a los costos indirectos, los

[26] En parte, sin embargo, la diferencia de las estimaciones tiene que ver con diferencias operacionales en los datos sobre ingresos y gastos de las fuentes de datos usadas, con la POF probablemente siendo la fuente más representativa.

costos relacionados con la malaria permanecieron por debajo del umbral del 10%, pero los costos para la tuberculosis y el VIH/SIDA lo excedieron, y sustancialmente, en el caso de los hogares pobres. Este estudio tiene datos acerca de dos países latinoamericanos (Guatemala y Paraguay).

Es muy poco lo que se sabe acerca de la medida en la que el gasto en SSR afecta la línea de pobreza o puede conducir a un gasto catastrófico de salud. Incluso acerca de la composición del gasto en SSR por actores (gobierno, seguridad social, seguros privados, hogares) se sabe relativamente poco. Una búsqueda en once bases de datos electrónicas de material publicado reveló que no existen estudios del tipo costo de la enfermedad sobre la morbimortalidad materna (Islam y Gerdtham, 2006). Entre las fuentes no publicadas se encuentra Reduce, un enfoque para el diseño de modelos de defensa y promoción aplicado en algunos países africanos que emplea suposiciones "plausibles" en lugar de suposiciones basadas en datos acerca de la actividad económica, el consumo de los hogares y la productividad laboral, y que no estima los costos directos e indirectos de la morbimortalidad materna a nivel de los hogares.

Algunos MDGR en la región de ALC argumentan que las acciones en materia de SSR contribuyen a la reducción de la pobreza como parte de un rango más amplio de efectos relacionados con la salud, pero los detalles específicos de esta contribución rara vez son descritos, y mucho menos cuantificados. El MDGR 2005 de Ecuador ofrece un ejemplo de ello:

> *"En suma, reducir la pobreza extrema en el país dependerá, en gran medida, de una combinación de factores tales como: estabilidad macroeconómica, un alto nivel de crecimiento económico en sectores que brinden mayores oportunidades a aquellos en situación de pobreza, políticas públicas eficientes enfocadas a redistribuir ingresos y activos humanos, físicos, financieros y sociales, así como políticas sectoriales específicas que aseguren el acceso de los grupos más vulnerables de la sociedad a actividades productivas, servicios de salud - incluida la salud sexual y reproductiva - y al desarrollo de sus capacidades." (Ecuador, 2005: 13)*

Al interior del UNFPA, en años recientes han existido esfuerzos por desarrollar metodologías de costeo para la SSR (por ejemplo, Weissman y Saltner, 2005; Vlassoff y Bernstein, 2006), pero el enfoque de estas metodologías es diferente, a saber, estimar la cantidad total de recursos necesarios para cumplir con ciertas metas de prestación de servicios de SSR de los ODM y la CIPD. La medida en la que los hogares privados asumen estos costos y deben o no continuar haciéndolo por lo general no es considerada. Tampoco se analizan en detalle las consecuencias de la falta de provisión de estos servicios. Por ejemplo, la falta de acceso a servicios de SSR prestados públicamente puede dar como resultado embarazos no deseados, morbilidad reproductiva, o puede simplemente obligar a las mujeres a buscar estos servicios en el mercado. Los impactos en la pobreza de estas consecuencias potenciales son ampliamente diferentes. Existen iniciativas en curso en la OMS, el BID (en Bolivia, Colombia, Honduras y Nicaragua), y otras instituciones (por ejemplo, Willekens, 2005, para el NIDI) para establecer cuentas de salud reproductiva más integrales que hagan posible obtener por lo menos las estimaciones de flujos de recursos apropiadas, incluyendo aquellas que involucren a los hogares privados, pero en la región de ALC estas todavía están en una etapa experimental.

Cuadro 1.7: Indicadores claves de gasto en VIH/SIDA en países seleccionados de América Latina

País	Gasto en salud / PIB	SIDA / Gasto en salud	Seguros privados / gasto total en SIDA	Hogares / gasto total en SIDA	ARV / gasto en hogares por SIDA
Argentina, 2000	9.12%	0.70%	6.90%	23.93%	-
Bolivia, 2000	4.61%	0.79%	-	24.64%	56.29%
Brasil, 2000	7.6%	1.3%		15.1%	0.20%
Chile, 2000	5.50%	0.68%	16.49%	22.15%	73.34%
Colombia, 2000	(9.3%)	0.44%	-	11.55%	29.46%
Costa Rica, 1999	6.0%	1.1%	-	21.3%	0.24%
El Salvador, 2000	(8.8%)	0.94%	-	26.22%	-
Guatemala, 2000	(4.8%)	4.2%	-	17.6%	4.09%
Honduras, 2001	(6.8%)		2.48%	49.66%	36.19%
México, 2000	5.6%	0.68%	-	8.95%	12.91%
Nicaragua, 2000	(4.6%)		-	20.89%	2.62%
Panamá, 2000	(6.9%)		-	5.82%	-
Paraguay, 2000	5.83%	1.25%	-	42.22%	6.57%
Perú, 2000	(4.8%)		-	74.10%	-
Uruguay, 2000	10.9%	0.85%	-	40.96%	16.20%
Venezuela, 2000	6.05%	0.04%	-	3.01%	-

Fuente: SIDALAC, a excepción de los porcentajes en paréntesis en la primera columna de datos, que son del Informe sobre Desarrollo Humano 2003 (PNUD)

El componente de SSR para el que existe relativamente más información disponible es el de VIH/SIDA –que es al mismo tiempo el más importante en este contexto, dado el tamaño de los recursos involucrados y su peso entre la totalidad del gasto en SSR. Los datos mostrados en el Cuadro 1.7 fueron compilados por SIDALAC, con base en informes preparados por consultores en cada país. Tal como se esperaba, la cantidad del gasto directo en VIH/SIDA es baja en el Brasil (15.1%), que tiene un programa de SIDA patrocinado por el gobierno, pero también es baja en Colombia (11.6%), Guatemala (17.6%), México (9.0%), Panamá (5.8%) y Venezuela (3.0%). La más alta se encuentra en el Perú (74.1%), Honduras (49.7%), Paraguay (42.2%) y Uruguay (41.0%).[27] El tratamiento ARV constituye una porción importante del gasto de los hogares, especialmente en Chile, Bolivia y Honduras, pero es inexplicablemente bajo en Paraguay.

Otro aspecto de la SSR que frecuentemente es mencionado como un determinante potencial de la pobreza es la mortalidad materna, y más específicamente la mortalidad materna resultante de abortos inducidos inseguros:

> *"El aborto inseguro es una causa y una consecuencia de la pobreza; también está íntimamente vinculado con la desigualdad de género en las sociedades. (...) Las causas de la morbimortalidad materna son numerosas y complejas, pero en países en donde las mujeres pueden ser responsables hasta del 100 por ciento del ingreso del hogar y de criar a una familia, la muerte y la morbilidad derivadas del aborto inseguro exigen un alto costo económico y societal." (IPPF, 2007: 3-4)*

[27] Van Dalen y Reuser (2005) citan los siguientes porcentajes de gasto directo para el VIH/SIDA y las ITS con base en datos de ONUSIDA: 10% para Argentina (2002), 41% para Chile (2002) y 62% para Honduras (2001).

Estos argumentos, sin embargo, rara vez son presentados en una forma cuantitativa que permita su comparación con otros determinantes de la pobreza.

1.2.6. El vínculo entre pobreza y embarazos no deseados[28]

Hasta donde sabemos, hasta ahora no han existido intentos por asociar los análisis de los efectos de reducción de la pobreza del cambio en la fecundidad, ya sean a nivel macro o micro, con la fecundidad deseada o no deseada. A nivel micro, Cutler et al. (1990) y Mason y Lee (2004, 2006) han preparado estimaciones directas combinando datos poblacionales con estimaciones de los perfiles etarios de producción y consumo. La simulación a nivel micro por Mason y Lee (2004), que han demostrado el efecto de reducción de la pobreza hipotético en el caso de Indonesia (de 8.09% a 7.19%) que resultaría de omitir al 10% de todos los niños de menos de 15 años de edad de los hogares, es completamente aleatoria en su elección de los niños a ser omitidos. De hecho, es bien sabido que el número de hijos no deseados, que serían los principales candidatos para la omisión, depende fuertemente de los niveles educativos y de pobreza, de modo que es de esperarse un número más grande en los hogares de bajos ingresos, mejorando con ello el efecto de reducción de la pobreza más allá de lo que se encontró en este estudio.

Esto plantea la pregunta: ¿Qué tanto se verían afectados los niveles de pobreza si sólo aquellos niños cuyos nacimientos no fueron deseados por sus madres fueran omitidos de sus hogares respectivos? La respuesta a esta pregunta enfrenta algunas dificultades operacionales:

1. Con algunas excepciones, las preguntas acerca de los niveles de ingresos y las preferencias de fecundidad son hechas en dos tipos distintos de encuestas: las encuestas de hogares en el primer caso y los instrumentos tipo Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) en el segundo, sin una manera fácil de realizar tabulaciones cruzadas entre estas fuentes, de modo que las estimaciones basadas en una de alguna manera tienen que ser imputadas a la otra.
2. El concepto de la fecundidad no deseada es ambiguo y, dependiendo de la información específica que se use en su estimación, pueden obtenerse diferentes resultados. Las dos preguntas de la EDS más accesibles para este propósito se refieren al número ideal de hijos que las mujeres querrían tener si pudieran iniciar su vida reproductiva hoy, y al deseo que las mujeres tenían en relación con los nacimientos que tuvieron lugar durante los últimos tres o cinco años. Ambos rubros pueden verse afectados por sesgos ascendentes a medida que las mujeres tienden a racionalizar su conducta de fecundidad pasada.
3. Los efectos de un menor número de hijos de menos de 15 años de edad en el ingreso per cápita en los hogares son tanto directos como indirectos. Los efectos directos simplemente están asociados con el denominador más pequeño en el cómputo del ingreso per cápita, ya que se asume que los hijos de menos de 15 años de edad son

[28] El Documento de Investigación 8 del Proyecto RLA5P201, accesible en el sitio de web http://www.unfpa.org.br/lacodm, investiga el caso de Honduras en más detalle, usando una versión algo modificada de la metodología presentada aquí.

consumidores que no contribuyen al ingreso del hogar. Pero la ausencia de los hijos no deseados también puede generar otros beneficios, particularmente la liberación de tiempo para actividades productivas por parte de sus madres. Finalmente, y tal vez de manera menos importante, el nacimiento de un hijo puede generar gastos con el proceso del nacimiento mismo (la pérdida del ingreso laboral de la madre, costos de maternidad, gastos con obstetras, enfermeras o parteras, etc.) que son evitados si no tiene lugar el nacimiento de un hijo no deseado.

A continuación se desarrollarán dos aplicaciones, una para Honduras y otra para Bolivia. La aplicación hondureña sólo estima el efecto directo en la pobreza, mientras que la aplicación boliviana también intenta estimar los efectos indirectos resultantes de la mayor capacidad de generación de ingresos de las madres con hijos menos dependientes. En el caso de Honduras, las estimaciones están basadas en la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 2001 y la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) de mayo de 2004. La primera recolectó las historias de fecundidad de 8,163 mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Por cada hijo nacido vivo, la historia de nacimientos identifica la fecha de nacimiento (y, por lo tanto, la edad actual, en el caso de los hijos sobrevivientes) y la supervivencia al momento de la encuesta, pero no si el hijo actualmente vive o no en el hogar, aunque sí especifica el número total de hijos que viven en casa. Esto último plantea cierta dificultad, toda vez que la EPHPM únicamente contiene información acerca de los hijos sobrevivientes que actualmente viven en casa. Con el fin de lograr que la información de ambas fuentes resultara compatible, el análisis únicamente consideró el número total de hijos sobrevivientes menores de 15 años y el número de aquellos mayores de 15 años, sin distinguir entre aquellos que viven en el hogar o en algún otro lugar.

El criterio para decidir si el nacimiento específico de un hijo sobreviviente era deseado o no fue el siguiente:

1. Que el nacimiento de este hijo hizo que el número actual de hijos sobrevivientes excediera el tamaño de familia ideal expresado por la madre; o
2. Que la madre expresó explícitamente que el nacimiento de este hijo fue inoportuno o no era deseado por completo (únicamente en el caso de hijos nacidos durante los últimos 5 años).

Específicamente, se calculó el número de hijos no deseados en función de ambos criterios, habiéndose adoptado el mayor de los dos números como el resultado final. Es probable que este criterio subestime el número de nacimientos no deseados como resultado de la racionalización de la conducta de fecundidad pasada. En teoría, también existe la posibilidad de que un hijo nacido en los últimos 5 años cumpla con el segundo criterio, mas no con el primero, y que las razones por las que este nacimiento no era deseado en ese momento (particularmente la inoportunidad) ya no resulten aplicables hoy en día. Se asume, sin embargo, que este último sesgo es menor y no compensa el primero en su totalidad.

En teoría, también es posible que algunos hijos no deseados ya tengan más de 15 años de edad. En la práctica, sin embargo, esto también es poco probable, y una prueba empírica del asunto reveló que este suceso es realmente marginal. Para fines prácticos, por lo tanto,

puede asumirse que el número promedio de hijos no deseados es una proporción (menor a 1) del número de hijos sobrevivientes de menos de 15 años. Esta proporción tenderá a incrementarse con el número real de dichos hijos, aunque la tasa de incremento varía con las características de la mujer. En el caso de aquellas mujeres de 20 a 24 años de edad con educación universitaria, por ejemplo, la proporción se incrementa fuertemente, de 0 a 0.588, en el caso de un hijo, y a 0.738 en el caso de dos o más. En el caso de aquellas mujeres de 30 a 34 años de edad con educación primaria, por otro lado, la proporción únicamente experimenta un incremento lento, a 0.121 en el caso de un hijo, 0.130 en el caso de dos, 0.175 en el caso de tres, etc. Para simplificar los cálculos, se estipuló que la *proporción* de hijos no deseados se incrementa de manera exponencial a 1 a medida que el número de hijos se incrementa, con un coeficiente de crecimiento que depende del grupo quinquenal de edad y del nivel educativo de la mujer. Lo anterior se realizó de tal manera que el número previsto de hijos no deseados en cada una de las categorías edad-educación coincidiera con el número que en realidad se observó. La proporción de hijos no deseados se incrementa con mayor rapidez entre aquellas mujeres de menos de 25 años o de más de 40. En la primera categoría de edad, esa proporción se incrementa de manera particularmente rápida entre aquellas mujeres con un mayor nivel educativo; en la segunda, se ha encontrado que, de manera particular, son las mujeres con educación primaria las que no deseaban sus nacimientos de órdenes mayores.

Las fórmulas exponenciales derivadas de lo anterior se aplicaron a la EPHPM 2004. En esta encuesta se identifica a qué madre pertenece cada uno de los hijos que viven en el hogar, pero no se identifica a los hijos cuyas madres viven en el hogar, mientras ellos mismos residen en algún otro lugar. Los hijos que viven fuera del hogar fueron ignorados, y aquellos que viven en el hogar sin su madre fueron asignados a la primera mujer de más de 15 años de edad que se encontrara en el listado del hogar. En la mayoría de los casos, esta mujer era una abuela o una tía. Con esta regla de asignación es posible estipular un número de hijos menores de 15 años por cada mujer de más de 15 años de edad en el hogar. Las empleadas domésticas que vivían con la familia no fueron tomadas en cuenta, y sus ingresos fueron restados del ingreso familiar.

Tal como se mencionó anteriormente, lo único fácilmente cuantificable es el efecto directo de omitir a los hijos no deseados del cálculo del ingreso per cápita. Lo anterior sencillamente implica recalcular el ingreso per cápita -asumiendo que los hijos menores de 15 años no contribuyen al numerador- y dividirlo entre un numerador que los excluya. Los efectos indirectos de su ausencia son menos fáciles de estimar, toda vez que involucran factores tales como las contribuciones económicas potenciales de sus madres al ingreso familiar, posibilitadas por el hecho de que ya no necesitan dedicar tiempo a cuidar de un gran número de hijos dependientes. Sin embargo, el tamaño de este efecto dependerá de un gran número de factores determinantes, tales como la distribución por edades de los hijos restantes, el potencial de generación de ingresos de la mujer, las condiciones del mercado laboral local, etc. En la estimación que aparece a continuación no se han considerado esos efectos secundarios.

La línea de pobreza se estableció en 1,325 Lempiras por persona en las áreas urbanas y 750 Lempiras en las áreas rurales, que son aproximadamente los valores actualmente usados por el Instituto Nacional de Estadística. Si se usan estos límites determinados nacionalmente, se obtienen los siguientes niveles de pobreza por áreas:

- Pobreza total: 64.6%;
- Pobreza urbana: 55.1%;
- Pobreza rural: 75.2%.

El cálculo de los ingresos per cápita sin incluir a los hijos no deseados produjo los siguientes cambios:

- Pobreza total: 59.6%;
- Pobreza urbana: 50.5%;
- Pobreza rural: 69.7%.

De manera general, esta reducción es casi igual a aquella que se obtendría a través de un incremento del 14.5% de todos los ingresos. Si se usa el criterio de un dólar por día en lugar de la línea de pobreza nacional, el nivel nacional de pobreza desciende a 20.7%. Bajo estas circunstancias, la eliminación de los hijos no deseados conduce a una reducción de la pobreza del 4.7% –de un 20.7% a un 16.0% –, lo cual equivale a un incremento del 23.5% de todos los ingresos. Lo anterior demuestra que el impacto de evitar los embarazos no deseados se refleja de manera más significativa entre aquellas familias que viven en pobreza extrema que entre los pobres en general. No se identificaron diferencias significativas entre los hogares encabezados por mujeres y aquellos encabezados por hombres.

La estimación se encuentra sujeta a algunos sesgos. La principal fuente potencial de sesgo ascendente en el caso del tamaño de la reducción de la pobreza es el hecho de no tomar en consideración la contribución al ingreso familiar, ya sea directa o indirecta, de los hijos (no deseados) de menos de 15 años de edad. Una manera de disminuir este sesgo consistiría en reducir el límite de edad inferior, por ejemplo, a hijos menores de 12 años, en lugar de 15 años. Otra forma consistiría en descontar el ingreso aportado por estos hijos, independientemente de su monto, del total familiar. Sin embargo, se consideró que es probable que este sesgo ascendente se vea rebasado, con mucho, por los sesgos descendentes en la estimación. Entre estos sesgos se incluyen los siguientes:

1. Tal como ya se mencionó, la estimación no considera los beneficios indirectos resultantes de la mayor disponibilidad de tiempo por parte de las madres
2. Es probable que el número de nacimientos no deseados en la ENESF haya sido subestimado en cierta medida, de manera particular en los estratos de población más pobres;
3. También es probable que, en la EPHPM, la asignación de aquellos hijos cuyas madres no se encuentran viviendo en el hogar a la primera mujer de más de 15 años reduzca aún más el número de hijos no deseados, toda vez que estas últimas por lo general tienen una edad mayor que la de la madre real y, por lo tanto, su proporción de hijos no deseados se incrementa de manera menos abrupta. En aquellos hogares en los que no existe ninguna mujer elegible no se clasificaron hijos como no deseados.

De manera general, luego entonces, los resultados aquí suministrados parecerían arrojar una estimación conservadora de la disminución de la pobreza a esperar como resultado de la evitación de todos los nacimientos no deseados. En el caso de Bolivia se hizo un intento por eliminar el sesgo resultante del primer punto mencionado en el párrafo anterior. Las estimaciones se basan en la encuesta MECOVI 2002 y la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) 2003. La primera parte del procedimiento se llevó a cabo en la misma forma que en Honduras, con base en la EDS 2003, con la diferencia de que, en lugar de 4 categorías educativas, se usaron 6. Lo anterior se debe al hecho de que los niveles de primaria y secundaria se desagregaron en primaria incompleta, secundaria incompleta y secundaria completa. Sin embargo, en la aplicación de los perfiles exponenciales a la encuesta MECOVI 2002 las diferencias con la estrategia seguida en el caso hondureño fueron un poco más sustanciales.

Como la MECOVI boliviana identifica a la madre de cada hijo (si ésta reside en el hogar), todos los niños se asignaron a sus madres (cohabitantes). No es posible identificar de esta manera a los hijos menores de 15 años que no viven con sus madres, lo cual puede ocasionar que el número de nacimientos no deseados se encuentre ligeramente subestimado. Ignorando este último sesgo, es posible calcular el número de hijos menores de 15 años que existirían en el hogar si únicamente nacieran hijos deseados. El cálculo del tamaño de hogar modificado y el ingreso per cápita arroja un valor a ser comparado con la línea de pobreza que, en el caso de Bolivia, varía por Departamento y por residencia urbana-rural. Los resultados indican que la pobreza en 2002 se habría reducido de 65.2%[29] a 56.6% como resultado directo de los tamaños de hogar más reducidos. En las áreas urbanas la reducción fue de 54.0% a 44.6%, mientras que en las áreas rurales fue de 83.5% a 76.2%.

Además del efecto directo, se realizó un intento para estimar el efecto indirecto sobre la capacidad de generación de ingresos de las madres.[30] Para este fin, se calculó una relación entre el ingreso de las madres y el ingreso promedio de todos los miembros adultos de la familia. Lo anterior se hizo únicamente en aquellos hogares con exactamente una madre, excluyendo con ello a aquellos sin hijos y aquellos con hijos de diferentes madres. La ventaja de usar esa relación es que esta medición se centra en la capacidad de generación de ingresos relativa de las madres, sin confundirla con otros factores (por ejemplo, la educación promedio de los adultos en el hogar) que afectan a todos los miembros del hogar. Un procedimiento de regresión permitió establecer que la razón se redujo en 0.075 por cada hijo adicional menor de 15 años en el hogar. Lo anterior suministró un criterio para estimar en qué proporción se incrementaría el ingreso de cada madre si esta no se encontrara atada al hogar como resultado de hijos dependientes cuyo nacimiento no era deseado. Al tomar en consideración este efecto indirecto, la pobreza descendió aún más, de 56.6% a 48.4% – 35.9% en las áreas urbanas y 68.2% en las áreas rurales. Por lo tanto, de manera general, la magnitud del efecto indirecto es casi la misma que aquella del efecto directo.

[29] El archivo de datos original arroja una estimación de pobreza del 64.8%. Sin embargo, esta estimación fue modificada en el análisis como resultado de la eliminación de las trabajadoras domésticas cohabitantes y de otros miembros que no eran de la familia.

[30] En la Sección 3.3 del capítulo acerca del ODM 3 se aborda alguna información y bibliografía adicionales en relación con este aspecto, con base en la experiencia de los países industrializados. Un análisis que no se llevó a cabo, pero podría realizarse con base en la información disponible, es una simulación acerca de la forma en la que el ingreso de las madres podría verse afectado si éstas tuvieran acceso a cuidado infantil adecuado, de tal forma que tuvieran la oportunidad de trabajar.

1.2.7. Pobreza y grupos de población críticos

Grupos poblacionales particulares, definidos en términos de género, raza, etnicidad o edad, pueden ser caracterizados por diferentes niveles de pobreza, que evolucionan diversamente con el tiempo. Documentar estos distintos niveles y trayectorias es el objetivo de un número de esfuerzos actualmente en curso al interior del Sistema de las Naciones Unidas para producir indicadores que capturen no sólo tendencias y niveles agregados, sino también su variación al interior de la población. Esta sección, sin embargo, tiene un propósito ligeramente diferente, a saber, llamar la atención a las necesidades diversas de grupos poblacionales específicos, los diferentes mecanismos que subyacen a su pobreza y/o vulnerabilidad, y las distintas formas en las que estas necesidades y vulnerabilidades necesitan ser abordadas por las políticas públicas.

> *"Los ODM carecen de una perspectiva de la diversidad que se centre específicamente en las necesidades de ciertas poblaciones tales como los pueblos indígenas, los niños, los adolescentes, las personas con discapacidades y los adultos mayores, que son abordadas en el Programa de Acción de El Cairo (párrafos 6.21, 6.6, 7.41, 6.28 y 6.16, respectivamente)." (Anderson, 2004: 2)*

Existe un riesgo de que los ODM sean alcanzados, pero sólo cumpliendo con promedios nacionales, sin considerar las necesidades especiales de estos grupos. Tal como se mencionó en la introducción de este documento, "(...) en una de las regiones más desiguales del mundo, un análisis de los promedios no es suficiente para dar cuenta apropiadamente de las condiciones de vida y la falta de oportunidades presentes en grandes grupos sociales" (Alarcón, Mejía y Zepeda, 2006: 5). Un enfoque hacia los ODM basado en los derechos humanos podría ayudar a evitar lo anterior asegurando una atención especial a aquellos grupos que tienen necesidades especiales y vulnerabilidades que probablemente no son abordadas suficientemente por el marco de las políticas en general:

> *"(...) Los derechos humanos tienen una preocupación particular por los individuos y los grupos vulnerables. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la condición promedio de la población en su conjunto es inútil e incluso puede ser engañosa: las mejoras en los indicadores de salud promedio pueden en realidad enmascarar una disminución para algunos grupos marginales. Así, los derechos humanos requieren que todos los datos pertinentes sean desagregados, de modo que las condiciones de los grupos específicamente desfavorecidos –las mujeres pobres, las minorías, los pueblos indígenas, y así sucesivamente– sean capturadas. Los ODM relacionados con la salud en ocasiones son criticados porque no están enmarcados de esta manera: no son desagregados. La respuesta del Relator Especial a esta crítica es sugerir que esta es precisamente una contribución que el derecho a la salud puede hacer a los ODM relacionados con la salud. Al insistir en la desagregación apropiada, el derecho a la salud puede ayudar a identificar políticas que cumplan con la promesa de la Declaración del Milenio para todos los individuos y grupos." (Hunt, 2003: 13)*

Los jóvenes, por ejemplo, son afectados de manera específica por las tendencias demográficas actuales, en el sentido de que son los que tienen menos probabilidades de beneficiarse del

bono demográfico, incluso a medida que este genere beneficios para la población en su conjunto. Las mujeres son las más directamente afectadas por los tamaños de hogar y las tasas de fecundidad en descenso, al igual que por políticas compensatorias que socializan algunas de las tareas de la reproducción de los grupos domésticos que más tiempo exigen. Los adultos mayores, por otro lado, por lo general no se encuentran entre los segmentos poblacionales más pobres, pero enfrentan vulnerabilidades especiales que pueden agravarse en el futuro, a medida que las estructuras familiares tradicionales se debiliten bajo la influencia de la fecundidad en descenso y la movilidad en incremento. Los grupos raciales y étnicos, lo mismo que las personas con discapacidades, son afectados desproporcionadamente por la discriminación y la exclusión social (Masset y White, 2004). Finalmente, en algunos países de la región de ALC, las personas desplazadas internamente constituyen un grupo poblacional con vulnerabilidades y necesidades específicas de cara a la pobreza. Una política para la reducción de la pobreza efectiva debería tomar en cuenta todos estos mecanismos diferentes y diseñar políticas sociales específicas para hacerles frente.

1.2.7.1. Pobreza y juventud

Uno de los grupos poblacionales críticos, desde el punto de vista de una estrategia para la reducción de la pobreza prospectiva, es aquel de los jóvenes y los adolescentes, es decir, el grupo de 10 a 25 años de edad. La importancia de este grupo se deriva del hecho de que estas edades son cruciales para la formación del capital humano que conformará la fuerza laboral durante los próximos 50 años, y al mismo tiempo se trata las edades que marcan el inicio de la actividad sexual, la fecundidad y la formación de la familia.

> *"Al mismo tiempo que los jóvenes pueden no siempre estar entre los más pobres o los más vulnerables, es probable que la adolescencia y la adultez joven sean, después de la primera infancia, el periodo en el que las intervenciones para combatir la pobreza tengan el mayor potencial de un cambio positivo a largo plazo. La construcción y el análisis de conjuntos de datos de panel de país (cuantitativos y cualitativos) pueden promover el desarrollo de intervenciones adecuadas, en el momento apropiado." (Moore, 2005: 2)*

No obstante, se trata de un grupo a menudo pasado por alto en las Estrategias para la Reducción de la Pobreza:

> *"Los jóvenes a menudo son pasados por alto en la formulación de las estrategias para la reducción de la pobreza. Esta afirmación se basa en un análisis de 31 Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza completados a septiembre del 2003. Una de las razones de su invisibilidad relativa tiene que ver con el estrecho enfoque de las evaluaciones de pobreza comúnmente usadas por los gobiernos y las agencias internacionales. Esto a menudo se debe a la visión estática de la pobreza usada, que no reconoce las circunstancias variables en las que la mayoría de los jóvenes se encuentran. Una visión estática de la pobreza también tiene probabilidades de producir en las estadísticas de la pobreza un sesgo en contra de los jóvenes, ya que tienen más*

probabilidades de ser móviles y, por lo tanto, menos probabilidades de ser enumerados en una encuesta de hogares." (UNFPA, 2004 c: vii)

El Informe sobre la Juventud Mundial 2003 (Naciones Unidas, 2004 a) aborda el tema con mayor detalle, planteando la idea de que las encuestas de hogares tienden a subrepresentar a los jóvenes en situación de pobreza:

> *"La dependencia continua de las encuestas de hogares para determinar quién está viviendo en situación de pobreza perpetuará el sesgo contra los jóvenes. Las encuestas de hogares por lo general se centran en los hogares de fácil enumeración identificados por una vivienda y una familia. Los jóvenes son susceptibles de ser subrepresentados en dichos entornos si han dejado el hogar parental y están en circunstancias precarias, algo que a menudo incluye su residencia en alojamientos temporales o incluso la carencia de alojamiento en absoluto." (Naciones Unidas, 2004 a: 90).*

En la revisión de los PRSP (actualizada posteriormente en Curtain, 2006), se encontró que el 23% de los PRSP no hacían mención alguna a los adolescentes, mientras que un 19% adicional sólo los mencionaba genéricamente, como uno de los varios grupos que requieren atención especial. El documento del UNFPA ofrece siete argumentos con evidencia para apoyar el argumento de un mayor enfoque de las políticas públicas en los jóvenes en los países de bajos y medianos ingresos. El siguiente es un resumen de estos argumentos:

1. A los jóvenes les corresponde una proporción equitativa de los recursos: La gran proporción de la población constituida por los jóvenes en todos los países en vías de desarrollo y en transición justifica que se les asigne una proporción equitativa de los recursos.[31]
2. Los jóvenes son un área de interés clave en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Los ODM incorporan la mayoría de los elementos de una perspectiva de los derechos humanos al identificar los derechos sociales y económicos al desarrollo, al igual que la extensión de la marginación sufrida. Cinco Objetivos en particular se refieren a los jóvenes explícitamente, ya que cubren actividades en las que en su mayoría participan jóvenes: el logro educativo, el equilibrio entre los géneros en la educación, una mejor salud materna, el combate al VIH/SIDA y otras enfermedades tales como la malaria y la tuberculosis, y las oportunidades de empleo digno para los jóvenes.[32]

[31] En ocasiones se afirma o implica que los jóvenes en realidad constituyen una proporción creciente de la población, pero esto no es correcto. La proporción de jóvenes (de 10 a 24 años de edad) en la región de ALC se incrementó entre 1960 y 1980 (cuando alcanzó un 32.3%), pero ha estado disminuyendo desde entonces (alcanzando un 27.9% en el 2007) y casi ciertamente continuará haciéndolo durante las próximas décadas. La situación en los países individuales podría ser diferente. En algunos países centroamericanos, por ejemplo, la disminución sólo comenzó alrededor del 2005.

[32] Los siguientes indicadores de los ODM (la mayor parte de los cuales se refieren a otros ODM, no al ODM 1) a menudo son presentados como particularmente pertinentes a la situación de los jóvenes:

7. La tasa de alfabetización de los jóvenes de 15 a 24 años de edad;
9. Las razones de niñas a niños en la educación primaria, secundaria y terciaria;
10. La razón de mujeres a hombres alfabetizados de 15 a 24 años de edad;
18. La prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad;
19b. El porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad con un conocimiento integral y correcto del VIH/SIDA;
20. La razón de asistencia escolar de niños no huérfanos de 10 a 14 años de edad;
45. La tasa de desempleo de los jóvenes de 15 a 24 años de edad, por sexo y total.

3. y 4. Los beneficios económicos a los niveles macro y micro: El primer argumento se basa en evidencia de los beneficios macroeconómicos que pueden provenir de un círculo virtuoso de invertir en la salud y la educación de los niños, para luego aprovechar esta inversión en los años adolescentes y consolidar la inversión inicial. También es posible plantear un argumento microeconómico acerca de los retornos económicos de la inversión en ciertos programas con base en datos de costo efectividad e información acerca de cuáles son las intervenciones con probabilidades de tener el mayor impacto (Jiménez y Murthi, 2006). En el documento se menciona cómo es que los rigurosos resultados de evaluación de PROGRESA –el programa de educación, salud y nutrición de México– fueron cruciales para permitirle al programa no sólo sobrevivir a una importante transición gubernamental en el año 2000, sino también expandir su cobertura a las áreas urbanas.
5. Los jóvenes en situación de pobreza como un caso especial: El argumento más pertinente para fines de esta sección es que, con base en su etapa crítica en el ciclo de vida, los jóvenes constituyen un caso especial que requiere de recursos adicionales. Este argumento usa una visión dinámica de la pobreza y destaca los efectos acumulativos de los obstáculos a menudo enfrentados por los jóvenes, en particular las niñas, en su transición de la dependencia a la independencia.
6. Los beneficios a largo plazo del bono demográfico, particularmente en la región de ALC, en donde la fecundidad ha disminuido abruptamente en las últimas dos décadas, incrementando con ello la proporción del grupo en edad productiva (de 15 a 60 años de edad) en la población. Este efecto alcanzará su pico en la región en los años 2018-2019. Este argumento será desarrollado con mayor detalle más adelante.
7. Beneficios a largo plazo - Reducción de las posibilidades de violencia y disturbios civiles: Los jóvenes son desproporcionadamente responsables de crímenes violentos y, al mismo tiempo, también tienen más probabilidades que otros grupos de ser víctimas del crimen. La conducta de algunos hombres jóvenes en particular puede ser una importante fuente de inseguridad urbana. Los homicidios cometidos en contra de hombres jóvenes son altos en la región de ALC, los EEUU y las economías en transición. Las posibilidades de un país pobre de experimentar un conflicto civil han sido vinculadas con el tamaño de su "saliente juvenil" en la población y la falta de educación y acceso a empleos resultante entre sus jóvenes. Los países en los que los jóvenes tienen bajos niveles de participación en la educación tienen mayores probabilidades, en igualdad de circunstancias, de enfrentar luchas civiles. Sin embargo, esta pequeña disminución de la exposición a disturbios futuros también exige otras formas de inversión para crear empleos con el fin de absorber a aquellos jóvenes que han concluido la educación secundaria.

Desarrollando aún más estas ideas, el reciente *Marco del UNFPA para la Acción con Adolescentes y Jóvenes* (UNFPA, 2006 a) identifica cuatro "llaves" para "abrir las puertas con los jóvenes", a saber:

- Aplicar el lente de la estructura poblacional y la dinámica de la pobreza a los temas de los jóvenes;

- Desarrollar un nicho en la educación de la sexualidad integral;
- Desarrollar un nicho en los servicios de SSR; y
- Capturar las voces de la participación juvenil.

Más específicamente, el *Marco* propone apoyar a gobiernos y asociados para:

- Empoderar a los adolescentes y los jóvenes, a los niños y las niñas, con habilidades que les permitan alcanzar sus sueños, pensar críticamente, negociar situaciones de riesgo y expresarse libremente;
- Ofrecer acceso a la salud, incluyendo información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva;
- Conectar a los jóvenes con programas de medios de vida y empleo;
- Defender los derechos de los jóvenes, particularmente las niñas y los grupos marginados, a crecer de manera segura y saludable;
- Alentar a los jóvenes a participar plenamente en los planes de desarrollo como ciudadanos de sus sociedades;
- Reconocer su derecho a una participación equitativa en materia de educación, habilidades y servicios.

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial* 2007 (Banco Mundial, 2006 b) hace notar que la etapa de la vida entre los 10 y los 24 años está caracterizada por cinco tipos de transiciones:

- La conclusión de la educación;
- El ingreso al mercado laboral;
- El inicio de la actividad sexual y otras conductas que pueden implicar riesgos (por ejemplo, fumar);
- La formación de la familia y la reproducción;
- El ejercicio de la ciudadanía.

El informe contiene gráficos (los Gráficos 1.8 y 1.9, no reproducidos aquí) que ilustran los perfiles etarios de cada una de estas transiciones para los casos de Haití y Chile. Sin embargo, el punto importante a destacar aquí es que gran parte de la preocupación acerca de la adolescencia y la juventud como una etapa de la vida crítica para la reducción de la pobreza tiene que ver con la oportunidad relativa de estas transiciones. En particular, la mala coordinación de las transiciones en la educación y el mercado laboral con la actividad sexual, la formación de la familia y el inicio de la reproducción puede tener consecuencias adversas considerables para la evolución de las oportunidades de los jóvenes más adelante en su ciclo de vida.

Una preocupación tradicional acerca de los adolescentes y los jóvenes, que proviene del campo de la población, está motivada por la idea de que la continuación de las altas tasas de fecundidad adolescentes compensará parcialmente las disminuciones en la fecundidad registradas en otros grupos etarios:

> *"Las decisiones de la gran cohorte de 10 a 19 años afectará significativamente los prospectos demográficos y de salud futuros. La postergación de los primeros nacimientos y los intervalos entre nacimientos más extendidos reducirían el ímpetu poblacional." (Bernstein y White, 2004: 4)*

Si el no lograr esto último debería ser un motivo de preocupación acerca del crecimiento poblacional futuro depende en cierta medida de qué es exactamente lo que se quiera decir. Si bien han existido incrementos en la fecundidad adolescente en algunos países de la región de ALC en años recientes, estos han sido insuficientes para afectar la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de manera importante. Por otro lado, la suposición frecuentemente citada de que la fecundidad temprana es un predictor de un gran número de hijos más adelante en la vida es cierta al comparar diferentes grupos poblacionales, pero no necesariamente al evaluar las tendencias de fecundidad futuras. Es muy probable que este sea un efecto completamente compositivo, que afecta el momento de los nacimientos, más que la totalidad de su tiempo de vida. La pregunta que permanece, luego entonces, es si, con la misma TGF, un patrón de fecundad más temprano/tardío y más/menos concentrado dará como resultado o no una crecimiento poblacional más rápido/más lento. Si el tema es planteado en estos términos, la respuesta es que, en la región de ALC, estos efectos tenderán a ser bastante pequeños (pueden ser más significativos en algún otro lugar). Incluso si el patrón etario de la fecundidad para la región en su conjunto se redujera en 3 años y fuera el doble de concentrado que bajo las proyección actuales de Naciones Unidas, el crecimiento poblacional adicional resultante de este cambio en el periodo del año 2000 al 2015 sería de un escaso 0.11% por año. A lo largo del periodo 2000-2050, el cambio anual promedio sería de alrededor de un 0.09% por año. En aquellos países con una alta fecundidad, el efecto sería ligeramente más fuerte, pero en los países con una fecundidad por debajo del nivel de remplazo, tales como Cuba, una fecundidad más joven y más concentrada en realidad reduciría un poco el crecimiento poblacional, especialmente a largo plazo.

Una inquietud diferente, menos motivada demográficamente, relacionada con la fecundidad temprana tiene que ver con la pregunta hasta qué punto la fecundidad temprana interfiere con la formación de capital humano y, en consecuencia, con los prospectos de reducción de la pobreza en el futuro, particularmente porque la fecundidad es más alta en los grupos poblacionales más pobres. Aun cuando la noción de un impacto negativo significativo de la fecundidad adolescente en los prospectos económicos futuros es intuitivamente atractiva, existen algunos estudios en la región de ALC que en realidad demuestran este vínculo. Esto es importante porque, en principio, existen explicaciones alternativas que sugerirían diferentes estrategias en materia de políticas con respecto al nexo educación-fecundidad. Por ejemplo, se ha sugerido (Hakkert, 2001) que la fecundidad temprana es, en buena medida, una consecuencia de la falta de proyectos de vida alternativos para los adolescentes pobres, y que las políticas dirigidas a alentarlos a continuar su educación y proporcionarles un empleo significativo contribuirían de manera importante a reducir los embarazos tempranos.

Un estudio del Banco Mundial (Correia y Cunningham, 2003) ha intentado estimar los costos sociales del embarazo adolescente y otros aspectos relacionados con los jóvenes. Según se informa, el costo económico social neto a lo largo de la vida de una cohorte de madres adolescentes varía de US$ 1.6 millones en Guyana a más de US$ 335 millones en la

República Dominicana. La suma de los ingresos fiscales perdidos, el costo de oportunidad de la criminalidad de algunos de los niños al convertirse en adultos, y los beneficios perdidos como resultado del gasto de transferencias gubernamentales y la atención a la salud en otros es en promedio de US$ 33 anualmente en Guyana a US$ 363 anualmente en St. Kitts.[33]

Fecundidad temprana y pobreza en la región de ALC

Uno de los pocos estudios que en realidad han abordado el tema de la fecundidad temprana y la pobreza subsecuente en la región de ALC es aquel coordinado por Buvinic (1998) sobre Barbados, Chile, Guatemala y México. La autora encontró que la maternidad temprana está asociada con efectos económicos negativos, menores ingresos mensuales para las madres, y un estado nutricional más deficiente entre los pobres (y no entre las mujeres que no son pobres). Ni siquiera la educación es una salvaguarda suficiente para compensar el efecto negativo de la fecundidad temprana, ya que Buvinic encontró que, si se controlaba el nivel educativo de las madres pobres, la maternidad adolescente estaba todavía asociada con menores ingresos. Controló la edad de los hijos y el nivel socioeconómico de la madre, y encontró que el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes era significativamente peor que el de aquellos de madres de una edad mayor. Entre las madres adolescentes pobres, la educación y las contribuciones al ingreso familiar también fueron asociadas con una mejor salud infantil. Las autora concluyó que "las políticas sociales que amplían las oportunidades educativas y de generación de ingresos de las mujeres pobres podrían ayudar a contener la pobreza intergeneracional asociada con la maternidad temprana entre los pobres" (Buvinic, 1998: 201). Un importante hallazgo final en México fue que "las madres que habían tenido su primer hijo con un padre biológico de 17 años de edad o menos tenían dos veces más probabilidades de ser pobres que las madres que habían tenido su primer hijo con padres biológicos de una edad mayor" (Buvinic, 1998: 206). Este hallazgo es pertinente en el contexto del debate acerca de si los compañeros de madres adolescentes mayores que ellas deberían ser considerados como "predadores sexuales".

Knowles y Behrman (2003) evaluaron evidencia acerca de 41 programas dirigidos a los jóvenes. Sus datos se relacionan con la escolaridad formal, el entrenamiento civil y militar, el trabajo, la educación en SR en la escuela, la salud escolar, otros tipos de salud, la comunidad y una categoría residual. Concluyen que existen razones de eficiencia para el uso de recursos públicos para financiar programas costo-efectivos dirigidos a los jóvenes. Sin embargo, también reconocen la dificultad de generalizar entre contextos. Con respecto a las inversiones en salud reproductiva, identifican de 2 a 7 efectos multiplicadores, dependiendo del programa particular. Los embarazos adolescentes evitados, por ejemplo, generan beneficios derivados en términos de una mejor salud, una mayor educación, una menor fecundidad, abortos inseguros evitados y exclusión social evitada.

[33] Aun cuando estos números son impresionantes, deberían manejarse con cuidado, ya que su interpretación no es clara (ver la discusión acerca de cifras similares en la sección 1.1.4.).

Tal como se hace notar en el Marco, "el UNFPA está pasando de centrarse únicamente en los aspectos reproductivos y de salud del desarrollo de los jóvenes a un enfoque más integrado e integral que considera el entorno en el que viven los jóvenes, su educación, su salud (incluida la salud sexual y reproductiva) y su empleo en el contexto de la reducción de la pobreza." (UNFPA, 2006 a: 5-6). Desafortunadamente, la tendencia actual de una fecundidad en general en descenso y de menores razones de dependencia favorece a los jóvenes menos que a la población en general, ya que crea un "saliente juvenil" en la distribución por edades relativa de la población. El qué tan serio es este problema es materia de cierto debate (ver el último párrafo de 1.1.1.), pero todos estarían de acuerdo en que, si bien no son víctimas absolutas de esta situación, los jóvenes son los que menos tienen que ganar de ella en comparación con otros grupos etarios, a menos que se instrumenten políticas sociales compensatorias.

> *"Sin embargo, es probable que [el bono demográfico] genere efectos adversos para los jóvenes, que enfrentarán mayores obstáculos para su incorporación a un mercado laboral ya saturado si no están equipados con las habilidades requeridas por un mercado laboral competitivo. En consecuencia, hacen falta políticas públicas que compensen las desventajas que esta generación probablemente deberá enfrentar. En ausencia de dichas políticas, existe un peligro aparente de que el llamado 'saliente demográfico' se traduzca en un conflicto social. (UNFPA, 2006 a: 12)*

El *Marco* sugiere tres usos de la ventaja comparativa del UNFPA para hacerle frente a estos aspectos:

- Aprovechar datos acerca de los jóvenes para las políticas de desarrollo social y los planes para la reducción de la pobreza;
- Analizar las estructuras poblacionales y promover el argumento del "bono demográfico" para la realización de inversiones sociales en los jóvenes; y
- Llevar a cabo diagnósticos para mapear las vulnerabilidades de los jóvenes, con base en el entendimiento de que los jóvenes no son un grupo homogéneo.

El MDGR nacional 2005 para México, por ejemplo, hace notar que el desempleo entre los jóvenes podría ser más alto como consecuencia del excedente de población juvenil:

> *"El crecimiento de este desempleo puede explicarse por el periodo de transición que transcurre entre que los jóvenes concluyen su capacitación y se incorporan al mercado laboral, y por la transición demográfica que experimenta el país, donde un mayor número de jóvenes se suman a la PEA." (México, 2005: 35)*

El MDGR 2003 uruguayo, si bien no hace referencia a la situación demográfica, hace notar que las cohortes de edades más jóvenes tienden a estar más sujetas a riesgos sociales, como la deserción escolar y el desempleo, que elevan las probabilidades de perpetuar la pobreza intergeneracional:

> *"Los niños, niñas y adolescentes son particularmente vulnerables a la pobreza. Por un lado, ello se relaciona con que el mayor aporte a la reproducción biológica de la*

población del país proviene de las familias con mayor riesgo de caer en condiciones de pobreza, tal como lo indican las mayores tasas de fecundidad de las mujeres con necesidades básicas insatisfechas y/o de bajo nivel educativo. Por otro lado, el programa de transferencias [directas] para menores de 18 años concentra el subsidio en quienes asisten al sistema educativo, ampliando la importancia de combatir la deserción escolar temprana de los adolescentes pobres." (Uruguay, 2003: 22)

Un segmento de la población de 15 a 24 años de edad que ha sido objeto de preocupación en varios de los países de la región está constituido por aquellos jóvenes que ni están en la escuela ni trabajan. Si bien el tamaño de este grupo se ha reducido desde principios de la década de 1990, todavía constituye el 12-40% de los jóvenes en los hogares pobres. Para los diseñadores de políticas, esta situación a menudo es equivalente a la pertenencia a pandillas o la participación en otros tipos de actividades ilícitas. Incluso si este no fuera el caso, las implicaciones para la transmisión intergeneracional de la pobreza son preocupantes. En la mayoría de los países de la región el porcentaje no es alto: por lo general menor a un 5%, con excepción de Haití (21.1%), Belice (8.4%), Nicaragua y las Bahamas (6.6%), y Chile (6.1%). Los porcentajes son por lo general ligeramente más altos en las áreas urbanas que en las rurales, tal como sería de esperar, y más altos en los quintiles más pobres que en los más ricos. Esto último no siempre es el caso, sin embargo, tal como lo ilustra el caso de Colombia.

Cuadro 1.8: Porcentajes de la población de 15 a 24 años de edad que no está trabajando, no está estudiando, y no se está ocupando de tareas domésticas en 21 países de la región de ALC, por quintil de ingreso del hogar per cápita

País / Año	Urbana						Rural						Total					
	T	I	II	III	IV	V	T	I	II	III	IV	V	T	I	II	III	IV	V
Argentina, 2001	1.0	8.3																
Bahamas, 2001	6.9	6.5					4.5						6.6					
Belize, 1995	12.2	5.7					5.3						8.4					
Bolivia, 2002	1.1	4.9											1.0					
Brasil, 2004	2.8	4.6	3.1	2.3	1.6	1.5	2.3	2.1	2.4	3.1	2.1	1.4	2.7	4.0	3.3	2.5	1.6	1.5
Chile, 2003	6.0	8.3	6.5	5.7	4.9	4.2	6.9	9.6	8.5	7.2	5.0	4.2	6.1	8.3	7.0	5.7	5.0	4.3
Colombia, 2003	5.0	5.2	5.7	4.0	4.2	6.1	3.3		3.0	3.7			4.6	3.8	5.0	4.8	3.8	5.5
Costa Rica, 2004	2.4	5.1	2.7				3.6	5.3	6.0	3.4			2.9	6.2	3.3	2.8		
Ecuador, 2004	2.0		2.2				2.1		3.5	2.1	2.8		2.0	2.5	2.7	2.5	1.2	
El Salv., 2004	1.6	3.2					1.5	1.8	2.2	1.5	1.5		1.5	2.5	2.2	1.6	0.9	
Guatemala, 2004	2.3	3.7	3.2				4.1						3.3			4.2		
Haiti, 2001	18.9	3.5	21.7	16.1	15.0	16.1	23.0	28.5	24.2	22.5	22.0	18.4	21.1	27.8	23.5	22.2	19.2	15.4
Honduras, 2005	1.5	25.5			1.5		2.0						1.7	2.7	2.0	2.0	1.4	1.0
México, 2004	1.8		1.5	1.7									1.6		1.9	1.6		1.5
Nicaragua, 2001	7.3	2.3	6.6	7.2	6.2		5.6	5.0	4.1	7.2	6.9	4.9	6.6	5.1	9.9	6.4	6.4	5.4
Panamá, 2004	2.5	12.0	3.0	2.1			2.9	3.4		3.7	3.0		2.6	4.4	3.6	2.7	2.0	
Paraguay, 2004		5.6						0.0			0.0		0.8					
Perú, 2003	2.2						1.3						2.0					
Rep. Dom., 2004	2.5		4.0	2.9	2.1		4.2						2.9	3.5	4.9	2.8	2.2	
Uruguay, 2005	3.5	5.8	3.9	3.0	2.3	1.4												
Venezuela, 2004													4.1	5.0	4.5	4.0	3.3	2.8

Fuente: http://www.iadb.org/xindicators

Debido al pequeño número de casos, es difícil desagregar los datos aún más, pero en el caso del Brasil, que tiene una encuesta de hogares excepcionalmente grande, se llevó a cabo una regresión logística[34] en relación con la PNAD 2004. Se aplicaron los controles usuales por sexo, edad, residencia urbana-rural y región del país, y algunas de sus interacciones. Después de aplicar estos controles, se encontró, tal como se esperaba, que la probabilidad de pertenecer al grupo que no estudia o trabaja disminuía con la educación y el ingreso del hogar per cápita, aunque este último tendía a nivelarse en los ingresos más altos. Adicionalmente, se encontró que la probabilidad era aproximadamente un 20% más alta entre los jóvenes que vivían sólo con sus madres, sin un padre. En el caso de las niñas, la probabilidad era aproximadamente un 40% menor en caso de que tuvieran hijos propios, pero esto es fácilmente entendible porque, para efectos de este análisis, el trabajo en el hogar también se consideró como trabajo. De manera más sorprendente, la probabilidad era un 10-20% menor en el caso de los migrantes y las minorías raciales ("pretos" o "pardos"). El tamaño de la familia fue asociado con un riesgo ligeramente elevado (4%), pero este efecto fue significativo sólo al nivel del 5%, y no al del 1%, como los demás factores.

Finalmente, es necesario considerar la pobreza juvenil en conexión con la equidad de género. Tal como se apunta en el capítulo sobre la pobreza del estudio descriptivo de la juventud en los países iberoamericanos realizado por la CEPAL (CEPAL, 2004c), prácticamente no existe diferencia entre los niveles de pobreza de los hombres y mujeres de menos de 15 años de edad o de más de 30. Sin embargo, en los 18 países de América Latina para los que se analizaron datos de encuestas de hogares, existe una diferencia de un poco más del 4% entre la incidencia de la pobreza en los hombres de 20 a 29 años de edad (35.5%) y las mujeres de la misma edad (39.7%). Existe una diferencia similar con respecto a la pobreza extrema (12.4% vs. 14.6%). Las diferencias no son uniformes entre países; al parecer estas no se aplican a Honduras, Nicaragua, Bolivia, Paraguay y el Perú, pero son particularmente pronunciadas en la República Dominicana. El estudio no ofrece ninguna explicación de este fenómeno, pero sería importante verificar en qué medida es atribuible al hecho de que este es el periodo del ciclo de vida durante el cual las mujeres tienden a dedicar una parte muy sustancial de su tiempo a la reproducción y el cuidado infantil.

En la mayoría de los países, las políticas juveniles han tenido, en el mejor de los casos, resultados mixtos en lo que respecta a garantizar transiciones sin tropiezos para los jóvenes. El Banco Mundial (2006 b) enumera por lo menos tres razones para lo anterior:

1. Una mala coordinación entre las políticas y los sectores que afectan a los jóvenes y una limitada rendición de cuentas acerca de los resultados para los jóvenes;
2. La débil voz de los jóvenes en el monitoreo y la retroalimentación relacionados con la calidad de las políticas y la prestación de servicios;
3. La escasez de éxitos demostrados.

En relación con este último punto, hace notar la escasez de evaluaciones en países en vías de desarrollo que identifiquen sin ambigüedades la causalidad de las políticas al programa

[34] La regresión logística es un tipo de regresión que relaciona la probabilidad de experimentar un cierto evento con un conjunto de variables explicativas. Es diferente de la regresión convencional en el sentido de que la variable a ser explicada es una probabilidad y, por lo tanto, está limitada al intervalo de 0 a 1..

al efecto. Esto le da a las políticas juveniles el aura de ser suaves y carentes de rigor. Muchos programas que son importantes para la expansión de oportunidades y la construcción de capacidades caen en la categoría de "prometedores pero no demostrados". La falta de una atención sistemática y consistente a los temas relacionados con los jóvenes en los PRSP sólo es una de las manifestaciones de esta situación.

No obstante, tal como lo ha demostrado esta sección, los temas relacionados con los jóvenes tienen un papel muy específico al interior de los determinantes generales de la pobreza y las políticas diseñadas para reducirla. El enfoque requerido para abordar adecuadamente las particularidades de este papel es uno de la pobreza en el ciclo de vida, centrado alrededor de las múltiples transacciones que caracterizan a esta etapa del ciclo de vida, una de las cuales es la iniciación de la actividad sexual y reproductiva. La importancia de esta última se deriva no sólo de los desafíos intrínsecos que plantea en términos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, sino también de sus interacciones con otras dos importantes transiciones: la conclusión de la educación y el ingreso al mercado laboral. Adicionalmente, el grupo de 10 a 24 años de edad es objeto de importantes transformaciones como resultado de la transición demográfica en curso en la región de ALC. Esta es otra importante razón por la que no se puede prescindir de las consideraciones poblacionales al momento de diseñar políticas que busquen reducir la pobreza a través de intervenciones dirigidas a este grupo.

1.2.7.2. El papel de los factores de género

Los hombres y las mujeres experimentan la pobreza de manera diferente. Es necesario tomar en cuenta estas diferencias con el fin de hacerle frente a las causas de la pobreza adecuadamente. Como resultado de sus diferentes limitaciones, opciones, incentivos y necesidades, las mujeres y los hombres frecuentemente tienen diferentes prioridades de mitigación de la pobreza y son afectados de manera diferente por las intervenciones para la mitigación de la pobreza. Se acostumbra sistematizar estas diferencias bajo cuatro dimensiones:

- La *dimensión de la oportunidad* aborda el acceso desigual a los mercados laborales, las oportunidades de empleo, los recursos productivos y el salario, las limitaciones a la movilidad y las cargas de tiempo, que resultan de la necesidad de combinar los deberes domésticos, las actividades productivas y el manejo de la comunidad. Las posibles intervenciones incluyen la promoción del crecimiento económico, el acceso equitativo a los mercados laborales y los recursos productivos, y la reducción de los recorridos y las cargas de tiempo para las mujeres.
- La *dimensión de la capacidad* se centra en la falta de acceso a servicios públicos tales como escuelas, salud, agua y energía.
- La *dimensión de la seguridad* aborda las cuestiones de la vulnerabilidad a los riesgos económicos y la violencia civil y doméstica, los desastres naturales y los riesgos ambientales.
- La *dimensión del empoderamiento* aborda los aspectos de la carencia de voz y de poder en el hogar, la comunidad y los niveles nacionales.

Como el empoderamiento de la mujer es un aspecto clave abordado por la CIPD, su logro obviamente implica una contribución directa a los ODM, tal como se discutirá con mucho mayor detalle en el Contexto del Objetivo 3. Lo que necesita ser abordado en el presente capítulo, sin embargo, es la pertinencia de los aspectos de género, particularmente aquellos vinculados más directamente con la agenda de población, al tema específico de la reducción de la pobreza. Es tentador, en el contexto de la equidad de género, replantear la definición misma de la pobreza, por ejemplo, para tomar en cuenta el hecho de que las mujeres, incluso si participan equitativamente en el ingreso del hogar (lo cual en sí mismo es dudoso), generalmente lo hacen a costa de horas de trabajo más largas, particularmente en actividades no relacionadas con el mercado.[35] Estos aspectos de la reconceptualización de la pobreza desde una perspectiva de género, sin embargo, están en gran medida más allá del alcance del presente texto.[36] Dado el enfoque de este capítulo en la pobreza monetaria, en vez de en la pobreza en el sentido de capacidades, los aspectos pertinentes vinculados con esta última se dejarán para los capítulos siguientes.

La Unidad de la Mujer de la CEPAL (2004 b) ha elaborado una propuesta de indicadores con un enfoque de género a ser monitoreados en el contexto de la Meta 1, que incluye la siguiente lista:

1. Índice de feminidad en hogares pobres y no pobres, por grupos etarios y área de residencia;
2. El nivel y la distribución de la pobreza general y extrema en los hogares jefaturados por mujeres;
3. Las tasas de participación en el trabajo reproductivo, por sexo, área de residencia y estado de pobreza;
4. El tiempo promedio dedicado al trabajo reproductivo, por sexo, área de residencia y estado de pobreza;
5. La composición de la Población Económicamente Activa por sexo;
6. La brecha de género en la actividad económica, por estado de pobreza;
7. Las tasas de participación económica de las mujeres de 15 a 60 años de edad, por número de hijos en el hogar y estado de pobreza;
8. La distribución de la población ocupada por sexo y condición de la actividad económica;
9. La proporción de la población ocupada en sectores de baja productividad y de bajos ingresos;
10. La brecha de género en el ingreso laboral, por años de educación;
11. La brecha de género en salarios, por años de educación;
12. La proporción de hogares pobres, incluyendo o excluyendo la contribución al ingreso de las mujeres;

[35] Para un ejemplo de Nicaragua, ver Milosaljevic, 2003; ver también Banco Mundial, 2001..

[36] Gran parte de la literatura sobre temas de género y pobreza, sin embargo, se ha centrado precisamente en este aspecto, que fue abordado en detalle durante la Reunión Técnica Internacional sobre la Incorporación de la Perspectiva de Género en la Medición de la Pobreza, La Paz, septiembre 23-25. Algunos de los artículos presentados incluyen a Brown (2003), Gómez (2003), Lara (2003), Mario (2003), Mora (2003), Soares (2003) y Tang Nain (2003).

13. La proporción de hogares extremadamente pobres, incluyendo o excluyendo la contribución al ingreso por parte de las mujeres;
14. La autonomía para el uso del ingreso laboral.

La mayoría de estos indicadores tienen que ver con la actividad económica de las mujeres, un aspecto que se abordará en 1.7.2. y 3.3. (incluido el indicador 14), mientras que al indicador 7 se hizo referencia en 1.2.4. y los indicadores 3 y 4 se centran en aspectos en los que la dirección causal de la relación con la pobreza no está clara. Los indicadores más directamente pertinentes para la presente sección, por lo tanto, son el 1, el 2, el 10, el 11, el 12 y el 13.

La medida ideal de la pobreza por género tendría que estar basada en un concepto de la pobreza individual que supere la suposición no realista de la socialización perfecta de los recursos al interior del hogar, como en los análisis de la pobreza convencionales (incluida la sección 1.2.4. del presente documento), sin hacer la suposición igualmente improbable de que todos los miembros del hogar se apropian de su ingreso individual, la cual subyace a algunos indicadores alternativos. Aun cuando existe alguna evidencia de que en realidad existen desigualdades al interior del hogar (Sen, 1997; Haddad y Kanbur, 1990; Quisumbing y Maluccio, 2000), la suposición de la socialización perfecta hasta ahora ha demostrado ser difícil de descartar. A falta de una mejor alternativa, el análisis de género de la pobreza debe arreglárselas con indicadores un tanto insatisfactorios que relacionan la pobreza con la composición de los hogares por sexo.

La más tradicional de estas mediciones simplemente relaciona la pobreza con el sexo del jefe de familia. Aparte del problema de la distribución interna, esta es insatisfactoria por otras razones. Los hogares son diferentes en más de una manera y su conducta puede ser demográficamente distinta por razones que no necesariamente están relacionadas con la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la pobreza. Dos factores demográficos en particular vienen a la mente:

1. Incluso si los miembros masculinos y femeninos del hogar reciben los mismos ingresos, los hogares femeninos pueden de cualquier forma ser más pobres, debido al hecho de que tienen una estructura del hogar menos favorable, con menos adultos por niño;
2. Si las tasas de separación y divorcio son más altas entre las familias pobres que entre las no pobres, y si los hombres tienen una mayor propensión a formar nuevas familias que las mujeres, la tendencia es que la proporción de las familias pobres jefaturadas por mujeres se incremente en relación con la proporción de familias pobres jefaturadas por hombres, sin necesariamente reflejar una mayor incidencia de pobreza entre las mujeres.

Los indicadores 1 y 2 propuestos por la CEPAL son ligeramente más sofisticados en el sentido de que consideran no sólo al jefe, sino a todos los miembros del hogar, dividiendo la razón de feminidad de los hogares pobres entre la razón equivalente de todos los hogares. Multiplicando el resultado por 100, se obtiene una medida del exceso relativo de mujeres en los hogares pobres o extremadamente pobres. En la edición 2002-2003 de Panorama Social

(CEPAL, 2003 b: Gráfico III.1), se muestra que el indicador 1, para el grupo etario de 20 a 59 años, varió de alrededor de 100 en el Perú urbano, todo Honduras, la Colombia urbana, la Guatemala rural, el México rural y la Nicaragua rural, a más de 120 en Costa Rica y la República Dominicana.

Sin embargo, la noción de una mayor pobreza femenina con respecto a las mediciones de la pobreza de los hogares convencionales es disputada, entre otros, por Marcoux (1998), que está particularmente en desacuerdo con la afirmación frecuentemente repetida de que el 70% de los pobres del mundo son mujeres, con base en el hecho de que no existe un patrón plausible de composición de los hogares consistente con un porcentaje tan alto. Similarmente, el Banco Mundial (2001) concluye que, con base en la evidencia actualmente disponible, el tema está todo menos dirimido. En un artículo reciente del International Poverty Centre (IPC), Medeiros y Costa (2006: 8) concluyen que:

> *"No existe evidencia de una sobrerrepresentación sistemática de las mujeres entre los pobres en el mundo. Diversos estudios han encontrado una mayor incidencia de pobreza entre las mujeres o los hogares jefaturados por mujeres en algunos países, pero en muchos otros esto no ocurre. Sorprendentemente, los estudios por lo general encuentran una mayor probabilidad de ser pobres entre las mujeres en los países desarrollados, pero una mayor incidencia de pobreza entre los hogares jefaturados por mujeres en los países en vías de desarrollo no es un hallazgo común. Adicionalmente, la relación entre la pobreza y la jefatura femenina de los hogares al parecer no es directa y unívoca, ya que la pobreza al parecer tiene una correlación más fuerte con la presencia de hijos en la familia y otras características de los miembros de la familia que con el tipo de jefe de familia (Chant, 2003 a; Baden y Milward, 1997; Lipton y Ravallion, 1995)."*

Los autores llegan a la misma conclusión con respecto a los ocho países latinoamericanos que estudiaron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela. Las diferencias con los resultados de la CEPAL pueden deberse a variaciones menores en la elección de los criterios (ingreso o consumo) y las líneas de pobreza, y a diferentes imputaciones de las fuentes de ingresos no monetarias. Incluso UNIFEM (2002) se ha distanciado un poco del concepto de la "feminización de la pobreza", apuntando que en la región de ALC sólo se aplica en algunos países y que las diferencias típicamente encontradas no se acercan para nada a aquellas que subyacen al criterio del 70%. Por otro lado, la CEPAL (2004 b) apunta que el porcentaje de los hogares jefaturados por mujeres que viven en extrema pobreza en 16 países de la región se ha incrementado, de 28.5% en 1990 a 31.9% en 1999.

La perspectiva que busca la diferenciación de género de la pobreza en términos de la jefatura de familia también ha sido objeto de ataque por otras razones más teóricas:

> *"El hacer un énfasis excesivo en la desventaja económica de las jefaturas femeninas distorsiona y devalúa sus enormes esfuerzos por superar los obstáculos de género. También desecha la importancia personal que la jefatura tiene para las mujeres. (...) Al final, la tesis de la 'feminización de la pobreza' y su preocupación primordial tanto*

> *por el ingreso como por las jefas de familia es peligrosa por dos razones. Primero, impide una consideración analítica de las dimensiones sociales del género y la pobreza. Segundo, dicha preocupación tiende a traducirse en intervenciones de políticas de un solo tema y para un solo grupo, con poco poder para desestabilizar las estructuras profundamente enraizadas de la desigualdad de género en el hogar, el mercado laboral y otras instituciones." (Chant, 2003 b: 30)*

Chant también llama la atención al hecho de que los hogares jefaturados por mujeres, incluso si son más pobres que los hogares jefaturados por hombres, pueden disfrutar de otras ventajes, tales como una menor vulnerabilidad. Las razones de dependencia en los hogares jefaturados por mujeres también tienden a ser más bajas. Asimismo, Geldstein (1997) apunta que los hogares jefaturados por mujeres constituyen un universo altamente variado y que no todas las mujeres pobres son parte de él, y que tampoco es cierto que todas las mujeres que pertenecen a él sean pobres.

Aparte del aspecto de la pobreza diferencial por jefatura, Serrano (2005) identifica las siguientes características de la relación específica de las mujeres con la pobreza:

- Existe una gran concentración de mujeres que trabajan en el sector informal en condiciones de empleo muy precarias, que reciben salarios bajos e inestables y no cuentan con ningún tipo de sistema de seguridad social;
- Las mujeres pobres tienen una autonomía económica mínima, con un impacto concomitante en su reconocimiento social, su autoestima, y el manejo de los recursos y el poder al interior del hogar;
- Los jefes de familia pobres enfrentan una doble carga de trabajo y situaciones agudas de tensión, inestabilidad emocional y problemas de salud mental, que resultan del hecho de que tienen la responsabilidad exclusiva de los hijos bajo su cargo;
- Las mujeres pobres tienen tasas de fecundidad adolescente más altas, a pesar de la reducción de las tasas de fecundidad en el agregado;
- La contribución de un segundo salario a una familia de una clase más baja, como resultado del empleo femenino, crea importantes oportunidades para que estas familias mejoren su estándar de vida y reduzcan la incidencia de la pobreza;
- Las mujeres son colaboradoras activas en las políticas sociales en el sentido de que son ellas las que canalizan los servicios sociales hacia la familia, tal como lo evidencia su alta participación en los programas de transferencia directa de ingresos que actualmente se están aplicando en América Latina;
- A nivel de proyectos de desarrollo sociocomunitario, las mujeres son sus principales administradoras y participantes;
- Las mujeres pobres dedican una parte importante de su tiempo al trabajo en el hogar, que se duplica en el momento en el que tiene que ser complementado con trabajo pagado fuera del hogar. Esto está asociado con días de trabajo largos y poca disponibilidad de tiempo personal.

En relación con este último aspecto, la CEPAL (2004 b) apunta que la atribución de un valor monetario al trabajo doméstico inevitablemente incrementaría las líneas de pobreza

y, en consecuencia, cambiaría la incidencia de la pobreza. Esto no necesariamente afectaría el porcentaje de los pobres en general, pero cambiaría su distribución, incrementando los niveles de pobreza de aquellos hogares que no cuenten con uno o más miembros (por lo general mujeres) que dediquen una porción sustancial de su tiempo precisamente a este tipo de trabajo, ya que la línea de pobreza más alta en estos hogares no sería compensada por un mayor ingreso atribuido. Por lo tanto, si bien este enfoque corrige la distorsión actual en la atribución de los ingresos y da un reconocimiento explícito a la contribución de las mujeres a la economía del hogar, su efecto probable en las cifras de pobreza sería el de incrementar la pobreza masculina con respecto a las tasas de pobreza femenina.

Con el fin de verificar qué tan significativos podrían ser estos efectos, se realizó un análisis experimental con datos brasileños de la encuesta de hogares (PNAD) 2004, usando una línea de pobreza de la mitad de un salario mínimo (R$ 130) y valorando el trabajo doméstico a la tasa del salario mínimo. Bajo esta especificación, la línea de pobreza debería incrementarse en un 11.2% para mantener la misma incidencia de la pobreza en general. En realidad, esto incrementa un tanto las tasas de pobreza masculina relativas a las tasas de pobreza femeninas, pero el efecto es extremadamente pequeño. Esto es porque en los hogares con pocas o ninguna mujer adulta el trabajo tiende a redistribuirse, ya sea contratando ayuda doméstica o distribuyendo más de él entre los miembros del hogar del sexo masculino. En los hogares con una mujer de más de 10 años, por ejemplo, la carga promedio del trabajo doméstico es de 30.4 horas por semana para ella y 5.2 horas para los miembros del hogar del sexo masculino. En los hogares con dos mujeres de más de 10 años de edad, los promedios son de 21.7 y 3.9 horas, respectivamente. Pero en los hogares sin ninguna mujer de más de 10 años de edad, los miembros del hogar del sexo masculino contribuyen con un promedio de 12.1 horas por semana.

La edición 2002-2003 de *Panorama Social* (CEPAL, 2003 b: Gráfico III.11) contiene datos sobre el Indicador 12 (pero no el 13) de los ODM, aunque limitados a los esposos, en lugar de incluir a todas las mujeres en el hogar. Estos datos muestran que el papel del ingreso de los esposos en la pobreza es especialmente importante en Uruguay (con un 10% de la pobreza, en lugar del 29% que prevalecería en ausencia de esta contribución), el Perú (35%, en lugar de 49%), El Salvador (33%, en lugar de 45%), y Ecuador (41%, en lugar de 53%). Debe apuntarse, sin embargo, que este tipo de análisis no es específico a aspectos de género y particularmente a la discriminación de género. En principio, la retención del ingreso de cualquiera de los miembros adultos del hogar, ya sean masculinos o femeninos, incrementará la incidencia de la pobreza. Desde el punto de vista de las políticas públicas en el área del género, sería más revelador tener una estimación de la reducción en las tasas de pobreza que podría esperarse si el ingreso del trabajo femenino por unidad de actividad alcanzara una paridad con los patrones masculinos, si las tasas de actividad femenina alcanzaran los mismos niveles que las tasas de actividad masculina, o ambos.

Kabeer (2003: Box 2.7) hace referencia a un estudio sobre 99 países entre 1960 y 1990 que muestra que las desigualdades de género tuvieron un impacto negativo significativo en el crecimiento económico. Las mediciones de la desigualdad en este estudio fueron la educación

y la participación en la fuerza laboral. Dollar y Gatti (1999: Table 8) usaron datos de más de 100 países a lo largo de las últimas tres décadas para descomponer el crecimiento económico. De manera un tanto decepcionante, los determinantes más fuertes que encontraron fueron variables ficticias regionales, con un efecto negativo particularmente fuerte para la región de ALC. Los efectos más fuertes siguientes fueron la fecundidad (con un signo negativo, tal como se esperaba) y las revoluciones (idem). Después de controlar todos estos, emergió un pequeño efecto positivo para la educación secundaria femenina, y un pequeño efecto negativo para la educación secundaria masculina, apoyando con ello la conclusión de que reducir la igualdad de género en la educación estimula el crecimiento económico. Dollar y Kraay (2002) hacen eco de esta conclusión. Seguino (2000), que usó salarios diferenciales después de un ajuste por la educación, encontró que, en un conjunto de países semiindustrializados de medianos ingresos, aquellos que tenían el diferencial masculino-femenino más alto en realidad crecieron un poco más rápido que el resto. También planteó la hipótesis de que la desigualdad de género tiene un efecto positivo en la expansión de las exportaciones y, con ello, en el cambio técnico y el crecimiento económico. *El Informe sobre Desarrollo Humano* 1995, que antecede a todos estos estudios, llega al punto de afirmar que "la eliminación de la desigualdad de género no tiene nada que ver con el ingreso nacional" (PNUD, 1995: 3).

Arenas De Mesa (1999) ha estudiado algunos de los posibles impactos para el caso de Chile. Este autor afirma que la ausencia de una dimensión de género en el desarrollo de los sistemas de pensiones privados es dramática en la región de ALC,[37] a pesar de su pertinencia en el contexto actual del desarrollo de los nuevos sistemas de pensiones (muchos de los cuales están basados en el modelo chileno) y las transformaciones demográficas apuntadas anteriormente. Su ausencia no implica, en la apreciación del autor, que los efectos de estas políticas sean neutros con respecto al género. De hecho, lo que sucede es que la falta de consideración de los patrones diferenciales de participación de las mujeres, debido a sus roles reproductivos y domésticos, la segmentación del mercado laboral, y el hecho de que el trabajo en el sector informal no sea considerado, conspiran para crear condiciones desfavorables para las mujeres, que se ven agravadas cuando los sistemas son diferenciados por sexo.

Para el caso chileno, Arenas de Mesa menciona una serie de factores adicionales, que provocan que el sistema de pensiones tenga un impacto negativo en las pensiones femeninas.[38] Estos incluyen los siguientes:

1. Diferentes tasas actuariales para cada sexo (diferentes expectativas de vida);
2. Diferentes edades de jubilación;
3. La consideración del 100% de la vida activa en el cómputo de las pensiones; y

[37] En la reciente Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, la reunión preparatoria regional para el seguimiento a la Conferencia de Beijing (Beijing+5), se alcanzó el llamado Consenso de Lima. Este incluye una recomendación para "promover el reconocimiento de la contribución social y económica del trabajo no remunerado de las mujeres, predominantemente al interior del hogar, y sugerirle a los gobiernos que incluyan a las mujeres que realizan ese tipo de trabajo en los sistemas de seguridad social." No obstante, no se hace mención de los sistemas privados y la discriminación de género que los caracteriza, por lo menos en su versión actual.

[38] En el caso de Chile se ha calculado que, bajo el sistema público, asumiendo remuneraciones iguales y números iguales de años contribuidos, las pensiones serían iguales para los hombres y las mujeres. Bajo las mismas suposiciones, las pensiones de las mujeres en el sistema privado variarían del 52 al 76% de las pensiones masculinas, dependiendo de la edad a la que iniciaron las contribuciones (Arenas de Mesa, 1999).

4. Los efectos de la comisión fija (que tienden a ser sustanciales si el tiempo de la contribución al sistema es relativamente corto).

Edwards (2001), por otro lado, hace una evaluación más positiva del sistema chileno, que ha producido cambios significativos en los incentivos para que las mujeres participen en el mercado laboral, ahorren y usen el sistema de seguridad social como un canal para sus ahorros, porque:

1. Bajo el nuevo sistema no existe un mínimo para fines de elegibilidad, de modo que las mujeres con menos de 10 años de participación pueden obtener una pensión;
2. El nuevo sistema garantiza una pensión mínima para aquellos que tienen menos de 20 años de contribución;
3. El nuevo sistema le exige a los hombres casados integrar una anualidad conjunta, lo cual conduce a una distribución hacia las mujeres al interior de la familia; y
4. El nuevo sistema le da un mayor peso a los años de actividad iniciales, lo cual favorece a las mujeres que se han jubilado a una edad temprana para formar familias.

Esta discusión tiene implicaciones que van más allá del tema de la equidad de género. El cambio de un sistema público a uno privado tiene efectos en las finanzas públicas que, por un periodo más o menos extendido, tienen que compensar a aquellas personas cuyo derecho a una pensión desciende por debajo del mínimo establecido. En el caso de Chile, se observa que dos terceras partes de los recursos públicos etiquetados para este propósito irán a las mujeres, una proporción que se incrementará a un 80% para el 2037 (Arenas de Mesa, 1999).[39]

El sistema de pensiones para la vejez se basa en transferencias o ahorros generados a partir de la participación en la fuerza laboral formal, en la cual las mujeres todavía se encuentran en desventaja en comparación con los hombres. Por otro lado, la mayoría de las transferencias de atención intergeneracionales en el entorno doméstico son suministradas por las mujeres. Análisis basados en encuestas sobre uso del tiempo muestran consistentemente que la atención de los adultos mayores es, abrumadoramente, un asunto de mujeres, al igual que el cuidado de los niños y las personas enfermas. Datos de la *Encuesta de Uso de Tiempo* 1996 de México (un módulo de la ENIGH), por ejemplo, indican que las mujeres suministran el 83% del tiempo dedicado al cuidado infantil, el 82% del tiempo dedicado al cuidado de los adultos mayores y el 76% del tiempo necesitado para cuidar de los enfermos. Los hombres suministran la mayor parte del tiempo para tareas más impersonales, tales como hacer reparaciones, cortar madera o ir al banco. De acuerdo con estimaciones de Pedrero (2002), el trabajo doméstico no pagado en México representa alrededor del 17.4% del PIB, del cual el 58.2% corresponde al cuidado infantil, el 1.16% al cuidado de los adultos mayores y el 1.79% al cuidado de los enfermos.

Finalmente, es necesario tomar nota de los importantes impactos de género de los programas de transferencia condicionada de ingresos, tales como PROGRESA/ Oportunidades, Bolsa Familia y Chile Solidario, actualmente en curso en la región, en los

[39] Para un análisis similar del caso de Bolivia, ver Bonadona (2003); para Colombia, ver Uribe (2002); para El Salvador, ver Alvarenga (2002); y para un análisis general de América Latina, ver Giménez (2003) y Pautassi (2002).

aspectos de género. En el artículo de Serrano (2005), al que se hizo referencia anteriormente, la autora cita una larga lista de esos impactos positivos. A continuación se reproducen los más importantes:

- La mayoría de los programas canalizan sus recursos a través de las mujeres, ya que se considera que son mejores administradoras de recursos al interior de la familia y las más interesadas en la salud y educación de sus hijos;
- El poder administrar recursos tiene impactos en el mayor control de la economía familiar por parte de las mujeres, dándoles un mayor poder de decisión, autoestima, y prestigio en el hogar; aunque, en teoría, esto podría crear un conflicto intrafamiliar, las evaluaciones preliminares no parecen indicar esto, a excepción de los casos en los que dichos conflictos ya existían;
- Las acciones concretas involucradas en la transferencia de recursos, tales como tener que salir del hogar para recibir el dinero o participar en reuniones, crean un nuevo espacio de interacción social;
- Aunque esta no es por lo general una de sus intenciones explícitas, estos programas terminan contribuyendo significativamente al sentido de ciudadanía por parte de las mujeres.

Un posible impacto negativo hecho notar por Serrano es que, en algunos casos, los hombres dejan de contribuir al presupuesto del hogar en el momento en que perciben que existen otros recursos están disponibles. Otro posible aspecto negativo es que estos programas pueden reforzar el papel tradicional de las mujeres como "intermediarias del bienestar". Daeren (2004) también plantea preguntas acerca del impacto en aquellas mujeres que no son madres, no son de edad reproductiva, o son miembros de familias no tradicionales.

1.2.7.3. La pobreza y los adultos mayores

Un aspecto de la composición poblacional que debería ser de particular preocupación para el logro de la primera Meta de los ODM, pero rara vez es mencionado en los MDGR nacionales, es el aspecto del envejecimiento poblacional. El Plan de Acción de Madrid (Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002) hace una serie de observaciones acerca de la necesidad de prestar atención específica a los adultos mayores en la reducción de la pobreza. Por ejemplo, en su párrafo 45, hace notar que "Aunque recientemente se ha dedicado mayor atención en todo el mundo a los objetivos y políticas encaminados a la erradicación de la pobreza, en muchos países las personas de edad todavía suelen ser excluidas de esas políticas y programas." Entre sus acciones recomendadas, por lo tanto, propone incluir a los adultos mayores en las políticas y programas para alcanzar la meta de reducción de la pobreza de los ODM. Más particularmente, exige la promoción del acceso equitativo para los adultos mayores a las oportunidades de empleo y generación de ingresos, el crédito, los mercados y los activos, además de garantizar que las necesidades de las mujeres mayores, los más viejos, las personas mayores con discapacidades y aquellas que viven solas sean abordadas específicamente en los programas de implementación y las estrategias para la reducción de la pobreza. Para poder sostener este esfuerzo técnicamente, exige el desarrollo de indicadores de pobreza por edad y con pertinencia de género como un medio esencial para identificar las necesidades

de las mujeres mayores pobres, lo mismo que alentar el uso de los indicadores de pobreza ya existentes de modo que la revisión se lleve a cabo de acuerdo con el grupo etario y el género. De manera tal vez más importante, la Resolución de la Asamblea General 58/134 (2003) explícitamente exige la inclusión del tema del envejecimiento de las poblaciones en todas las agendas del desarrollo y específicamente los ODM. Esta intención se repite en la Resolución 59/150 (2004).

A pesar de estos múltiples llamados a la acción, el MDGR Mundial de las Naciones Unidas (2005 c) sólo menciona a las poblaciones de adultos mayores una vez, en el contexto de la vulnerabilidad al SIDA. Los informes nacionales de Argentina, Brasil, Perú, y Uruguay sólo las mencionan una o dos veces; sólo el MDGR chileno aborda el tema más sistemáticamente. En los pocos casos en los que el envejecimiento es mencionado en los MDGR, por lo general tiene que ver con la elegibilidad de los adultos mayores para algunos pagos de transferencias especiales (por ejemplo, en Argentina) o los desequilibrios de los sistemas de seguridad social. El informe cubano menciona el envejecimiento de la población como una vulnerabilidad potencial del país con respecto a la reducción de la pobreza, pero no entra en detalles. Ninguno de los informes nacionales menciona la necesidad de centrarse en los adultos mayores como un componente de una perspectiva del ciclo de vida más general hacia la pobreza, en el que las estrategias necesarias para hacerle frente a la pobreza necesariamente tienen que ser diferentes en función de las características específicas del grupo etario particular.

¿Cuáles serán las implicaciones en términos de pobreza de una proporción mucho mayor de la población de más de 60 años en el futuro, considerando la naturaleza precaria de los sistemas de seguridad social en gran parte de la región de ALC? Parte de la razón del relativo descuido del tema del envejecimiento en el contexto de los ODM es que la mayor parte del envejecimiento en la región tendrá lugar después del año 2015. En la región de ALC en su conjunto, la población de más de 60 años de edad representaba el 8.8% del total en el 2005, y se incrementará al 11.1% para el 2015, pero la marca del 20% sólo se alcanzará para el 2039. En algunos países de la región, sin embargo, el proceso está más avanzado, y el porcentaje esperado para el 2015 es mucho más alto que el promedio regional, por ejemplo, Cuba (19.6%), Uruguay (18.2%), Barbados (17.4%), Argentina (15.3%), Chile (15.0%) y Trinidad y Tabago (14.6%).

La otra razón por la que es probable que el envejecimiento no haya recibido mucha atención en el contexto de la reducción de la pobreza es que actualmente las poblaciones de adultos mayores en la mayoría de la región de ALC no se encuentran entre los segmentos poblacionales más pobres. En una encuesta de 13 países latinoamericanos, Popolo (2001) encontró que sólo en la República Dominicana las tasas de pobreza eran más altas entre la población de más de 60 años de edad que entre aquellos de 10 a 59 años de edad.[40] En Costa Rica, El Salvador y Honduras las tasas fueron similares en ambos grupos etarios, con la pobreza rural entre los adultos mayores excediendo a aquella del grupo de 10 a 59 años de edad. Las mismas diferencias se encontraron si la pobreza era analizada separadamente por

[40] UNICEF (2000) encontró, sin embargo, que el porcentaje de pobres entre la población de más de 65 años de edad en Jamaica era del 17.9% en 1999-2000, en comparación con un 15.9% en la población en general., Bourguignon et al. (2004) también encontraron tasas de pobreza más altas (de acuerdo con el criterio de US$ 2 por día) entre los adultos mayores en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y México.

sexo. Esto es aún más notable si se toma en consideración que algunos efectos de cohorte (tales como una menor educación) deberían colocar a los adultos mayores de hoy en una situación más desfavorable que aquella que probablemente se dará con las generaciones futuras de adultos mayores. Tal como lo muestra Guzmán (2006), la pobreza es particularmente baja en aquellos hogares constituidos en su totalidad por adultos mayores, especialmente en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Para el caso de Brasil, Camarano (2005: 11) lo explica como sigue:

> *"Los adultos mayores, en promedio, tienen mejores condiciones económicas que las personas que no lo son. Esto es un resultado de su momento en el ciclo de vida, su trayectoria de vida, las políticas públicas, especialmente la expansión universal de la seguridad social. Experimentaron una gran proporción de su vida adulta durante un periodo de rápido crecimiento económico. Esto les ha permitido acumular activos, como sus propias casas, y tener derecho a la Seguridad Social."*

Esta incidencia relativamente baja de la pobreza también se aplica a las mujeres mayores, particularmente las viudas, que viven solas, un grupo que en otras partes del mundo a menudo es asociado con la pobreza. En la región de ALC, sin embargo, estas mujeres por lo general no se encuentran entre los más pobres. En Brasil, por ejemplo, la incidencia de pobreza[41] entre las mujeres de más de 60 años de edad que viven solas en la Encuesta Nacional de Hogares (PNAD) 2005 fue de sólo un 1.3%, en comparación con el 7.2% para las mujeres de más de 60 años de edad que eran cónyuges del jefe de familia, el 8.2% para todas las mujeres de más de 60 años de edad, el 11.0% para todos los hombres de más de 60 años de edad, y el 30.4% para la población en general.

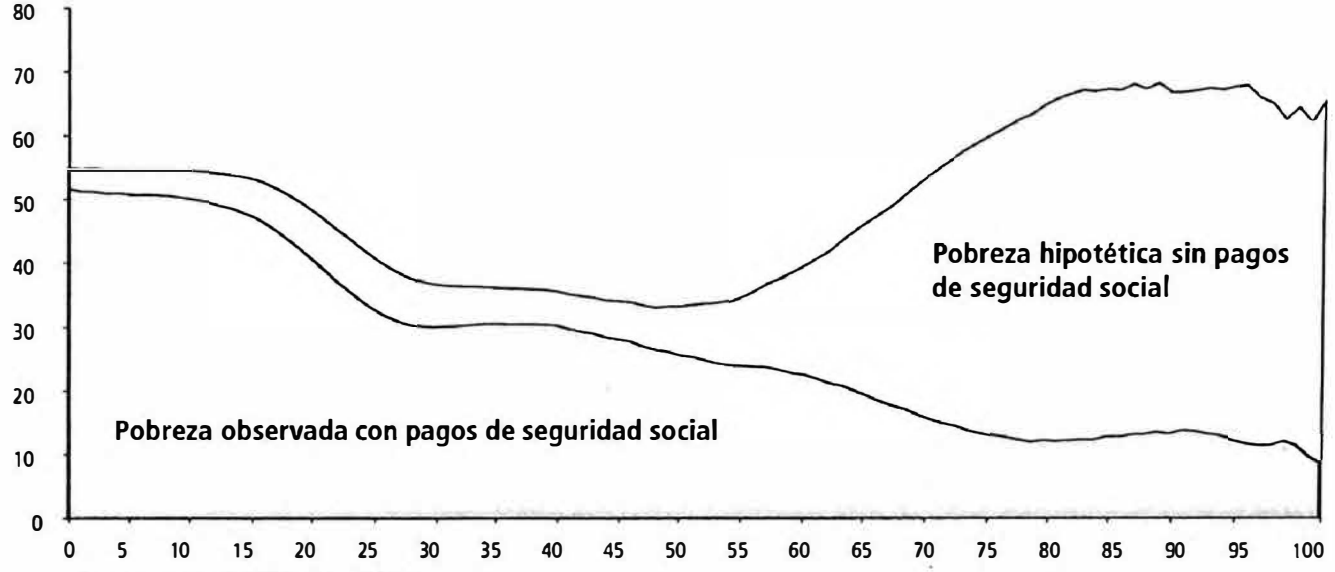
Tal como lo apuntan Bourguignon et al. (2004), mitigar la pobreza de los adultos mayores exige un enfoque diferente al de otros grupos etarios, ya que las políticas que operan a través de los mercados laboral y de productos o a través de los programas educativos y de capacitación no son efectivas, dejando a los subsidios de precios y las transferencias reales de ingresos como los principales instrumentos de las políticas. El ingreso de los adultos mayores, sin embargo, tiene una pertinencia que va más allá de determinar su propia pobreza, en la medida en que otros miembros de los hogares frecuentemente también dependen de él. Saad (2004) muestra, por ejemplo, que el 61% de los adultos mayores en São Paulo, el 59% en Buenos Aires, y el 74% en la Ciudad de México reciben apoyo financiero de familiares. Pero al mismo tiempo, el 49% de los adultos mayores en São Paulo, el 42% en Buenos Aires, y el 39% en la Ciudad de México suministraban apoyo a familiares.[42] En Brasil rural, Beltrão et al. (225: 336) notan una "concentración cada vez mayor de miembros adultos mayores en famílias

[41] Tal como es medido por el criterio de menos de la mitad de un salario mínimo por miembro del hogar.

[42] El hecho de que los adultos mayores a menudo hagan una contribución económica sustancial a sus familias o a la economía en su conjunto no está limitado a los países en vías de desarrollo. Un estudio reciente del HSBC Banking Group (2007) sobre 21 países, incluidos Brasil y México, apunta que el trabajo voluntario realizado por personas de más de 60 años de edad representa un valor neto (al computarse en términos del salario mínimo legal) de £ 4,200 millones por año en el Reino Unido y US$ 18,900 millones por año, además de la contribución fiscal que los adultos mayores pagan sobre sus ingresos.

(...) con niveles de ingreso más altos", lo cual corrabora el hecho de que "es el miembro adulto mayor que ha sido responsable por la mejora económica de las famílias".

Gráfico 1.8: Pobreza por grupo etario con (gráfica inferior) y sin (gráfica superior) pagos de transferencias sociales para el Brasil



Fuente: Goldani, 2006; Uthoff, 2006

Uno de los temas que han atraído más atención es el efecto de los beneficios del retiro y otras transferencias públicas para los adultos mayores sobre la pobreza y las estructuras familiares. Beltrão et al. (2005) notan que en ciertos pueblos y aldeas del Nordeste, el ingreso obtenido de los beneficios de jubilación supera en mucho el Fondo de Participación Municipal y que esto parece haber tenido un efecto importante sobre la estructura de las familias. Goldani (2006) compiló los datos mostrados en el Gráfico 1.8, los cuales sugieren que, en ausencia de pagos de transferencia, la población de más de 70 años en realidad sería el grupo etario más pobre. En otro trabajo (Goldani, 2005), ella analisa este tipo de transferencia como parte de cierto tipo de "conflicto generacional" en que se canalizan los recursos colectivos preferencialmente hacia el alivio de la pobreza entre los adultos mayores, mientras que la responsabilidad por los niños recae directamente en las familias. En este sentido, ella observa que las discusiones sobre las transferencias generacionales muchas veces se hacen menos transparentes debido a que el papel de las familias no se visualiza de la misma manera explícita que el papel del estado.

Otra vez, el tema es relevante no sólo para los adultos mayores directamente afectados, sino también para otros miembros del hogar. Saboia (2005), quien investigó hogares con miembros adultos mayores en las áreas rurales y urbanas de dos municipalidades brasileñas, encontró que, cuando se eliminaba el valor de los beneficios no-contributivos, los ingresos de dichos hogares bajaban de un promedio de R$ 158 para R$ 87. De una forma más general, Paes de Barros, Mendonça y Santos (1999) hicieron una simulación para el caso de Brasil (en 1997) en la que demostraron que, si los hogares en los que los adultos mayores viven perdieran el ingreso (no sólo las pensiones) de sus miembros de edad mayor, la

pobreza de las personas de más de 60 años (y otros miembros del hogar que viven con ellos) se incrementaría del 22.9% actual (en comparación con el 37.3% entre la población en general) al 72.3%, es decir, casi el doble del promedio de la población. Bajo el mismo escenario, la pobreza de la población en general de menos de 60 años se incrementaría de 38.7% a 42.2%. Esto muestra que la baja incidencia de la pobreza entre los adultos mayores es, en gran parte, sostenida por sus propios ingresos y no por los ingresos de aquellos que los cuidan.[43]

Cuadro 1.9: Tasas de pobreza urbana y rural para países latinoamericanos seleccionados alrededor de 1997 con y sin prestaciones de jubilación

	Incidencia real de pobreza entre la población		Incidencia de pobreza si se omiten las prestaciones de jubilación	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Argentina	12%		24%	
Bolivia	47%	72%	48%	72%
Brasil	25%	46%	28%	48%
Colombia	40%	54%	41%	55%
Costa Rica	17%	23%	21%	24%
Chile	19%	26%	24%	33%
Ecuador	50%		51%	
El Salvador	39%	62%	40%	62%
Honduras	67%	80%	67%	80%
México	38%	53%	38%	54%
Nicaragua	66%		67%	
Panamá	25%	34%	28%	36%
Paraguay	40%		41%	
República Dominicana	32%	34%	32%	34%
Uruguay	6%		14%	
Venezuela	42%		43%	

Fuente: CEPAL, 2000 a: Cuadros IV.11.A y IV.11.B

También se han realizado estimaciones para otros países de la región. La CEPAL (2000 a) ha investigado este aspecto con respecto al ingreso derivado de las prestaciones de jubilación en la edición 1999-2000 de *Panorama Social*. Los resultados se muestran en el Cuadro 1.9. Tal como era de esperarse, los efectos son más importantes en aquellos países que tienen las coberturas de seguridad social más altas, tales como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay. Sin embargo, es probable que las estimaciones sean bastante conservadoras. En algunos países, investigadores han elaborado análisis alternativos de la pobreza que parecen sugerir un mayor efecto de los pagos de transferencias que aquellos sugeridos por el Cuadro 1.9. Más recientemente, Camarano y Pasinato (2007) ejecutaron una simulación semejante para varios países latinoamericanos basada en el criterio de pobreza de US$ 2 diarios. Ellas encontraron que, sin los beneficios de seguridad social de los miembros adultos mayores del hogar, la pobreza de los hogares urbanos aumentaría de 11.6% para 19.2% en Argentina, de 26.2% para 29.4% en Bolivia, de 14.8% para 24.9% en Brasil y de 15.6% para 18.2% en México. Cuando se limitó el análisis a los adultos

[43] Este resultado, sin embargo, puede ser un poco particular para el caso del Brasil, en donde la cobertura de las prestaciones de jubilación es relativamente alta.

mayores, éste resultó en aumentos de 4.5% para 39.5% en Argentina, de 19.4% para 30.9% en Bolivia, de 3.7% para 47.2% en Brasil y de 20.4% para 35.4% en México. En las áreas rurales, los efectos eran menos dramáticos, excepto en Brasil, donde los niveles generales de pobreza aumentarían de 31.9% para 43.9%.

El hecho de que los beneficios de la seguridad social para los adultos mayores sustentan familias enteras no debería restar visibilidad al hecho de que los pagos de transferencias no gubernamentales son una fuente importante de ingresos para los adultos mayores, especialmente para las mujeres de edad mayor. Con base en datos de las encuestas SABE en siete ciudades de la región de ALC, Saad (2003) estima que el 59% de los adultos mayores recebían ayuda monetaria de miembros de la familia. En el Brasil, el porcentaje era de 61%; en Barbados y Uruguay, 65%; y en Chile, Cuba y México, más del 70%. Huenchuán y Guzmán (2006) muestran que la mayoría de la ayuda va hacia las mujeres, con un máximo de 81% en la Ciudad de México y un mínimo de 62% en Santiago de Chile. Tuirán y Wong (1993) estimaron que el 30% de los hogares con jefatura de personas mayores de 65 años en México dependían, total o parcialmente, de transferencias informales. Más recientemente, Wong y Espinoza (2003) estiman que el 33.7% depende de ellas parcialmente, mientras que el 10% depende de dichas transferencias por completo.

Actualmente, lo que llama la atención al tema de la seguridad social durante la vejez no es principalmente el problema del envejecimiento de la población, sino la cobertura y la organización de muchos de los programas en la región, algo que les dificulta enfrentar los futuros retos del envejecimiento de la población. Tradicionalmente, la mayoría de los sistemas de pensiones en la región de ALC están organizados como sistemas de pago por uso en los que la generación actual de personas económicamente activas paga las pensiones de aquellos que actualmente se encuentran jubilados. Este modelo organizacional tiene una serie de vulnerabilidades inherentes, que la CEPAL (2006: Cuadro IV.1) enumera como sigue:

- Múltiples sistemas privados y públicos y regímenes especiales de alto costo, lo cual da como resultado una baja portabilidad;
- Una capacidad limitada para financiar las pensiones a través de las contribuciones obtenidas a partir de los salarios o los impuestos en general, lo cual da como resultado la evasión o evitación en los sistemas de seguridad social o tributarios;
- Una redistribución no transparente, y no necesariamente progresiva, que ofrece pocos incentivos para la formalización;
- Los fondos son usados en políticas sociales con poca protección y supervisión de la rentabilidad de los fondos, dando como resultado un bajo retorno de inversión;
- La vulnerabilidad a tendencias demográficas y del mercado laboral adversas, tales como la informalidad del empleo y el envejecimiento de la población;
- Una relación muy débil con las contribuciones pagadas conduce a una subcontribución entre los jóvenes y una sobrecontribución en los años finales, provocando con ello un desequilibrio financiero;
- Altos costos administrativos ocasionados por la multiplicidad de sistemas, la duplicación de funciones y la ineficiencia administrativa.

Adicionalmente, si acaso existe algo de verdad en la tesis del "segundo bono demográfico" explicada en 1.1.3., los sistemas de pensiones de pago por uso deberían perderse las oportunidades económicas para la acumulación de ahorros que estimulan el crecimiento económico.

Durante las últimas décadas, varios países en la región de ALC han reformado sus sistemas de pensiones con el fin de hacerle frente a los aspectos planteados anteriormente. La experiencia mejor conocida es la creación de un modelo sustitutivo completamente financiado en Chile (1981), que consiste en la creación de cuentas capitalizadas individualmente. Medidas similares fueron implementadas en Bolivia (1997), México (1997), El Salvador (1998) y la República Dominicana (2003-2005). Algunos otros países de la región (Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay) han optado por modelos mixtos. El principal obstáculo para la conversión a un modelo completamente financiado son los altos costos asociados con la transición, ya que las personas de nuevo ingreso dejan de financiar a los beneficiarios actuales, a los que de alguna manera se les tiene que seguir pagando. Los costos actuales pueden variar considerablemente, dependiendo de la cobertura del sistema, los niveles de beneficios y la evolución demográfica del país. La CEPAL (2006: Table IV.4) ha calculado los costos de transición hipotéticos para la mayoría de los países de la región. Estos son casi prohibitivos en Argentina, Brasil,[44] y Uruguay (de más del doble que el PIB actual); altos en Chile, Costa Rica, Colombia, Cuba y Panamá (entre la mitad y el doble del PIB actual); y bastante bajos en países como la República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Haití y Honduras (menos de una cuarta parte del PIB actual), debido en su mayor parte a la baja cobertura en estos países.

Independiente de si la población de adultos mayores en la región sea más pobre que otros grupos etarios, los planes de seguridad para la vejez sí ejercen una fuerte discriminación contra los pobres. En el Brasil, alrededor del 75% del quintil de la población más rica tiene acceso a estos planes, contra el 15% del quintil de los más pobres. Incluso en el relativamente igualitario país de Costa Rica, existe un diferencial de 98% vs. 50%, respectivamente (Psacharopoulos, 1993). En Bolivia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú, menos del 20% de los dos quintiles más pobres de la población empleada urbana contribuye a la seguridad social. En la República Dominicana, las contribuciones son por lo general bajas (40-55%), pero los diferenciales por estratos de ingreso son menos pronunciados. Incluso en países con una cobertura promedio más alta, tales como Argentina, Brasil, Uruguay y Venezuela, el quintil más pobre es ampliamente excluido del sistema (Fajnzylber, 2005).

No existe razón para presumir que esta situación mejorará bajo los planes de pensiones estilo chileno basados en la capitalización. Es por esto que algunos críticos de estas reformas

[44] El sistema brasileño es particularmente vulnerable a los efectos del envejecimiento. Tal como lo apuntan Turra y Queiroz (2005), actualmente el sistema transfiere el 12% del PIB de la población en edad de trabajar a los adultos mayores, aun cuando sólo el 6% de la población tiene más de 65 años de edad. Concluyen que "los diseñadores de políticas brasileños han tomado decisiones poco sustentadas en una base técnica y pasado por alto la naturaleza temporal de la transición demográfica. Al otorgar nuevas formas de prestaciones sin exigir una contribución (por ejemplo, la inclusión de los trabajadores rurales en 1988) y al no aprobar reformas para alentar el pago de impuestos, los diseñadores de políticas han reducido los beneficios de la transición demográfica y agravado los problemas financieros derivados del envejecimiento de la población. Esta visión miope también ha limitado los beneficios fiscales resultantes de los incrementos en la oferta de mano de obra." (Turra y Queiroz, 2005: 11).

argumentan que no se ocupan de las necesidades de una población pobre que se encuentra envejeciendo en la región. Una alternativa sería abandonar la vinculación tradicional entre las contribuciones a la seguridad social y un empleo remunerado e instituir un enfoque hacia el retiro basado en derechos, en donde todo ciudadano tenga derecho a un beneficio mínimo financiado a partir de los ingresos tributarios en general. Aquellos que encuentren el beneficio mínimo insuficiente y estén en una posición de complementarlo lo pueden hacer a través de esquemas de capitalización individual. Una reforma de este tipo ha sido implementada, por ejemplo, en Nueva Zelanda (Uthoff, 2006) y en algunos países europeos. En la región de ALC, varios países cuentan con facilidades no contributivas para pensionarse, pero es sólo en Brasil y Costa Rica que estas tienen una cobertura significativa (Camarano y Pasinato, 2007). Bourguignon et al. (2004) han intentado calcular el costo de diferentes variantes de transferencias de suma fija financiadas por ingresos tributarios (la opción "pilar cero") en América Latina, lo mismo que la proporción en la que reducirían la pobreza de los adultos mayores. Encontraron que en los países con un sistema de pensiones de cobertura limitada, la reducción de la pobreza sería de casi un 50%, limitada por el hecho de que los adultos mayores tienen que compartir sus ingresos con otros miembros del hogar. Dependiendo de los criterios precisos para las transferencias, los costos varían de un 0.3 a un 1.0% de los ingresos totales de los hogares.

Los estudios a nivel micro acerca de la pobreza de los adultos mayores no siempre confirman la imagen arrojada por las encuestas de ingresos. En su estudio de los adultos mayores en Bolivia, Skinner (2006) hace notar, por ejemplo, que las historias de vida de sus entrevistados muestran una clara correlación entre envejecimiento y empobrecimiento. La pobreza se incrementa a medida que las personas envejecen y experimentan un proceso doble de disminución de las oportunidades de generación de ingresos, junto con una menor capacidad de protegerse en contra de eventos negativos y riesgos, a menudo combinados con un debilitamiento de su salud y su fortaleza física. A menos que los niveles de pobreza en general hayan estado incrementándose, estos hallazgos parecerían contradecir los datos anteriormente mencionados.

Existe cierto acuerdo, sin embargo, en el sentido de que, a pesar de sus menores niveles de pobreza, los adultos mayores pueden enfrentar vulnerabilidades mayores. Skinner hace notar que la crisis económica y la falta de empleo en Bolivia han tenido un impacto desproporcionadamente severo en el bienestar de los adultos mayores: directamente a través de la falta de oportunidades de trabajo para ellos e indirectamente a través del impacto que esta ha tenido en sus hijos, que ahora tienden a depender más de sus padres y no están en posición de mantenerlos. Además, hace notar que ciertos tipos de pobreza, como la pobreza por eventos negativos y la pobreza durante la vejez (ver 1.2.1), son particularmente prevalentes entre los adultos mayores y requieren de políticas específicas para hacerles frente. Los cuatro tipos de pobreza mencionados en 1.2.1 también asumen una naturaleza crónica en las personas mayores, debido a la falta de mecanismos para escapar o desarrollar nuevas estrategias una vez que se les ha privado de la capacidad para generar ingresos. Finalmente, Paes de Barros, Mendonça y Santos (1999) hacen notar que el número de miembros adultos

de los hogares de los adultos mayores es típicamente menor que aquel de la población en general, haciéndolos con ello más vulnerables a cualquier tipo de adversidad que afecte a los miembros individuales del hogar.

La pobreza durante la vejez puede también ser específica en términos de sus causas y las estrategias para hacerle frente:

1. La incapacidad para ahorrar durante la juventud y la mediana edad (por ejemplo, las mujeres mayores, los trabajadores del sector informal);
2. Viudez/abandono (por ejemplo, los adultos mayores encontrados en hogares y comedores para pobres);
3. La falta de seguros contra riesgos (por ejemplo, los adultos mayores que pierden sus propiedades o ahorros como resultado de algún tipo de desgracia);
4. La mala salud (por ejemplo, los adultos mayores que pierden su capacidad para trabajar o mantener su independencia).

Estrategias para hacerle frente:

1. Estrategias de los hogares: dependencia de/interdependencia con la familia y cohabitantes;
2. Estrategias laborales: trabajo pagado y no pagado para mantener su medio de vida;
3. Reciprocidad y redes: amigos, vecinos, la comunidad, la beneficencia.

Mientras que los dos primeros tipos de pobreza afectan a las personas a lo largo del curso de sus vidas, los dos últimos se encuentran casi exclusivamente entre los adultos mayores. La vejez también es una fuente significativa de discriminación percibida. De acuerdo con datos de una encuesta de opinión reciente (2005) realizada por Latinobarómetro y procesada por la CEPAL, es la segunda razón de discriminación percibida más importante en la región (22%), después de la pobreza (28%), pero muy por encima de la falta de educación (10%), la falta de conexiones (4.5%), el color de piel (4%), o ser mujer (2.5%). Este sentimiento es particularmente fuerte en países con poblaciones de adultos mayores relativamente grandes tales como Chile (35%) y Argentina (27%), pero es predominante incluso en otros países, tales como Venezuela (25%) y Ecuador (23.5%).

De acuerdo con proyecciones del Banco Mundial (Palacios, 1994), el gasto en pensiones como porcentaje del PIB en la región de ALC se incrementará de 2.5% a un poco más del 6% para el 2025, y a alrededor del 12% para el 2050. Un segundo componente es el igualmente abrupto incremento en el costo de la atención a la salud, debido a la mayor incidencia de enfermedades "caras" y condiciones incapacitantes que típicamente se presentan entre la población de adultos mayores. Se espera que el costo combinado de las pensiones y la atención a la salud en la región se incremente del 4.5% del PIB actualmente, a 10% para el 2025, y 20% para el 2050.

En varios países asiáticos, la seguridad durante la vejez todavía es un fuerte motivo para tener un hijo adicional, pero en la región de ALC el porcentaje de las personas de más de 60 años de edad que reciben apoyo económico de sus familias es por lo general más bajo que en Asia: 26% en Trinidad y Tobago, 23% en Costa Rica, y sólo 8-9% en Argentina y

Chile (Banco Mundial, 1994). En algunos países de la región, en donde la migración –ya sea interna o internacional– es un factor importante, el apoyo familiar a los adultos mayores a través de la cohabitación puede no ser una solución factible para muchas familias. Sin embargo, Kanaiaupuni (1999) encontró que la presencia local de hijos no casados que han migrado anteriormente reducía sustancialmente el riesgo de que los adultos mayores vivan solos. Hakkert y Guzmán (2004) abordan el hecho de que la vasta mayoría de los adultos mayores en América Latina viven con otros miembros del hogar que no son adultos mayores y que frecuentemente suministran más de la mitad del presupuesto del hogar, ya sea a partir de ingresos derivados del trabajo o de transferencias públicas en la forma de pensiones.

Aun cuando el proceso del envejecimiento en la región de ALC está mucho más avanzado que en África, hasta ahora no ha habido un taller regional como el organizado en Arusha, Tanzania, en octubre del 2003, sobre envejecimiento y pobreza. Algunas de las principales recomendaciones de este evento, que se aplican lo mismo a la región de ALC que al África, fueron las siguientes:

- Los gobiernos necesitan asegurarse de que las respuestas en materia de política a los adultos mayores pobres sean incorporados explícitamente a los procesos futuros de desarrollo y pobreza, incluyendo los programas de los ODM, respuestas al envejecimiento en los sistemas nacionales de monitoreo de la pobreza, así como el desarrollo de um monitoreo que tome en cuenta la edad bajo los programas de los ODM y los PRSP.
- Las políticas actuales y futuras relacionadas con el envejecimiento necesitan estar más claramente vinculadas a los procesos de reducción de la pobreza y sus presupuestos, incluyendo programas en salud, VIH/SIDA, género, protección social, desarrollo rural, conflicto y migración, seguridad alimentaria, agua, medio ambiente y saneamiento.
- Se necesita de vínculos más fuertes entre los ministerios de servicio social del sector público, los Ministerios de Finanzas y de Planeación, para lograr una integración más plena de las personas adultas mayores en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza.
- Se debería considerar la inclusión de transferencias dirigidas a los pobres de mayor edad en los programas de combate a la pobreza.
- El acceso equitativo por parte de los adultos mayores pobres a servicios sociales y de outro tipo debería ser monitoreado por los gobiernos y los resultados deberían ser compartidos con sistemas de monitoreo de participación ciudadana. En última instancia, los pobres de mayor edad deberían ser involucrados en el diseño de todos los proyectos relacionados con la pobreza a nivel comunitario por los cuales son afectados.
- Se requerirá de análisis adicional de los datos existentes sobre los hogares – desagregados por edad y sexo – y de investigación para mejorar la comprensión del perfil de la pobreza de los adultos mayores.

Un aspecto final con respecto a la pobreza entre los adultos mayores tiene que ver con los diferenciales de género. En este sentido, el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002), en su párrafo 46, apunta lo siguiente:

"En el caso de las mujeres, la los sesgos institucionales de los sistemas de protección social, en particular los que se basan en una actividad laboral ininterrumpida, intensifican la feminización de la pobreza. Las desigualdades y disparidades entre los géneros en lo que se refiere al poder económico, la desigual distribución del trabajo no remunerado entre las mujeres y los hombres, la falta de apoyo tecnológico y financiero para las empresas de las mujeres, la desigualdad en el acceso al capital y el control de éste, en particular la tierra y los créditos, y en el acceso a los mercados laborales, así como todas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales, han obstaculizado la habilitación económica de la mujer y han intensificado la feminización de la pobreza. En muchas sociedades, los hogares encabezados por mujeres, incluidas las divorciadas o separadas, las solteras y las viudas, son particularmente vulnerables a la pobreza. Hacen falta medidas especiales de protección social para hacer frente a la feminización de la pobreza, en particular en el caso de las mujeres de edad." (Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002: 18)

Cuadro 1.10: Razón de población masculina a femenina de más de 75 años de edad (para el 2005)

Argentina	.63
Brazil	.63
Chile	.61
Costa Rica	.58
Cuba	.59
Peru	.57
Uruguay	.62

Fuente: Pallani, DeVos y Peláez, 1999

La vulnerabilidad femenina en la vejez también debe ser un tema a considerar por parte de los gobiernos, lo mismo que para la elaboración de políticas públicas y reformas políticas. En la región de ALC, las mujeres representan a la mayoría de los más viejos y tienen más probabilidades que los hombres de pasar tiempo como viudas. Esas tendencias demográficas tienen un impacto en la igualdad de género, considerando que el derecho a las pensiones se da predominantemente a través del trabajo, y también que las actividades de cuidado no pagadas de las mujeres y los empleos informales no son cubiertos por dichos programas de pensiones (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b).

"Muchos países, especialmente en América Latina y en la Europa Central y del Este, están reformando sus programas de pensiones y de seguridad social. La igualdad de género no ha sido una alta prioridad en estos esfuerzos de reforma. Para proteger a las mujeres jubiladas, es importante que el diseño de los sistemas de seguridad durante la vejez tome en cuenta las diferencias de género en los salarios, la experiencia de la fuerza laboral y la longevidad." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 13)

Garantizar la equidad de género en el acceso a redes de apoyo formales y su disponibilidad, especialmente los sistemas de seguridad social y protección social, debe ser una prioridad.

Algunos investigadores sobre el envejecimiento (por ejemplo, Knodel y Ofstedal, 2003) enfatizan, sin embargo, que la situación es en realidad mucho más variable y que algunos

aspectos del bienestar de los adultos mayores sugieren una desventaja de los hombres en comparación con las mujeres. La vulnerabilidad masculina está relacionada principalmente con redes de apoyo social informales más precarias, que son parte de los activos de capital social acumulados por los adultos mayores en el curso de sus vidas y que, por lo tanto, on factores importantes para su bienestar. Las redes de apoyo informales de los hombres tienen un mayor riesgo de perderse o disminuir en tamaño después de su retiro que aquellas de las mujeres (CEPAL, 2003 a). Si bien es cierto que en todos los países de América Latina, a excepción de Uruguay, el porcentaje de hombres urbanos de más de 60 años de edad cubiertos por el sistema de seguridad social – es mayor que el porcentaje correspondiente de las mujeres, en algunas áreas, como el Brasil rural (1998-2002) la eligibilidad para dichos beneficios de las mujeres es mayor que la de los hombres hasta los 63 años (Beltrão et al., 2005). Más importante, una cobertura menor no necesariamente significa una pobreza mayor: el asunto aquí es la autonomía femenina, más que la pobreza per se. Los niveles de pobreza urbana en América Latina son en realidad aproximadamente los mismos para los hombres y las mujeres, con la pobreza masculina excediendo a la pobreza femenina en Argentina, Brasil, Chile, El Salvador, Paraguay y Uruguay, y la pobreza femenina excediendo a la pobreza masculina en Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Honduras, México, Panamá y Venezuela. Sólo en las áreas rurales, que representan aproximadamente el 20% de la población de adultos mayores en América Latina, existe una desventaja clara de pobreza de las mujeres de más de 60 años de edad en comparación con los hombres (CELADE, 2002).

1.2.7.4. Grupos raciales y étnicos minoritarios

En su concepción original de los promedios nacionales, los indicadores de los ODM no consideraron la diversidad (y la desigualdad) entre los segmentos poblacionales, y las necesidades de las minorías no son abordadas específicamente.[45] Sin embargo, desde una perspectiva no discriminatoria basada en los derechos humanos, los países de la región de ALC deberían alcanzar los ODM en el contexto de la igualdad de oportunidades para todos sus ciudadanos, independientemente de su raza o etnicidad:

> *"En América Latina, los pueblos indígenas —que en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú representan más del 25% de la población— y afrodescendientes —que constituyen más de un cuarto de la población en Brasil, Nicaragua y Panamá— son, en gran*

[45] Una iniciativa que vale la pena destacar es el caso de algunos países que tienen indicadores que desagregan la raza y la etnicidad. El MDGR brasileño presenta los siguientes diez indicadores desagregados por raza/etnicidad:

- La distribución del 10% más pobre y el 1% más rico;
- La razón de asistencia neta de estudiantes de 7 a 17 años de edad, por grupos etarios y nivel de escolaridad;
- El rezago educativo entre estudiantes de 7 a 17 años de edad, por sexo;
- La tasa de actividad económica, por sexo;
- La distribución de la población activa, por sexo y ocupación;
- La razón de trabajadoras domésticas legales, por principales regiones;
- La razón de la población activa que contribuye a la seguridad social, por sexo;
- La relación entre el ingreso por hogar de la población activa, por sexo y años de estudio;
- La razón de mortalidad infantil por grupos etarios (0 a 6 días, 7 a 27 días, 28 a 364 días), por causas seleccionadas y principales regiones;
- La razón de hogares urbanos permanentes privados con estándares de vida adecuados, por regiones principales y raza/etnicidad del jefe de familia.

medida, los más pobres de la región, presentan los peores indicadores socioeconómicos y tienen escaso reconocimiento cultural y acceso a instancias decisorias. La incidencia de la extrema pobreza entre indígenas y afrodescendientes supera entre 1,6 (Colombia) y 7,9 veces (Paraguay) la incidencia en el resto de la población, excluidos los casos de Costa Rica y Haití, en los cuales la condición étnica no parece implicar diferencias en los niveles de indigencia." (CEPAL, 2005 a: 48)

La concentración étnica de la pobreza y la desigualdad está siendo reconocida cada vez más en la literatura sobre el desarrollo (por ejemplo, Birdsall y Sabot, 1991; Klitgaard, 1991). En la región de ALC, Psacharopoulos y Patrinos (1994) llamaron la atención al tema de los pueblos indígenas y la reducción de la pobreza, mostrando la fuerte asociación entre etnicidad y pobreza:

"Entre los factores de su situación de pobreza destacan la pérdida progresiva de tierras, el quiebre de las economías comunitarias, el menor acceso a los servicios educativos y de salud, y la estructura y dinámica de la inserción laboral. Los indígenas y afrodescendientes —que suelen ser víctimas de prejuicios étnico-raciales— reciben menores remuneraciones por trabajos comparables a los del resto de la población y tienen más probabilidades de trabajar en el sector primario de la economía, insertándose en pequeñas empresas o en el sector informal. Influyen, asimismo, las dificultades de acceso al crédito y a nuevas tecnologías que podrían permitirles aumentar y mejorar su producción." (CEPAL, 2005 a: 49)

Cuadro 1.11: Porcentajes de pobres y extremadamente pobres de acuerdo con criterios del Banco Mundial para blancos y no blancos en países seleccionados de la región de ALC

País	Año	US$ 1 por día			US$ 2 por día		
		Blancos	No blancos	Total	Blancos	No blancos	Total
Bolivia	1997	14.8%	45.3%	28.7%	32.5%	64.0%	46.8%
	2002	16.6%	37.1%	27.7%	34.0%	57.9%	47.0%
Brasil	1995	4.7%	12.7%	8.3%	12.8%	32.0%	21.4%
	2002	5.1%	10.6%	7.6%	11.2%	25.7%	17.9%
Chile	2000	3.4%	9.4%	3.5%	7.5%	20.5%	7.7%
Colombia	1999	15.2%	24.1%	16.2%	26.6%	38.5%	27.9%
Costa Rica	1992	8.2%	7.8%	8.1%	21.0%	16.8%	20.7%
	2001	5.0%	4.9%	5.0%	11.6%	12.8%	11.8%
Ecuador	1998	29.0%	61.0%	30.3%	55.7%	82.1%	56.7%
Guatemala	2002	11.4%	31.5%	20.0%	20.9%	50.4%	33.5%
Haiti	2001	51.7%	50.9%	50.9%	64.3%	73.7%	73.6%
Honduras	2003	14.7%	26.1%	15.8%	34.2%	60.4%	36.6%
México	1992	10.7%	53.3%	12.8%	26.7%	79.0%	29.3%
	2002	12.3%	40.9%	13.9%	24.4%	72.2%	27.1%
Nicaragua	1998	24.5%	46.0%	24.9%	44.3%	61.4%	44.6%
	2001	15.0%	35.0%	15.8%	37.5%	68.4%	38.6%
Panamá	2002	9.3%	54.7%	12.4%	23.8%	80.9%	27.8%
Paraguay	1995	2.7%	24.3%	11.8%	7.2%	43.3%	22.3%
	2001	2.2%	17.3%	9.9%	5.4%	33.5%	19.8%
Perú	2001	14.6%	26.9%	19.5%	31.6%	46.6%	37.5%
Suriname	1999	20.9%	35.5%	21.8%	36.8%	52.3%	37.8%

Fuente: Busso et al., 2005

La relación entre pobreza y discriminación no es directa. Por un lado, algunos grupos que están sujetos a discriminación no son necesariamente pobres. Este parece ser el caso de la población afrodescendiente en el Perú, cuya tasa de pobreza (45.2%) está por debajo del promedio nacional (55.0%) y es aproximadamente igual al promedio del Área Costera (incluida Lima), que es en donde la mayoría de ellos vive (43.6%). Su acceso a servicios también es similar al de la población en general; no obstante, Benavides, Torero y Valdivia (2006) encuentran otras formas de discriminación contra este grupo. Por otro lado, la mayor pobreza de algunos grupos étnicos no puede necesariamente atribuirse a la discriminación. En un artículo que analiza dos estudios sobre Bolivia (una encuesta rural de 1966 y una encuesta urbana de 1989), Patrinos concluye, a través de la descomposición del diferencial entre ingresos indígenas y no indígenas, que el diferencial en general se debe a la productividad y no a la discriminación.[46] El documento revisa los "costos" para un individuo de ser una minoría económica –ya que a algunos trabajadores se les paga más que a otros con la misma dotación de características económicas productivas en virtud de algunas características personales no económicas (tales como la etnicidad o la raza). En la mayoría de los casos, gran parte de la desventaja en términos de ingresos de los trabajadores pertenecientes a minorías se debe a una menor dotación de capital humano. Similarmente, Torero et al. (2002) encontraron que el acceso diferencial de los solicitantes indígenas y no indígenas al crédito podría explicarse casi en su totalidad en términos de otras características de sus antecedentes, tales como la propiedad del hogar, el valor de sus activos y la posesión de ahorros financieros. Sin embargo, después de controlar las características personales, del mercado laboral (ocupación, sector y tamaño de la empresa) y étnicas aparte de la raza, encontraron que los diferenciales de ingresos entre los asalariados mostraban diferencias significativas entre los trabajadores predominantemente blancos y los predominantemente indígenas.

La escolaridad contribuye a la productividad individual, la cual a su vez conduce a ingresos individuales más altos.

> *"Si se considera el hecho de que los trabajadores indígenas tienen menos años de escolaridad en comparación con los trabajadores no indígenas, es necesario hacer un esfuerzo para incrementar su capital humano. Esto se justifica por el hecho de que las características de mejoramiento de la productividad están positivamente relacionadas con el ingreso generado, de modo que un incremento en el capital humano dará como resultado un incremento en el ingreso." (Patrinos, 1998: 13)*

En Bolivia, el autor sugiere que la igualación del capital humano y otras características productivas daría como resultado la eliminación casi total de los diferenciales de ingresos entre los trabajadores indígenas y los no indígenas en ese país. Con base en las características observadas, el diferencial de ingresos entre los hombres trabajadores indígenas y los no indígenas se reduciría en un 72% si cada grupo estuviera dotado de las mismas características productivas; la discriminación por sí misma explicaría el 28% del diferencial en general entre los dos grupos. Pero también existen casos de discriminación directa:

[46]No obstante, el autor reconoce que la productividad sólo representa la mitad de la diferencia en países como Guatemala, México y el Perú. En el caso de Paraguay, el 80% del diferencial es explicado por las diferencias en capital humano. En el Brasil, existe un costo significativo asociado con "el no ser blanco" independientemente de que se sea mulato o negro..

> *"La discriminación contra los grupos étnicos puede llegar a tener un efecto pernicioso en el acceso de un individuo a la educación, la calidad de la educación que el individuo recibe y el desempeño en el mercado laboral. Esto conduce a menores niveles de escolaridad, menores retornos a la educación, menores ingresos y, finalmente, niveles de pobreza más altos." (Patrinos, 1998: 8)*

Un artículo más reciente, por Hall y Patrinos (2005), sobre los pueblos indígenas y la pobreza en la región de ALC, analizó cinco países con el fin de estudiar la forma en la que evolucionaron sus condiciones entre 1994 y 2004. Los autores presentan las siguientes conclusiones:

- Fueron pocos los logros alcanzados en materia de reducción de la pobreza económica entre los pueblos indígenas y, en aquellos casos en los que se están alcanzando logros en materia de reducción de la pobreza, los pueblos indígenas se están beneficiando menos;
- Los pueblos indígenas se recuperan más lentamente de la crisis económica;
- La brecha de pobreza indígena es más profunda, y se redujo más lentamente a lo largo de la década de 1990;
- Ser indígena incrementa la probabilidad de un individuo de ser pobre. Esta relación fue aproximadamente la misma al principio y al final de la década;
- Además de una educación de menor calidad, los bajos retornos a la educación en el mercado laboral explican una proporción significativa de la brecha de ingresos entre los pueblos indígenas y los no indígenas;
- Los pueblos indígenas continúan teniendo menos años de educación, pero la brecha se está acortando;
- Los ingresos laborales que los pueblos indígenas derivan de cada año de escolaridad son más bajos, y esta brecha se ensancha en los niveles educativos más altos;
- Los resultados educativos son sustancialmente peores para los pueblos indígenas, un indicador de problemas en la calidad de la educación.

Finalmente, reiteran que "los resultados también muestran que es probable que la educación sea el motor más importante de los niveles de ingresos. Por lo tanto, la primera recomendación importante de este estudio es un énfasis renovado en una educación mayor (en cantidad) y mejor (en calidad) para la gente indígena" (Hall y Patrinos, 2005).

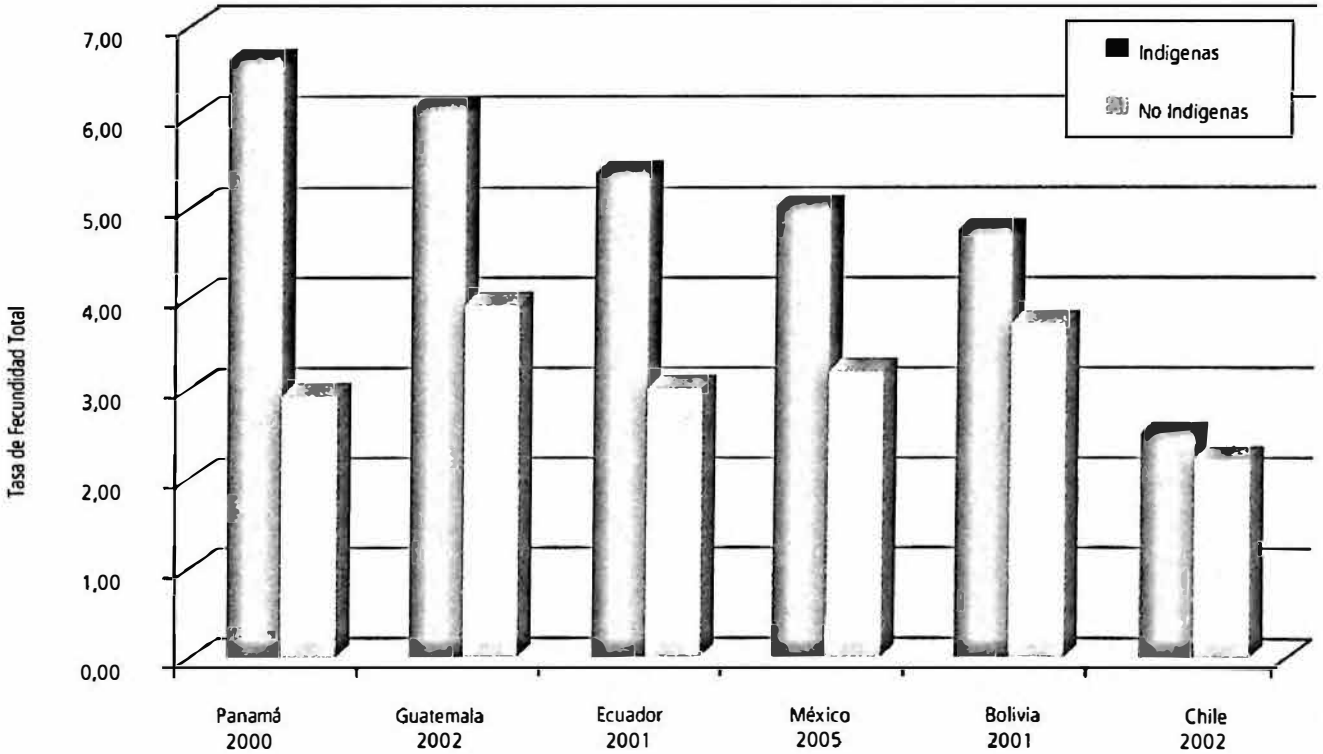
En varios países el análisis se dificulta más por el hecho de que los censos y las encuestas no siempre incorporan preguntas sobre la identificación étnica-racial y tampoco integran, de manera sistemática, uniforme y continua, indicadores de raza y étnicos que permitan establecer criterios homogéneos. Mucho se ha escrito acerca de los censos y las encuestas, lo mismo que de los criterios para determinar la membresía a estas minorías en la región de ALC,[47] pero hasta ahora no existe una manera sistemática de identificar a las personas indígenas con precisión en las encuestas censales o de hogares.

Un factor demográfico a considerar en el contexto de la mayor incidencia de la pobreza entre los grupos indígenas es que estos también tienden a tener tasas de fecundidad más

[47] Después del taller sobre "Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe" celebrado en la CEPAL, en el 2005, se elaboro un documento de proyecto integral.

altas, de modo que, en teoría, pueden ejercer una presión ascendiente sobre las tasas de pobreza nacionales. En algunos países este efecto no se materializa porque la fecundidad más alta es en parte compensada por una mortalidad infantil y de niños más alta: "A pesar de los altos niveles de fecundidad, el menor crecimiento de la población indígena se debe a los altos niveles de mortalidad" (Quesnel, 2005). Independientemente de que las tasas de fecundidad más altas den o no como resultado un mayor crecimiento poblacional, indican la existencia de un problema en la medida en que la fecundidad real excede los tamaños de familia deseados. Del Popolo y Oyarce (2005) muestran que la fecundidad indígena en Guatemala en el 2002 excedía los niveles deseados en alrededor de un hijo, al tiempo que la demanda insatisfecha de planificación familiar era significativamente más alta (39.3%) que entre las mujeres no indígenas (21.9%). Pero las preferencias culturales también juegan un papel importante en su nivel de fecundidad deseado de 5.1; aun así era más alto por más de un hijo que la fecundidad real de las mujeres no indígenas (3.6) y dos hijos por encima de la fecundidad deseada (3.1) de estas últimas.

Gráfico 1.9: Tasas Globales de Fecundidad por etnicidad para países seleccionados de América Latina



Fuente: Popolo y Oyarce, 2005

De nuevo, debe destacarse que los indicadores son difíciles de medir por dos importantes razones: el número todavía incompleto de censos y encuestas con desagregaciones por etnicidad y la dificultad de definir criterios para la membresía a un grupo indígena. Si se usa el idioma como uno de los criterios, el problema es que una parte importante de la generación más joven de personas indígenas puede ser excluida:

> *"Los pueblos indígenas experimentan la transición demográfica como todo el conjunto de las sociedades latinoamericanas, pero con un desfase temporal y con rupturas muy fuertes, ya que el calendario fue mucho más corto que lo observado en la población nacional, que transcurre en 80 años en el caso de México." (Quesnel, 2005: 6)*

McSweeney (2005) revisa algunas teorías pertinentes en los campos de la antropología, la demografía y la sociología, en un periodo de 60 años, aplicadas a sociedades indígenas neotropicales, y sugiere que la alta fecundidad en estas comunidades se debe, entre otros factores, a las estrategias reproductivas para garantizar la supervivencia del grupo.[48] Otros autores sugieren, sin embargo, que las altas tasas de fecundidad entre las poblaciones indígenas están relacionadas en gran medida con: el hecho de que las mujeres a menudo carecen de poder para tomar sus propias determinaciones personales acerca de la maternidad, ya que la intención familiar o de los grupos grandes acerca de la reproducción puede determinar las decisiones sobre la fecundidad y limitar la autonomía de las mujeres (Sen, 1994; Webster, 2004); la persistencia de fuertes estereotipos de género (Population Council, 2004); las orientaciones de la subsistencia y la ruralidad, que significan que los hijos todavía son vistos como activos laborales (McSweeney, 2005; Terborgh et al., 1995); la pobreza, las barreras idiomáticas y el aislamiento geográfico, que impiden la transmisión efectiva ya sea del ideal de la familia pequeña o de los anticonceptivos modernos para alcanzarlo (Bertrand et al., 1999); y la falta de acceso a servicios de SSR, a pesar de un deseo de menos hijos (Engelman et. al, 2006; Hern, 1992).

> *"Desde luego, las culturas indígenas son enormemente diversas. No existe una sola constelación de factores que puedan explicar los patrones de la fecundidad en todas las sociedades. Pero el reconocimiento de que existe una variedad de factores en juego ofrece un conjunto de opciones de políticas para trabajar con los pueblos indígenas más rico que el contemplado actualmente en la literatura sobre la conservación." (McSweeney, 2005: 1381)*

Aun cuando una variedad de factores, tal como se mencionó anteriormente, pueden influir en las tasas de fecundidad entre los pueblos indígenas en ALC, los investigadores y los diseñadores de políticas por lo general están de acuerdo en la necesidad de mejorar la disponibilidad de los servicios de SSR:

> *"Un problema importante en los bajíos neotropicales es que esos servicios [de SSR] no están disponibles a menos que las personas –a menudo organizaciones no gubernamentales, ya sea solas o a través de alianzas– hagan esfuerzos especiales para suministrarlos." (Engelman et al., 2006: 1316)*

> *"(...) a pesar de las dificultades para llegar a las grandes poblaciones de personas indígenas subatendidas en América Latina, los intentos por ofrecer servicios de planeación familiar a esas poblaciones en años recientes han sido relativamente*

[48] Ver: Flowers, 1994; Azevedo, 2000; y Pagliaro, 2002. Terborgh et al (1995: 144) apuntan que: "Las poblaciones indígenas comparten una larga historia de opresión social y política por parte de la población predominante que habla español. Como resultado, muchos han desarrollado una fuerte sospecha acerca de los motivos de los extraños. Así, no es de sorprender que en algunos países el mensaje de 'tener menos hijos' haya sido interpretado como una estratagema para reducir o eliminar a la población indígena."

exitosos. Sin embargo, se ha tratado de programas pequeños y experimentales manejados por organizaciones no gubernamentales; a largo plazo, hará falta un esfuerzo más grande que involucre a prestadores del sector público." (Terborgh et al., 1995: 148)

Los estereotipos de género relacionados con la reproducción y la maternidad, lo mismo que la educación, juegan un papel en los resultados en materia de pobreza entre los grupos indígenas. Con base en análisis de datos secundarios de la MECOVI 2000, Catino, Hallman y Peracca, del Population Council (2004), describen cómo es que los indígenas mayas en Guatemala consistentemente son más desfavorecidos que los niños mayas y las niñas ladinas no indígenas en una serie de aspectos, particularmente la educación. Las niñas mayas ingresan a la escuela más tarde y la abandonan antes que sus contrapartes mayas del sexo masculino y no mayas del sexo femenino. Adicionalmente, a la minoría de las niñas trabajadoras que no están relegadas a empleos no calificados se les paga mucho menos que a sus contrapartes hombres. Además de estos obstáculos, otros sistemas limitan la autonomía financiera de las mujeres, como es el caso de las políticas de herencia y tenencia de la tierra que discriminan a las mujeres. Las niñas mayas también se casan antes. Casi dos veces más muchachas mayas que muchachas ladinas de 18-19 años de edad están casadas (43% vs. 24%). Independientemente de la etnicidad, sin embargo, el matrimonio está asociado con una baja asistencia escolar; en Guatemala casi no existen muchachas casadas matriculadas en la escuela. Las niñas enfrentan barreras al acceso a la educación que los niños no tienen, tales como preocupaciones por su seguridad, la distancia del recorrido a la escuela, responsabilidades domésticas y valores socioculturales que priorizan la educación de los niños. La pubertad fue identificada como un momento decisivo después del cual las niñas enfrentan restricciones cada vez mayores a su autonomía, a las actividades sociales fuera del hogar y a sus redes de pares. Parte de la motivación detrás de estas limitaciones es el temor de los padres al embarazo prematrimonial. El matrimonio temprano es un medio socialmente aceptable y factible para abandonar el hogar y obtener un cierto grado de autonomía. Las niñas expresaron experimentar una enorme presión social para casarse a una edad joven y para conformarse a roles de género tradicionales; de hecho, pocas pudieron articular metas futuras para ellas mismas más allá del matrimonio y la maternidad.

1.2.7.5. Personas con discapacidades físicas y mentales

Las personas con discapacidades físicas y mentales constituyen un grupo vulnerable similar al de los adultos mayores en el sentido de que no es posible hacerle frente a su riesgo de pobreza a través de políticas que busquen una mayor productividad laboral o educación. Sus necesidades especiales exigen transferencias públicas, promover y apoyar la atención por parte de la familia, instituciones educativas especiales y facilitar el acceso a la infraestructura. Uno de los aspectos más polémicos en este sentido es la discusión en cuanto a si lo mejor para alcanzar estos objetivos es la adaptación de la infraestructura y las instituciones existentes (inclusión) o la promoción de una infraestructura e instituciones paralelas especializadas en las necesidades de las personas con discapacidades. En este sentido, una gran parte depende

de la naturaleza específica de las discapacidades, un tema sobre el que la información en la región de ALC es todavía bastante imprecisa.

La falta de datos adecuados ha afligido al área de la investigación sobre las discapacidades durante mucho tiempo. La primera evidencia formal de la escala global de las discapacidades fue suministrada por la creación de la Base de Datos de Estadísticas en Discapacidad de las Naciones Unidas (DISTAT-1) en 1988, a la que después le siguió la DISTAT-2, que ahora incluye por lo menos estudios 179 nacionales prácticamente de todas las regiones del mundo. La División de Estadística de las Naciones Unidas (2003) recientemente abordó el tema y emitió una serie de recomendaciones. Las dificultades para estimar la prevalencia de las discapacidades y compararlas entre países son dobles. Por un lado, no existe una definición común de la discapacidad para el mundo o la región de ALC. Por otro lado, en muchos países la recopilación es esporádica, y las encuestas que incluyen preguntas acerca de la discapacidad a menudo no cubren a la población entera.

En consecuencia, las estimaciones pueden diferir mucho entre países. En la región de ALC, por ejemplo, la discapacidad se estimó en un 1.3% de la población en el censo de 1993 del Perú, pero en 16.0% en una encuesta realizada en 1992 en Uruguay. En Chile, el censo del año 2000 encontró un 2.2% de personas con discapacidades severas; la encuesta de hogares CASEN del año 2000, que incluyó discapacidades moderadas, encontró un 5.3%, mientras que la encuesta ENCAVI 2000, que incluyó condiciones menores, encontró un 21.7% (Zepeda, 2003). El censo del Brasil del año 2000 encontró que el 14.5% de la población padecía algún grado de discapacidad, pero sólo el 2.5% podría clasificarse como discapacitada en el sentido estricto de la palabra (Neri, 2003). Sin embargo, la estimación de un 7-10% de la población es un lugar común en la literatura sobre la discapacidad (Hernández-Licona, 2004), y también está siendo usada por agentes del desarrollo internacional, tales como el PNUD (1997), la OMS[49] y el Banco Mundial (2004 b). La OMS estima en su sitio web que existen 480 millones de personas con discapacidades viviendo en los países en vías de desarrollo.

> *"Existen por lo menos 50 millones de personas con algún tipo de discapacidad en América Latina y el Caribe (ALC), o el equivalente al 10 por ciento de la población de la región. Aun cuando los métodos utilizados para recopilar información difieren mucho de un país a otro, un reciente estudio efectuado en Brasil calcula que el 14,5 por ciento de la población de ese país sufre de algún grado de discapacidad..." (Banco Mundial, 2004 b: 1)*[50]

Un estudio sobre derechos humanos y discapacidad realizado por el Relator Especial de la Subcomisión de Prevención de la Discriminación y Protección a las Minorías (Despouy, 1993) ha estimado que los efectos adversos de la discapacidad afectan al 25% del total de la población mundial. A pesar de la importancia de estos números, de acuerdo con la

[49] Ver http://www.who.int/ncd/disability.

[50] Esta última estimación, del censo brasileño 2000, está basada en una definición altamente inclusiva de la discapacidad.

OIT, "ninguno de los objetivos hace referencia a la situación precaria de las personas con discapacidades o prevé la inclusión de las personas con discapacidades en los esfuerzos para el desarrollo" (declaración de la OIT citada por Disability World, 2006). No obstante, de acuerdo con Wolfenson (2005: 3):

> *"Si queremos alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se establecieron en el año 2000 con el objetivo reducir la pobreza a la mitad, ocuparse de la educación para todos y reducir las tasas de mortalidad al nacimiento y para los niños, no podemos esperar tener éxito sin la inclusión de las personas discapacitadas."*

Los ODM más pertinentes para las necesidades especiales de las personas con discapacidades son el 1, el 2 y el 8. Con respecto al ODM 1, la vinculación entre pobreza y discapacidad es fuerte y fluye en ambas direcciones:

> *"Los pobres tienden a trabajar en entornos más riesgosos y a menudo están más expuestos a peligros ambientales, particularmente en países con estándares ambientales que difícilmente se hacen cumplir. Además, los hogares más pobres a menudo carecen de alimentación adecuada, saneamiento básico y acceso a la atención a la salud preventiva, todos los cuales contribuyen al riesgo de discapacidad." (Hernández-Licona, 2004: 9)*

El Banco Mundial (2004 b) afirma que "La discapacidad es una importante causa y consecuencia de la pobreza. Alrededor del 82% de las personas con discapacidad en ALC viven en la pobreza, la cual en la mayoría de los casos también afecta a los miembros de la familia."[51] Bercovich (2003) muestra, con base en datos del censo del año 2000 para el Brasil, que:

1. Las tasas de participación en la fuerza laboral para las personas con discapacidades auditivas o visuales son moderadamente más bajas que aquellas de las personas sin discapacidades. Pero en el caso de las discapacidades físicas o motrices, las tasas máximas de participación masculina se reducen del 95% al 65% y las tasas femeninas del 65% a un poco menos del 50%. En el caso de las discapacidades mentales permanentes, las tasas máximas de participación masculinas descienden a un 40% y las tasas femeninas a un 35%.
2. Al interior de la fuerza laboral, las tasas de empleo para los discapacitados son un 10-15% más bajas que para los no discapacitados.
3. De los discapacitados que están empleados, el 40.1% gana un salario mínimo o menos, en comparación con el 29.6% de los no discapacitados. Su ingreso mensual

[51] Las dificultades para estimar la incidencia de la discapacidad se incrementan al estimar la magnitud de la pobreza relacionada con las discapacidades. Existen varias estimaciones, pero el nivel del 82%, sugerido por el Banco Mundial, es citado repetidamente, aunque su origen no está claro. El análisis de los datos del censo brasileño del año 2000, por ejemplo, produce estimaciones mucho menores. Si se considera que la incidencia de la pobreza es medida a nivel de los hogares, y que los hogares que cuidan de una persona discapacitada pueden tener una situación mejor que la de los hogares de otros familiares, precisamente por haber asumido esta responsabilidad, el nivel del 82% parece bastante improbable. Un estudio en el Reino Unido citado en la edición de julio del 2005 de Development Outreach encontró una tasa de pobreza del 23.1% para las personas discapacitadas, en comparación con el 17.9% para la población en general, mientras que Banthin, Garner y Short (2000) citan una incidencia de la pobreza del 16.2% para los discapacitados en los EU, en comparación con un 9.2% para el resto de la población. Se están proponiendo algunas metodologías especiales para medir la pobreza entre poblaciones vulnerables pequeñas, como aquellas de los discapacitados (por ejemplo, Hoogeveen, 2005).

promedio en el 2000 fue de R$ 302, con poca diferencia entre los hombres y las mujeres, en comparación con R$ 400 para los hombres no discapacitados y R$ 350 para las mujeres no discapacitadas. Un estudio similar realizado por la Fundación Getúlio Vargas encontró que la diferencia de ingresos entre las personas discapacitadas y las no discapacitadas es de alrededor del 17.7% (Neri, 2003).

En el censo de Jamaica del 2001, Nam (2005) encontró una tasa de participación en la fuerza laboral promedio de 25.7% para los hombres discapacitados y 11.8% para las mujeres discapacitadas, en comparación con un 69.7% y un 46.3%, respectivamente, entre los no discapacitados. También encontró que el 63.9% no tenía estudios más allá del nivel primaria, en comparación con el 26.7% de los no discapacitados.

Más específicamente acerca de las interrelaciones de la discapacidad y la pobreza, Elwan (1999) hace las siguientes observaciones:

- La discapacidad incrementa el riesgo de pobreza, mientras que las condiciones de pobreza incrementan el riesgo de discapacidad. Elwan estima que el 15-20% de los pobres en los países en vías de desarrollo tienen una discapacidad, en comparación con alrededor del 10% de la población en general.
- La exclusión y la segregación disminuyen las posibilidades de que una persona con una discapacidad contribuya productivamente a su hogar y su comunidad, incrementando con ello el riesgo de hundirse en la pobreza.
- Las personas con discapacidades tienen menores niveles de educación, ingresos, ahorro y otros activos, en comparación con la población en general.
- Las personas con discapacidades tienen tasas de desempleo más altas en comparación con las personas no discapacitadas y, al estar empleadas, generan menores ingresos.
- Las personas con discapacidades tienden a depender de la familia y otras redes de apoyo informales. Esto es particularmente cierto en la región de ALC, en donde los familiares a menudo se sienten obligados a cuidar de los miembros de la familia con discapacidades.
- Los costos derivados de las discapacidades pueden empobrecer a las personas con discapacidades y sus familias.
- De la misma forma, es probable que los miembros de la familia sin discapacidades trabajen más duro para compensar el ingreso familiar perdido del miembro con una discapacidad y para cubrir los costos del cuidado del mismo.

En una Conferencia sobre Discapacidad e Inclusión del Banco Mundial, Amartya Sen afirmó que los discapacitados "con bastante frecuencia son los más descuidados"[52] y que existen dos tipos de desventaja inherentes a la discapacidad. Primero, como es más difícil para la persona discapacitada conseguir o conservar un empleo, y puede recibir una menor compensación por su trabajo, la persona discapacitada padecerá un problema de ingresos. Y, segundo, la "desventaja de la conversión" (ver sección 1.5. sobre aspectos de la conversión

[52] http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,menuPK:282704~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:282699,00.html

en general), como resultado de la cual una persona con discapacidad física puede necesitar un ingreso mayor que el de la persona fuerte y sana.[53]

> *"El tema es fundamental para comprender las limitaciones de una visión de la pobreza basada en el ingreso. La pobreza puede ser vista como una falta de adecuación de las capacidades básicas que una persona tiene. Esto vincula al bajo nivel de los ingresos, ciertamente, pero no sólo con eso. Con el mismo nivel de ingresos, es probable que una persona discapacitada pueda hacer muchas menos cosas, y puede verse seriamente desprovista en términos de las capacidades que tiene buenas razones para valorar. Por la misma razón por la que la discapacidad hace más difícil generar un ingreso, la discapacidad también hace más difícil convertir el ingreso en la libertad para vivir bien."*[54]

Además, Sen afirma que:

> *"La magnitud del problema de la discapacidad en el mundo es verdaderamente gigantesca. Los datos que me proporcionó el Banco indican que más de 600 millones de personas –alrededor de uno de cada diez de todos los seres humanos- viven con alguna forma de discapacidad significativa. Más de 400 millones de ellas viven en países en vías de desarrollo. Además, en el mundo en vías de desarrollo, los discapacitados son con bastante frecuencia los más pobres entre los pobres en términos de ingresos, pero además su necesidad de ingresos es mayor que aquella de las personas sin discapacidades físicas, ya que necesitan dinero y asistencia para tratar de vivir vidas normales y tratar de mitigar sus desventajas. El deterioro de la capacidad de generación de ingresos –la minusvalía de ganancia– es reforzada y magnificada en gran medida por la minusvalía de conversión: la dificultad para convertir ingresos y recursos en un buen vivir."*[55]

Al interior del Sistema de las Naciones Unidas, el tema de la discapacidad es abordado por el Programa de las Naciones Unidas sobre Discapacidad, que se inserta en el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, y el Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad. Además, trabajando para implementar una propuesta hecha a la Asamblea General por el Presidente mexicano Vicente Fox en el año 2001, el 25 de agosto del 2006 el Comité Especial Encargado de Preparar una Convención Internacional Amplia e Integral para Promover y Proteger los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad aprobó un proyecto de Convención sobe los Derechos de las Personas con Discapacidades.

Con el fin de promover la inclusión social para los discapacitados, la OIT, la UNESCO y la OMS propusieron, en 1994, un enfoque común al desarrollo de la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC). La RBC es implementada a través de los esfuerzos combinados de personas con discapacidad mismas, sus familias, organizaciones y comunidades, y los servicios de salud, educativos, vocacionales, sociales y de otro tipo gubernamentales y no gubernamentales. Sus principales objetivos son:

[53] De acuerdo con el mismo estudio realizado en el Reino Unido, citado en el pie de página anterior, la incidencia de la pobreza entre los discapacitados se incrementa de 23.1% a 47.4% si se consideran las necesidades especiales.

[54] La misma fuente que en 52.

[55] Idem.

1. Garantizar que las personas con discapacidades puedan maximizar sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a oportunidades y servicios regulares, y convertirse en contribuyentes activos a la comunidad y la sociedad en su conjunto;
2. Activar a las comunidades para promover y proteger los derechos humanos de las personas con discapacidades a través de cambios al interior de la comunidad, por ejemplo, eliminando las barreras a la participación.

El concepto de RBC mismo está evolucionando, y hoy en día es visto como una forma de proceso de rehabilitación participativo, con un enfoque basado en los derechos humanos a través del cual se promueven los derechos de las personas con discapacidades a vivir como ciudadanos iguales. Con el fin de promover dichos derechos, las comunidades tienen que ser inclusivas, lo cual significa que deberían:

> *"(...) adaptar sus estructuras y procedimientos para facilitar la inclusión de las personas con discapacidades, en lugar de esperar que estas cambien para adaptarse a los arreglos existentes. Centra la atención en todos los ciudadanos y su derecho a un trato equitativo, de nuevo reforzando el hecho de que los derechos de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades, deben ser respetados." (OIT/ UNESCO/OMS, 2004: 6)*

Otro aspecto de la RBC es la importancia del empoderamiento, tanto del individuo discapacitado como de las organizaciones que los representan: las Organizaciones de Personas con Discapacidades (OPD). La RBC exige el involucramiento de la comunidad, las OPD y los Estados (nacionales y locales), y el apoyo de los sectores social, de la salud, educativo y del empleo.

En la región de ALC han existido iniciativas dispersas para hacerle frente a los problemas de la población con discapacidades, tales como el sistema de transportación de Curitiba, en el Brasil:

> *"El sistema de transporte integrado de Curitiba, Brasil, combina autobuses con andenes elevados y paradas accesibles, con autobuses tradicionales adaptados con plataformas de elevación para aquellos usuarios que son menos independientes, y taxis o vehículos de uno dos pasajeros que ofrecen servicio sin itinerario fijo o con rutas identificadas de antemano de acuerdo con las necesidades de los usuarios, para aquellos que requieren una solución específica para sus necesidades de movilidad." (Álvarez, 2001: 19)*

La región todavía se encuentra lejos, sin embargo, de hacerle frente al asunto de manera coordinada.

En su resolución 47/88 del 16 de diciembre de 1992, la Asamblea General alentó la consideración por parte, entre otros, de la CIPD, de los temas de discapacidad pertinentes para el tema de la Conferencia. De hecho, el tema es abordado en varios segmentos del Programa de Acción de la CIPD, y más prominentemente en la Sección E del Capítulo VI, que está enteramente dedicado a ella. El párrafo 6.28 de esta sección reconoce que las personas con discapacidades constituyen una proporción significativa de la población y

que la implementación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos (1983-1992) contribuía a una mayor conciencia y un mayor conocimiento de los aspectos relacionados con la discapacidad, incrementaba el papel jugado por las personas con discapacidades y las organizaciones interesadas, y contribuía al mejoramiento y la expansión de la legislación sobre discapacidad. También afirma que todavía existe una necesidad apremiante de acción continua para promover medidas efectivas para la prevención de la discapacidad, para la rehabilitación, y para el logro de las metas de participación plena e igualdad para las personas con discapacidades. El párrafo 6.29 identifica los siguientes objetivos:

1. Promover el ejercicio de los derechos de todas las personas con discapacidad y su participación en todos los aspectos de la vida social, económica y cultural;
2. Crear, mejorar y difundir las condiciones necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y la valoración de sus aptitudes en el proceso de desarrollo económico y social;
3. Preservar la dignidad de las personas con discapacidad y promover su facultad de valerse por si mismas.

Los párrafos del 6.30 al 6.33 establecen que los gobiernos a todos los niveles deberían:

- Considerar las necesidades de las personas con discapacidad en sus aspectos éticos y de derechos humanos;
- Reconocer las necesidades relativas, entre otras cosas, a la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y la salud sexual, el VIH/SIDA, la información, la educación y las comunicaciones;
- Eliminar las formas concretas de discriminación de las que puedan ser objeto las personas con discapacidad en relación con los derechos reproductivos, la formación de hogares y familias y la migración internacional; al mismo tiempo, tener en cuenta la salud y otras consideraciones pertinentes en relación con las normas nacionales de inmigración;
- Desarrollar la infraestructura necesaria para atender las necesidades de las personas con discapacidad, en particular en lo que hace a su educación, capacitación y rehabilitación;
- Promover mecanismos que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, así como fortalecer sus facultades de integración;
- Establecer y promover sistemas de supervisión de la integración social y económica de las personas con discapacidad.

Otras secciones del Programa de Acción de la CIPD abordan el tema en los términos siguientes:

5.5. Se debería proporcionar asistencia a los discapacitados para que puedan cumplir sus responsabilidades y ejercer sus derechos familiares y reproductivos.

5.11. Los gobiernos deberían apoyar y desarrollar los mecanismos adecuados para prestar asistencia a las familias en el cuidado de sus hijos y de las personas de edad o con discapacidad que estén a su cargo, inclusive las afectadas por el VIH y el SIDA, alentar a que

esas responsabilidades sean compartidas por hombres y mujeres y apoyar la viabilidad de las familias constituidas por varias generaciones.

10.13. En lo que respecta a la admisión de los migrantes, los gobiernos deberían evitar la discriminación por razón de la raza, la religión, el sexo y la discapacidad, los aspectos relacionados con la salud y otros aspectos conexos pertinentes con arreglo a las reglamentaciones nacionales de inmigración y en particular las necesidades especiales de las personas de edad y de los niños.

11.16. Las actividades de información, educación y comunicación, mediante campanas de educación del publico, deberían servir para sensibilizar a la opinión pública acerca de cuestiones prioritarias, como la maternidad sin riesgos, la salud reproductiva y los derechos conexos, la salud maternoinfantil y la planificación de la familia, la discriminación contra las niñas y los impedidos y la valorización de esas personas, el maltrato de los niños, la violencia contra la mujer, la responsabilidad de los hombres, la igualdad entre los sexos, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la conducta sexual responsable, los embarazos de adolescentes, el racismo y la xenofobia, el envejecimiento de la población y las modalidades de consumo y producción insostenibles.

15.5. Otros grupos, como las organizaciones de la tercera edad, migrantes, personas con discapacidades y grupos oficiosos de base también contribuyen eficazmente a promover los programas destinados específicamente a sus miembros. A esos diversos grupos (...) se les debería invitar a participar en los órganos decisorios de nivel local, nacional e internacional, incluido el sistema de las Naciones Unidas, para asegurar la aplicación, supervisión y evaluación eficaces del presente Programa de Acción.

Otra vinculación importante de los aspectos de la discapacidad con la población tiene que ver con el envejecimiento de la población. Las discapacidades tienden a incrementarse notoriamente con la edad. De acuerdo con el más reciente Compendio Datos Estadísticos sobre Impedidos de las Naciones Unidas, que desafortunadamente data de 1990, el 28.8% de los discapacitados de más de 15 años de edad en Trinidad y Tobago en 1980 tenían más de 60 años, mientras que el total de la población de más de 60 años de edad sólo era del 12.1%. En Venezuela (1981), las cifras correspondientes en la población de más de 12 años de edad fueron de 58.5% y 11.1%, respectivamente. Esto sugiere que la prevalencia de ciertos tipos de discapacidad se incrementará significativamente a medida que las poblaciones de la región envejezcan.

1.2.7.6. Desplazados internos (DI)

Otro grupo poblacional que es especialmente vulnerable y necesita políticas específicas para hacerle frente a los temas relativos a la pobreza es aquel de los desplazados internos. De acuerdo con los Principios Rectores Aplicables a los Desplazamientos Internos de las Naciones Unidas:

> *"(...) se entiende por desplazados internos las personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia*

habitual, en particular como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida." (Principios Rectores Aplicables a los Desplazamientos Internos de las Naciones Unidas, párrafo 2)

En la región de ALC, este es un fenómeno que toca la vida de aproximadamente 3.3 millones de personas y, aun cuando Colombia tiene el mayor número de desplazados en la región (alrededor de 3 millones), otros países de ALC, tales como Guatemala, México y Perú, también tienen grupos de personas que enfrentan estas condiciones.

"Con demasiada frecuencia, la difícil situación de los DI en América había sido pasada por alto o había recibido una atención insuficiente. Una razón era que muchos de ellos eran difíciles de distinguir de otras poblaciones sin hogar y sin tierra. Varios otros factores contribuían a la dificultad de evaluar sus números y su ubicación. En primer lugar, eran pocas las encuestas y análisis que se realizaban durante el punto álgido de los conflictos para determinar toda su magnitud y el carácter del desplazamiento. Además, los desplazados, por temor a ataques o estigmatización, frecuentemente elegían no registrarse con las autoridades En situaciones de desplazamiento prolongadas, la ocurrencia de múltiples desplazamientos, movimientos de retorno y cambios demográficos en la población desplazada complicaban la recopilación de información precisa." (Seminario Regional sobre Desplazamiento Interno en América, México, 2004: 4)

En la región de ALC, es posible reconocer algunas de las características distintivas de los desplazados internos. En general, en su mayoría son rurales y pobres, como era el caso de los DI en El Salvador y Honduras, y tal como continúa siéndolo en Colombia hoy en día. Números importantes también pertenecen a grupos indígenas o negros, como en Guatemala durante la década de 1980 y en el Perú. Esto es particularmente notable para el caso de México, en donde la mayoría de los DI son personas indígenas (Cohen & Sánchez-Garzoli, 2001). Estos mismos grupos son también grupos vulnerables per se, lo cual puede dar como resultado una situación de vulnerabilidades acumulativas.

El desplazamiento mismo provoca una importante disminución del bienestar de la familia:

El impacto económico y social del desplazamiento es sustancial. La migración se realiza, por lo general, de manera intempestiva y, por ende, las familias deben abandonar todos sus activos. El valor promedio de la pérdida de activos, teniendo en cuenta la vivienda y los activos, sin incluir la tierra, está alrededor de los nueve millones de pesos [colombianos] por hogar. El abandono de predios en promedio representa pérdidas de más de tres millones de pesos y las pérdidas por cesar la producción agrícola se estiman en dos millones de pesos anuales (...). Al agregar estas cifras para el total de la población desplazada, las pérdidas de activos equivalen al 1.7 por ciento del PIB, el abandono de tierras afecta 1.2 millones de hectáreas y el lucro cesante de la producción agrícola implica pérdidas anuales de un 2.1 por ciento del PIB agropecuario." (Ibáñez & Velásquez, 2006: 10)

Adicionalmente, el desplazamiento puede provocar una desintegración del hogar; como resultado del desplazamiento o durante el mismo, algunas familias se separan, perdiendo al jefe de familia o a otros miembros. En el 19% de los casos, las mujeres asumen el rol de jefe de familia porque sus esposos o compañeros se quedaron en el lugar de origen, abandonaron el hogar o fueron asesinados. Estas familias enfrentan condiciones incluso más difíciles al momento de llegar a su destino.

Uno de los factores que contribuyen a la mayor pobreza de los desplazados es que su acceso al mercado laboral es más difícil y, como la mayoría son de áreas rurales, no cumplen con los requerimientos laborales de las ciudades de destino. La inserción laboral en su mayoría tiene lugar en el sector informal, el cual no garantiza una estabilidad económica. Las tasas de desempleo de los jefes de familia y otros miembros de más de 18 años de edad se incrementan después del desplazamiento, de 1.7% en la municipalidad de origen a 16.1% en la nueva ciudad (Ibáñez y Moya, 2006), un nivel mayor que el de la tasa de desempleo de los pobres urbanos en general.

El desplazamiento provoca un efecto negativo en el ingreso laboral de los hogares. Mientras que en las municipalidades de origen este ingreso fue de alrededor de 2.2 millones de pesos colombianos, en la nueva ciudad este desciende a 959 mil pesos, lo cual significa que reciben menos de la mitad de su ingreso original.

> *"Los resultados del trabajo de Ibáñez y Moya reflejan pérdidas sustanciales sobre el bienestar de los hogares desplazados. Primero, las pérdidas de activos son considerables y la fragmentación de los hogares ocurre con frecuencia. Segundo, las condiciones de vida en el municipio de recepción son precarias y en muchos casos peores a aquellas de los pobres e indigentes urbanos. Tercero, el tiempo de asentamiento no parece mejorar las condiciones de vida significativamente. Los hogares desplazados en recepción enfrentan condiciones altas de vulnerabilidad y por lo tanto, tienen una alta probabilidad de caer en un estado de pobreza crónica." (Ibáñez & Velásquez, 2006: 11)*

Las necesidades de la población de desplazados internos claramente van más allá de aquellas de los pobres en general, y requieren de políticas y acciones especiales. Si bien no son obligatorios, los Principios Rectores Aplicables a los Desplazamientos Internos de las Naciones Unidas, constituyen una guía de políticas hacia la asistencia de los desplazados. De acuerdo con Ibáñez y Velásquez (2006), este documento es la inspiración de marcos legislativos sobre este tema, por ejemplo, en Colombia. No existe consenso acerca de la naturaleza y la magnitud de la asistencia que está siendo suministrada a esta población. En algunos países no existe un marco legislativo especial para la misma, e incluso en los países en donde existe (por ejemplo, Colombia) su aplicación enfrenta varias dificultades.

La política colombiana hacia los desplazados consta de cuatro etapas: prevención; asistencia humanitaria de emergencia; estabilización socioeconómica, y la terminación de la condición de persona desplazada. La asistencia humanitaria de emergencia suministra ayuda dirigida a la creación de condiciones de subsistencia mínimas para los meses de desplazamiento iniciales.[56] En el momento en el que termina esta etapa inicial, comienza la

[56] Esta asistencia inicial incluye: alimentación básica, agua potable, alojamiento, vivienda, asistencia médica, consejería, y apoyo nutricional y psicológico.

estabilización socioeconómica, esperando promover la reinserción de la población desplazada a la vida productiva de la ciudad receptora, o de origen para aquellos casos en los que se desea el retorno y se cumplen las condiciones necesarias.[57] Cuando los hogares recuperan su capacidad productiva y ya no requieren asistencia especial, la condición de desplazados llega a su fin y dejan de ser beneficiarios potenciales de los programas de asistencia.

Además de los programas de asistencia inicial a los desplazados, deben tomarse medidas de restitución. En el caso de Colombia, el Decreto No. 250/2005, por ejemplo, determina que los programas y acciones hacia esta población deben buscar la reposición equitativa de las pérdidas y daños materiales sufridos, con el fin de garantizar que las personas y los hogares puedan disfrutar de una situación equivalente a la que experimentaban antes de su desplazamiento. También vale la pena destacar que la Sentencia T-025 de la Corte Constitucional de Colombia reconoce a los desplazados como una población que merece una protección especial por parte del Estado, debido a las violaciones sistemáticas de los derechos humanos de las que fueron víctimas.[58]

También debe considerarse que los procesos de restitución son fundamentales para poder superar el conflicto armado y dar pie a una transición a una paz sostenible. Estas iniciativas de restitución también tienen implicaciones a largo plazo, permitiéndole a ciertos sectores de la población escapar a la marginación y la pobreza extrema. Aun cuando los procesos de reparación exigen un gasto por el Estado y pueden tener un impacto negativo en el crecimiento económico a corto plazo, este impacto no es permanente y desaparece o se vuelve positivo a mediano y largo plazo (Ibáñez & Moya, 2006).

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 1 (Parte 2):

Conclusiones generales

- Un análisis en términos de crecimiento económico agregado ofrece solamente entendimientos limitados del impacto de factores de población y SSR en la incidencia de la pobreza. El impacto de enfermedades debilitantes en la pobreza, por ejemplo, aun cuando medido en términos monetarios convencionales, es mucho más tangible para las personas directamente afectadas que para la población en general, que solamente sufre sus consecuencias de forma difusa e indirecta, por medio de la intermediación de factores macro económicos tales como el crecimiento del PNB. La preocupación primordial con respecto a la carga de enfermedad salud resultante de enfermedades debilitantes es el bienestar humano individual, que independientemente del impacto macro-económico, será obviamente reducido.
- Hasta recientemente, la literatura económica ha sido relativamente silenciosa sobre el tema de la distribución, focalizando en cambio en el crecimiento económico. En buena medida, dicho silencio puede ser atribuido al hecho de que la teoría

[57] En esta etapa, el Estado provee acceso a tierra, crédito, asistencia técnica, capacitación, infraestructura básica y comercialización, seguridad alimentaria, atención médica, empleo, vivienda y equipamiento urbano.

[58] El artículo de Ibáñez y Moya (2006) presenta una descripción más detallada del proceso de reparación.

económica está mucho mejor equipada a tratar temas de crecimiento agregado y flujos de recursos entre actores económicos agregados que analizar las variaciones internas de esos fenómenos. En años recientes, sin embargo, los investigadores de pobreza han empezado a reconocer su importancia más explícitamente.

- Existe un riesgo de que los ODM sean realizados pero solamente en términos de promedios nacionales, sin considerar las necesidades especiales de grupos específicos. En el libro, este tema se aborda, entre otros, al discutir las necesidades especiales de grupos poblacionales particulares como la juventud, las mujeres, los adultos mayores, grupos étnicos y raciales, los discapacitados y los desplazados internos. Diferentes mecanismos subyacentes a la vulnerabilidad de grupos poblacionales específicos a la pobreza necesitan ser tratados por las políticas públicas.

2. La importancia de los efectos distributivos

- Los efectos distributivos juegan un rol importante en varias formas y en diferentes niveles, que pueden ser clasificados aproximadamente como se sigue: efectos asociados con el diferencial del crecimiento poblacional de los pobres y los no-pobres; efectos asociados con diferenciales de las tasas de movilidad económica, dependiendo del tamaño de la familia; efectos asociados con la disponibilidad relativa de trabajo no especializado, trabajo especializado y capital físico y sus implicaciones para la distribución del ingreso; efectos asociados con las diferencias en la composición del hogar y su impacto directo en el ingreso per capita, incluyendo nacimientos no deseados; efectos de costos diferenciales asociados a un niño a más en el hogar, resultando de una carga extra para la atención infantil y las pérdidas asociadas a la mortalidad infantil; y las características especiales de la pobreza en segmentos poblacionales específicos.
- Desde una perspectiva de políticas, es importante distinguir entre pobreza estructural y pobreza transitoria: a primera refiere a los que viven permanentemente en un nivel abajo la línea de pobreza, mientras que el segundo refiere a una proporción sustancial de la población cerca de la línea de pobreza que mueve para dentro y para fuera de la pobreza, dependiendo de mejoras o contratiempos momentáneos en sus condiciones de vida. En Perú, por ejemplo, fue encontrado que 37.0% de la población urbana declarada como pobre en 1998 no lo era en 1999, mientras que 19.4% de los que no eran pobres en 1998 se habían vuelto pobres en 1999. Basado transiciones de este tipo, se estima que entre 1997 y 1999 solamente 13.0% de la población urbana de Perú era permanentemente o estructuralmente pobre, mientras que 35.2% había entrado y salido de la pobreza.
- La pobreza transitoria requiere un conjunto diferente de soluciones (por ejemplo, garantías de seguridad social y medidas temporarias de asistencia) que las preocupaciones de pobreza estructural enfatizadas en las PRSPs, que requieren inversiones en el capital humano, creación de oportunidades permanentes de empleo, etc. El diseño de programas de reducción de la pobreza basados en análisis de la población pobre en un momento único del tiempo corre el riesgo de desperdiciar recursos y crear una falsa imagen de

éxito, puesto que algunos pobres transitorios puedan salir de la pobreza por sus propios medios y otros, previamente no pobres, puedan caer (temporalmente) en la pobreza.

- Entre los factores que pueden arrojar un episodio de pobreza transitoria, los más importantes son los asociados a pérdidas temporales de empleo, enfermedades o discapacidades y malas cosechas. Una forma particular de pobreza transitoria es la pobreza del ciclo de vida, causada por etapas particulares del ciclo de vida, tales como la edad adulta joven o vejez. Por ejemplo, los episodios de pobreza suelen ser concentrados en períodos cuando miembros del hogar están embarazados o lactando, o cuando hay varios niños con menos de 5 años edad en el hogar.
- Uno de los eventos a menudo asociado con una transición para la pobreza es la entrada de un recién nacido en el hogar. Hogares con un recién nacido enfrentan dos restricciones que pueden afectar la generación de ingresos y el potencial de diversificación de ingreso y, de esa forma, el riesgo de caer en pobreza transitoria: la capacidad de generar ingreso de uno de sus miembros (la madre) puede ser limitada, y con frecuencia enfrenta la necesidad de gastos adicionales debido a la presencia de un nuevo niño.
- El tema de la pobreza transitoria está íntimamente asociado al tema de la movilidad socio-económica, hasta el punto que es casi imposible identificar el primero sin hacer referencia al segundo.
- El rápido crecimiento de la población contribuye al crecimiento de la desigualdad y salir de la pobreza se hace más difícil en la medida en que crece el tamaño de la familia. En Nicaragua, por ejemplo, la proporción de individuos que escaparon de la extrema pobreza entre 1998 y 2001 fue sustancialmente mayor entre familias que tenían menos de cuatro hijos por debajo de los 15 años de edad.
- Similarmente, se encontró en Perú que, después de controlar un conjunto de otros factores, las familias de tamaño grande tienen una menor probabilidad de pertenecer permanentemente a los no-pobres. Más significativamente, la probabilidad de caer en pobreza es altamente relacionada con familias de tamaño grande, mientras que la posibilidad de escapar de la pobreza es reducida por ello, aunque no tan significativamente.
- En países donde la movilidad socio-económica ha sido baja durante las últimas décadas, también suele ser verdadero que un grande porcentaje de la próxima generación vendrá de familias pobres que es el caso de la presente generación de adultos. Aunque ellos mismos no sean pobres, se trata de un hecho social significante.
- La Guía presenta dos modelos – RAMSEY y el Modelo Demográfico de Análisis y Proyección de la Pobreza (DMPAP) – que pueden ser usados para analizar el efecto de la dinámica de población sobre la pobreza. Los dos son complementarios, pero tienen estructuras diferentes. RAMSEY es un modelo teórico de crecimiento a nivel macro que captura la interacción de un grande número de variables económicas en forma estilizada, pero no provee ninguna manera fácil de proyectar la pobreza en contextos específicos de país. No desagrega resultados a nivel de los hogares y consecuentemente no genera estimaciones de pobreza, solamente indicadores agregados sobre el bienestar de dos grupos, identificados como los Ricos y los Pobres.

Sin embargo, es bastante adecuado para analizar interacciones múltiples a nivel macro, tales como las involucradas en el análisis del bono demográfico. DMPAP es un modelo de micro-simulación con una estructura mucho más sencilla, basada solamente en pocas variables, y por eso tiene que hacer muchas más suposiciones. Es más adecuado para hacer proyecciones de pobreza porque enfoca en cambios de ingreso a nivel de hogares individuales.

- Las simulaciones (teóricas) ejecutadas en RAMSEY sugieren que la caída de la fecundidad agregada implica mejorías significativas en las condiciones de vida de los Pobres. Esas mejorías son más pronunciadas si se acerca el diferencial de fecundidad entre los Ricos y los Pobres, pero persisten en gran parte en un escenario de caída divergente de fecundidad. Son también más pronunciadas si se toman medidas apropiadas de adaptación en respecto a las inversiones, particularmente en capital humano. Sin embargo, aunque no se tomen tales medidas, el bono demográfico de todas las formas favorece a los Pobres, si bien en menor grado. Este resultado va en contra a la noción de que los efectos beneficiosos del bono demográfico en la reducción de la pobreza sean significativamente reducidos en el contexto de una fuerte desigualdad.
- La idea esencial subyacente a DMPAP es que, aun si el bono demográfico no genera ningún beneficio en términos de crecimiento económico agregado, puede impactar en las tasas de pobreza por medio de los cambios esperados en las composiciones de hogares.
- Según el DMPAP, la contribución potencial de tendencias demográficas en tanto Venezuela como Brasil (los dos ejemplos presentados en el texto) para la reducción de la pobreza hasta el 2015 es sustancial. El efecto de la dinámica de población sobre la desigualdad normalmente apunta en la misma dirección que la reducción de la pobreza per capita: más desigualdad demográfica normalmente implica más desigualdad económica. Dependiendo de las características del cambio de fecundidad de 2005 hasta 2015, la pobreza en Brasil en el 2015 puede ser tan baja como 9.4% o tan alta como 17.9%. El hecho de que una reducción del orden de 4-6 puntos porcentuales para el 2015 ya se lleva implícita en la actual evolución demográfica de Brasil y de otros países debería estimular el establecimiento de metas políticas más ambiciosas, a los cuales la realización requiere intervenciones en políticas públicas de hecho, más bien que simplemente aprovecharse de la ola demográfica.
- La mala salud y la desnutrición reducen la capacidad física y la facultad mental de los trabajadores, causando así una productividad más baja, que refleja tanto en el nivel agregado (crecimiento económico más bajo) y a nivel individual (ingreso personal más bajo). La enfermedad puede ser una de las razones más comunes por las cuales las familias caen en la pobreza. También es apropiado fijarse en el impacto de la salud individual o la enfermedad en la pobreza de los afectados por ella y su ambiente social inmediato.
- Dos temas deben ser considerados: la influencia de gastos con la salud en las líneas de pobreza y el tema de los gastos catastróficos de la salud. Desde la perspectiva

de políticas públicas, existe una fuerte dependencia en la incidencia de episodios catastróficos de enfermedad en relación al porcentaje de los gastos "out-of-pocket" con la salud – que sigue bastante alto en algunos países de la región de ALC. Altas tasas de gastos catastróficos son esperadas en países con altas tasas de pobreza, exclusión significante de mecanismos financieros de protección a los riesgos tales como la seguridad social y niveles moderados a altos de acceso y uso de los servicios de salud. Varios países de Latinoamérica satisfacen estos criterios.

- El componente de SSR para el cual existe relativamente más información disponible es el VIH/SIDA – que es al mismo tiempo el más importante en este contexto, dado el tamaño de los recursos involucrados y su peso entre la totalidad de los gastos en SSR. La existencia de programas de SIDA patrocinados por los gobiernos tiene un rol crucial en determinar la cantidad de gastos "out-of-pocket" en VIH/SIDA.
- Otra cuestión importante investigada en el texto es en qué grado los niveles de pobreza serían afectados si los niños cuyos nacimientos no eran deseados por sus madres fueran omitidos de sus respectivos hogares. Aplicaciones desarrolladas para Honduras y Bolivia estiman que la eliminación de la fecundidad no deseada conduciría a 4.7% de reducción de la pobreza, equivalente al efecto de un aumento de 23.5% en todos los ingresos. Eso se basa puramente en el efecto directo resultando de un número menor de miembros del hogar que dividen el mismo ingreso. El efecto indirecto, o sea, una capacidad mayor de generar ingreso por parte de las madres con menos hijos dependientes, se estima (para el caso de Bolivia) con aproximadamente la misma magnitud que el efecto directo.
- Los jóvenes son afectados de una manera específica por las tendencias demográficas actuales, porque son los que tienen menor probabilidad de beneficiarse del bono demográfico, aun cuando genere beneficios para la población en general. Como se encuentran en una fase crítica de su ciclo de vida, los jóvenes constituyen un caso especial que requiere medidas adicionales. Los efectos compuestos de los obstáculos que los jóvenes pueden encontrar, en particular niñas/adolescentes, en su transición de la dependencia para la independencia, necesitan ser enfatizados..
- Las mujeres son las más directamente afectadas por la reducción de las tasas de fecundidad y los tamaños de los hogares, así como las políticas compensatorias que socializan algunas de las tareas que consumen más tiempo en la reproducción. Existe una grande concentración de mujeres que trabajan en el sector informal en condiciones muy precarias de empleo, que reciben salarios bajos e inestables y no cuentan con ningún tipo de sistema de seguridad social. Las mujeres pobres tienen tasas de fecundidad adolescente más altas, a pesar de la reducción de tasas de fecundidad en el agregado. Ellas también dedican una parte importante de su tiempo a las actividades domésticas, que es duplicado cuando debe ser complementado con trabajo remunerado fuera de la casa, llevando a largos días de trabajo y poca disponibilidad de tiempo personal.
- Los adultos mayores normalmente no están entre los segmentos poblacionales más pobres, pero enfrentan vulnerabilidades especiales que pueden agravarse en el futuro,

cuando las estructuras familiares tradicionales se harán más débiles bajo la influencia de una fecundidad que baja y una creciente movilidad geográfica. En el presente, lo que atrae la atención al tema de la seguridad social de los adultos mayores en la región no es principalmente el problema del envejecimiento de la población, sino la cobertura y organización de muchos de los programas, que les dificultan enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población que se acerca. Se deberían considerar transferencias focalizadas de ingreso para los pobres más viejos en los programas de pobreza.

- En la región de ALC, las mujeres constituyen la mayoría de los más viejos y tienen mayor probabilidad de enviudarse que los hombres; esas tendencias demográficas tienen un impacto sobre la igualdad de género puesto que las actividades de las mujeres no están cubiertas por los programas formales de pensión. La vulnerabilidad masculina, por otro lado, está relacionada principalmente la mayor precariedad de sus redes informales de soporte social, que son parte de los bienes de capital social acumulado por los adultos mayores a lo largo de sus vidas y por lo tanto son factores importantes de su bienestar. Las redes informales de apoyo de los hombres están en mayor riesgo de perderse o encoger después de la jubilación que en el caso de las mujeres.
- Varios grupos étnicos y raciales son afectados desproporcionalmente por la discriminación y la exclusión social. En su concepción original de promedios nacionales, los indicadores ODM no consideraron la diversidad (y desigualdad) entre segmentos poblacionales, y las necesidades de las minorías no son específicamente mencionadas. Sin embargo, desde un abordaje no-discriminatorio, basado en derechos humanos, los países de la región de ALC deben alcanzar los ODM en el contexto de la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, independientemente de raza o etnia.
- Un factor demográfico a considerar en el contexto de una mayor incidencia de pobreza entre grupos indígenas es que ellos también tienen tasas más altas de fecundidad. Aunque una variedad de factores puede influenciar las tasas de fecundidad entre pueblos indígenas en la región de ALC, los investigadores y tomadores de decisiones de política normalmente presentan convergencias a respecto de la necesidad de mejorar la disponibilidad de servicios de SSR.
- Las personas con discapacidades mentales o físicas constituyen un grupo vulnerable similar a los adultos mayores en el sentido de que el riesgo de pobreza no puede ser tratado adecuadamente por medio de políticas que buscan una mejor productividad o educación. Sus necesidades especiales requieren transferencias públicas, promoviendo y apoyando la atención familiar, instituciones de educación especial y el acceso facilitado a infraestructura. Los Gobiernos y sus aliados deben desarrollar infraestructura para tratar de las necesidades de las personas con discapacidades, particularmente en lo que se refiere a su educación, entrenamiento y rehabilitación.
- Finalmente, en algunos países de la región de ALC, especialmente Colombia, los desplazados internos constituyen un grupo poblacional con necesidades y vulnerabilidades específicas frente a la pobreza. Una política efectiva de reducción de la pobreza debe considerar esos diferentes mecanismos y establecer políticas sociales

para enfrentarlos. Aunque no existe consenso sobre la naturaleza y magnitud de la asistencia a proveerse a esta población, en algunos países no existe un esquema legislativo especial para tal y, en países con el desarrollo legislativo, su aplicación enfrenta varias dificultades.

1.3. El vínculo entre pobreza y migración interna

En lo que respecta a alcanzar los ODM, la migración es un tema complejo que no se presta fácilmente a establecer relaciones causa-efecto automáticas. Tal como se apunta en la Introducción, la migración no es formalmente abordada en la agenda de los ODM, debido a la dificultad de establecer metas cuantificables y, en el caso de la migración internacional, a la fragilidad del consenso político alrededor del tema. La investigación detallada acerca de cómo es que la migración interna mitiga la pobreza y contribuye al desarrollo todavía es deficiente (Paz et al., 2004). La literatura reconoce, no obstante, que tanto la migración interna como la migración internacional juegan un papel en la reducción de la pobreza y la promoción del desarrollo (Skeldon, 2003 b).

> *"La migración dentro de un mismo país y entre distintos países puede ser beneficiosa y plantea retos tanto en el lugar de origen como en el lugar de destino. Las políticas adecuadas pueden contribuir a maximizar los beneficios a las comunidades y las personas pobres." (UNFPA, 2002 a: Cap. 1)*

El impacto de la migración en la pobreza se debe a tres mecanismos principales. Primero, se trata de una estrategia de subsistencia para los pobres que complementa los ingresos a través del trabajo no agrícola – o no rural en general – en áreas urbanas. Segundo, es un medio de seguridad en el ingreso a través de la diversificación de sus fuentes. Finalmente, la migración puede constituir un proceso a través del cual pequeñas comunidades acumulan capital colectivo (OIM, 2005 a). Las remesas y la migración de retorno o circular son los principales mecanismos a través de los cuales pueden tener lugar estos efectos.

La migración de la mano de obra constituye una estrategia de subsistencia en la medida en que la reubicación del lugar de residencia se vincula con la búsqueda de fuentes de ingreso alternativas (Nyberg-Sorensen et al., 2002), la cual implica remesas de ingresos al hogar, inversiones a distancia, el regreso a casa y el ingreso al empleo por cuenta propia, la rotación de empleos altamente calificados, y el impacto de las redes sociales y el intercambio de conocimientos en las áreas emisoras y receptoras. Tanto la migración interna como la internacional motivada económicamente pueden producir importantes efectos positivos en la reducción de la pobreza (De Wind y Holdaway, 2005).

La sostenibilidad de las remesas, que son el mecanismo de mayor impacto en la pobreza, depende de un número de factores tales como el mantenimiento de los vínculos sociales con los lugares de origen, algo que debe ser considerado por los diseñadores de políticas. Si bien el papel de las remesas internas en la reducción de la pobreza es ampliamente reconocido, ha sido muy poco explorado para la región de ALC. Los estudios acerca de las dimensiones,

usos y consecuencias de las remesas asociados con movimientos internos en la región de ALC son extremadamente escasos. La mayoría de los trabajos existentes se centran en los efectos macroeconómicos o agregados de la migración interna en la reducción de la pobreza, la distribución urbana-rural de la población, la identificación y la medición de los flujos migratorios, las diferencias entre migrantes y no migrantes, y las consecuencias de la migración para los mercados laborales.

Un aspecto importante es si las transferencias monetarias son o no un sustituto potencial de los ingresos del hogar. Si este es el caso, la comparación pertinente es la distribución del ingreso observada en el lugar de origen comparada con un escenario contrafactual sin migración y remesas. Barham y Boucher (1998) estudiaron este aspecto con datos de corte transversal de una encuesta de hogares en un pueblo nicaragüense con una larga historia de migración. Para construir el escenario contrafactual, los autores imputaron los ingresos que los migrantes habrían tenido si hubieran permanecido en el pueblo, y cuales serían las decisiones de otros miembros de la familia en lo que respecta a la participación laboral. Entonces usaron los resultados para imputar las decisiones de participación y los ingresos para los migrantes y los no migrantes en los hogares de los migrantes. La comparación directa de la desigualdad en el ingreso medida por un índice Gini con y sin remesas indicó que las remesas provenientes de la migración interna reducen la desigualdad. Pero la comparación con el escenario contrafactual mostró que, de hecho, la migración interna incrementaba la desigualdad.

Desde la óptica de la ciudad, desde hace mucho tiempo ha existido una tendencia, lo mismo en el discurso popular que en la investigación científica, a atribuir parte de la pobreza urbana en el mundo en vías de desarrollo, particularmente en las ciudades más grandes, al efecto de la migración rural-urbana (e.g. Lipton, 1977; Brockerhoff y Brennan, 1998). El desarrollo exitoso de las áreas urbanas, incluida la creación de empleos dignos, atraería a más pobres rurales. El enfoque en los efectos negativos tiende a sugerir acciones para combatir la pobreza extrema manteniendo a la población rural en las áreas rurales, mitigando con ello la presión poblacional en las áreas urbanas.

Entre los economistas, el punto de vista pesimista de que las rigideces estructurales en la determinación de los salarios del sector formal urbano son la causa del desempleo y el subempleo urbanos persistentes, lo mismo que de la migración rural-urbana continua, que fue planteado por Harris y Todaro (Todaro, 1969; Harris y Todaro, 1970), continúa teniendo mucha aceptación. Estrictamente hablando, ellos no analizaron la pobreza, pero extensiones más recientes de su modelo (por ejemplo, Fields, 2005) consideran un conjunto más amplio de implicaciones para el bienestar, incluida la pobreza. Esto confirma que el desarrollo rural en realidad produciría mejores resultados en el mercado laboral, pero también sugiere que la creación de empleos en el sector moderno no es completamente mala, porque el incremento en el desempleo y la desigualdad en el ingreso son parcialmente compensados por más empleos con altos salarios y la consiguiente reducción de la pobreza. Fields también concluye que la limitación de los salarios urbanos favorecida por Harris y Todaro no mejora inequívocamente los resultados del mercado laboral, porque la disminución de los salarios por sí misma reduce el bienestar y porque la desigualdad puede incrementarse si la demanda de mano de obra es

suficientemente elástica. Los sociólogos generalmente han encontrado al modelo insatisfactorio o por lo menos incompleto (Wood, 1982). Fue desarrollado para un contexto y un momento específicos en los que una gran parte de la población de los países en vías de desarrollo vivía en áreas rurales, el crecimiento económico y los empleos formales urbanos se incrementaron de manera sostenida durante varios años, las corrientes rurales-urbanas constituían el principal flujo migratorio, y el desempleo urbano, a pesar de todo, continuaba sin disminuir. La situación cambió a partir de la década de 1980, especialmente con respecto a la distribución rural-urbana de la población en la mayoría de los países de ALC.

La racionalidad de las recomendaciones de políticas que tienden a mantener a los migrantes rurales-urbanos "en el campo", sin embargo, desafía abiertamente a la mayoría de los análisis de los determinantes de la pobreza en las áreas rurales y urbanas. Aun cuando en la región de ALC, con su población altamente urbanizada, la importancia numérica de este aspecto es menos palpable que en otras regiones, la pobreza y el abandono de las poblaciones rurales dispersas es notable. En México, por ejemplo, el ingreso promedio por hogar de la mitad más pobre de las comunidades con menos de 2,500 habitantes es de menos del 50% que aquel de la mitad más pobre de las poblaciones metropolitanas (CONAPO, 1999). Con el fin de mejorar el acceso de estas comunidades, particularmente las más aisladas, a servicios básicos que no pueden ser provistos de manera costo-eficiente a todas ellas, el gobierno mexicano está trabajando en el establecimiento de centros de prestación de servicios que puedan atender estas necesidades de una manera más racional económicamente (CONAPO, 1999). La diferencia en los niveles de pobreza entre las áreas rurales y urbanas persiste incluso después de controlar casi todas las variables socioeconómicas imaginables comúnmente asociadas con la pobreza. En el caso de México, por ejemplo, Hernández Laos (2004: Table V.A) llevó a cabo un análisis de logitos[59] de la pobreza extrema según las características de los jefes de familia, con base en los microdatos de la ENIGH 2000. Incluso después de controlar las características de edad, educación y fuerza laboral del jefe de familia, al igual los tamaños de los hogares, la pobreza seguía estando significativamente asociada con el tamaño de la comunidad, con la incidencia pobreza más baja en las localidades de más de 100,000 habitantes y la más alta en las comunidades de menos de 2,500.

En años recientes, los econometristas han comenzado a elaborar estimaciones de los beneficios en términos de ingresos que los migrantes internos obtienen de su movilización. La metodología para la mayoría de estos estudios es aquella propuesta por Tunali (2000), en su estudio sobre Turquía. Para América Latina, existen intentos de estimaciones por Laszlo y Santor (2004), sobre el Perú, y por Golgher (2007), con base en el censo del Brasil en el año 2000. Este último encontró que el 65.9% de todos los migrantes a y desde las áreas rurales en el periodo 1995-2000 mejoraron sus ingresos como consecuencia de su movilización. El porcentaje fue más alto para los migrantes no calificados (70.2%) que para los calificados

[59] El análisis de logitos es una técnica estadística que relaciona la probabilidad de experimentar un cierto evento con un conjunto de variables explicativas. La diferencia con una regresión convencional es que la variable a ser explicada es una probabilidad y, por lo tanto, está limitada al intervalo de 0 a 1. El análisis de probitos es muy similar, pero está basado en una especificación ligeramente diferente de la curva de probabilidad.

(52.7%). La conclusión es que, aun cuando la migración no se traduce en beneficios monetarios y una reducción de la pobreza para todos los migrantes, el acto bien vale el riesgo, ya que lo más seguro es que los beneficios serán positivos. Wodon et al. (2001) encontraron que en América Latina el hecho mismo de vivir en hogares jefaturados por migrantes rurales-urbanos estaba asociado con ingresos más altos. Usando un argumento de descomposición muy simple, Hakkert y Martine (2002) también vinculan la migración rural-urbana y la disminución de la pobreza. Hacen notar que la pobreza urbana en Nicaragua descendió en 0.19% y la pobreza rural en 0.32%, mientras que la pobreza descendió en 2.02% a nivel nacional entre 1998 y 2001. En consecuencia, infieren que el 75% de la reducción de la pobreza debe haber estado relacionada con la migración de entornos rurales a urbanos. Análisis similares han sido realizados para un conjunto más amplio de países en el Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2007. De la misma forma, existen pocos datos que sugieran que los migrantes están sobrerrepresentados entre los pobres en las ciudades en el mundo en vías de desarrollo, y que los migrantes tienden a tener tasas de participación en la fuerza laboral más altas que los nacidos en el lugar. Para el caso específico de los jóvenes (de 15 a 24 años de edad), que son un grupo con alta movilidad, el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2007 (Banco Mundial, 2006 b), que realizó un análisis probit de 29 países, hace notar que aquellos que se movilizan tienen mejores resultados en materia de empleo, con la movilidad correlacionada negativamente con el desempleo juvenil y positivamente con la participación en la fuerza laboral.

Con base en evidencia de este tipo, Skeldon (1997: 15) siente que puede concluirse lo siguiente:

> *"Aun cuando, incuestionablemente, pueden existir consecuencias negativas para estas actividades, y es difícil generalizar, en resumen la contribución que la migración puede hacer a la mitigación de la pobreza parece ser positiva. Por lo tanto, es probable que aquellas políticas que acepten la movilidad más amplia de la población concuerden con las políticas que mejorarán el bienestar de números más grandes de personas. Es probable que los más pobres entre los pobres no migren en absoluto, ya que no están en condiciones de hacerlo, y es necesario encontrar medios para atraerlos a los circuitos de la migración locales y regionales con el fin de incrementar sus opciones y elecciones. Finalmente, la pobreza es una función de la falta de alternativas, y el suministro de alternativas involucrará opciones tanto rurales como urbanas (...) El peso de la evidencia, por lo tanto, demuestra que la pobreza rural no es transferida a la ciudad. Más bien, la migración permite la circulación de bienes, dinero e ideas, lo mismo que de personas, entre los sectores urbanos y rurales. Concentra una población que tiene un considerable potencial de autoorganización que, dado un entorno de políticas favorable, puede crear una sociedad y una economía dinámicas. Ese dinamismo involucrará un retorno para el sector rural, lo mismo que una interacción con él, que tiene probabilidades de mejorar el bienestar de ambos sectores en el corto plazo. La migración es una parte integral del desarrollo y, finalmente, de la mitigación de la pobreza, pero su importante papel positivo en este proceso continúa siendo muy poco apreciado."*

Las áreas urbanas tienden a concentrar actividades económicas y servicios sociales esenciales tales como la educación y la atención a la salud, que pueden suministrarse más fácilmente ahí en comparación con las áreas rurales. Así, la pobreza puede disminuir exclusivamente como resultado de la intensificación del proceso de urbanización (Skeldon, 2003 a). La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2005 a) asocia una disminución sustancial de la pobreza en China e India durante los últimos 15 años con la migración rural-urbana. En Guatemala, la proporción de la población rural que vive por debajo de la línea de pobreza era del 72%, en comparación con el 4% en las áreas urbanas. Así, cualquier meta por reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015, la proporción de personas cuyo ingreso sea de menos de 1 dólar por día, o de reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre, implica cierto cambio en la naturaleza de la relación entre lo urbano y lo rural. Sería ingenuo asumir que las políticas para reducir la pobreza pueden lograrse sin una redistribución de la población hacia las áreas urbanas (Skeldon, 2005).

Esto ciertamente no debería implicar que las condiciones de vida de todos los migrantes en los pueblos sean satisfactorias, o que no figuren en las filas de los pobres urbanos. Mientras que el proceso de la urbanización per se constituye una ruta para reducir los niveles de pobreza extrema, las consecuencias de la migración urbana-urbana dependen de jerarquías y estructuras urbanas, lo mismo que de las características socioeconómicas de cada ciudad. Una hipótesis, por ejemplo, es que los flujos urbanos-urbanos que tienen a las ciudades pequeñas como origen y a las áreas metropolitanas como destino, pueden incrementar los niveles de pobreza tanto en el origen como en el destino, ya que los más pobres tienden a quedarse y es probable que el mercado laboral urbano no absorba a los recién llegados. Por otro lado, los flujos entre las ciudades más grandes y las ciudades de tamaño mediano pueden involucrar principalmente a los calificados y los profesionistas. La distribución de los servicios sociales básicos y las oportunidades del mercado laboral en los espacios urbanos se da en detrimento de los pobres. Incluso si no fueran los más pobres los que migran de los pueblos, en relación con los citadinos en las áreas de destino, a menudo son pobres y su concentración puede ser un obstáculo para el desarrollo urbano. Muchos de los empleos ocupados por migrantes, particularmente aquellos ocupados por mujeres migrantes con poca educación, son mal pagados, inseguros y a menudo exigen trabajo bajo condiciones deplorables. No obstante, considerando que la migración de manera general no es el principal componente del crecimiento urbano en el mundo en vías de desarrollo (el crecimiento vegetativo por lo general es más importante), y que los migrantes tienen tasas de empleo más altas que los locales nacidos en entornos urbanos, las principales causas de la pobreza urbana se encuentran en las regiones metropolitanas mismas, más que en la migración a ellas.

La migración también puede afectar negativamente a las comunidades de las que se ha salido, particularmente a grupos vulnerables como los de los adultos mayores y los niños. Los adultos mayores, por ejemplo, pueden enfrentar mayores cargas de trabajo, la falta de atención emocional y, en algunos casos, la falta de ingresos o de apoyo social (OIM, 2005 b). La migración interna puede, de esta forma, dar como resultado un déficit permanente o temporal de capital monetario y humano en las áreas emisoras y, con ello, puede intensificar

la pobreza en el origen, por lo menos en el corto plazo, tal como está sucediendo actualmente a escala masiva en China (Ping y Shaohua, 2005).

La migración de retorno y circular es una característica importante de la migración en la región de ALC, particularmente en los países más grandes. La migración interna puede incrementar las habilidades de los migrantes, pero no necesariamente se traduce en éxito económico. Analizando datos para México y Brasil, Rodríguez (2004) encontró que los migrantes tienen niveles más altos de escolaridad e ingresos que los no migrantes, pero experimentan niveles de desempleo más altos. Los migrantes de retorno presentan los niveles de ingresos más bajos en comparación con los migrantes de mayor edad y aquellos que tienen múltiples trayectorias. En aquellos casos en los que la migración es de una naturaleza esencialmente circular, esta tiene probabilidades de apoyar a las comunidades de origen, pero cuando los migrantes comienzan a pasar más tiempo lejos del hogar, a largo plazo, la emigración puede acabar por socavar la viabilidad demográfica y económica de la comunidad. La transformación resultante no necesariamente tiene que implicar una extensión de la pobreza, ya que pueden surgir formas de la economía con una mayor densidad de capital. Aun cuando los migrantes pasen más tiempo en los lugares de destino, raramente rompen las relaciones con sus áreas de origen: regresan a intervalos regulares y envían bienes y dinero a sus familiares en su país, aldea o pueblo natal.

En el ámbito de las políticas, la literatura enfatiza que el enfoque debería dirigirse a la incorporación de las reubicaciones internas a todos los niveles de gobierno, con miras a hacer que la migración funcione para los pobres (OIM, 2005 a). En este sentido, la migración debe considerarse como una posible iniciativa para incrementar los estándares de vida en una estrategia de subsistencia en múltiples localidades. Al hacerlo, las políticas deberían abordar la maximización y difusión de los beneficios de las movilizaciones, lo mismo que la protección de los individuos. Existe una clara necesidad de regular al sector informal en formas que apoyen estrategias de subsistencia en múltiples localidades (Deshingkar, 2005). También están la saturación potencial del mercado laboral y el exceso de oferta de mano de obra, los cuales pueden dar como resultado una mayor pobreza urbana en contextos de demanda laboral limitada. De acuerdo con la OIM (2005 a), las autoridades públicas de diferentes niveles deberían coordinar políticas para la provisión de servicios básicos específicamente para migrantes.

El Programa de Acción de la CIPD sugiere que las políticas diseñadas para influir en los flujos de población deberían:

- Integrarse a los programas para el desarrollo y sociales y económicos en su conjunto, especialmente el desarrollo regional equitativo dirigido a las regiones menos favorecidas;
- Planear cuidadosamente la ubicación de la industria, las empresas, los servicios sociales y los servicios básicos;
- Establecer y fortalecer redes de ciudades de tamaño pequeño y mediano para aminorar la presión sobre las ciudades grandes;
- Establecer programas económicos y sociales para mejorar las áreas rurales;
- Proveer acceso a servicios sociales y apoyo para la producción;

- Mejorar las oportunidades de empleo en las áreas rurales;
- Garantizar la tenencia de la tierra; y
- Suministrarle a la población rural información acerca de las condiciones económicas y sociales en las áreas urbanas.

El *Informe sobre el Estado de la Población Mundial* 2007 (UNFPA, 2007) primero aclara que, contrario a las percepciones populares, el crecimiento urbano es en su mayor parte endógeno y no debido a la migración. Sugiere que, si se maneja bien, la urbanización puede ser una fuerza altamente dinámica en el proceso del desarrollo, haciendo mucho énfasis en su doble naturaleza, lo mismo como fuente de problemas que como una clave para su solución. Las ciudades concentran la pobreza, pero también representan para las personas pobres las mejores esperanzas de escapar de ella. Para aprovechar estas oportunidades, las ciudades necesitan prepararse ahora para el crecimiento próximo – tanto migratorio como vegetativo -, porque los cambios son demasiado grandes y demasiado rápidos como para permitirle a los planeadores y los diseñadores de políticas simplemente reaccionar. Por lo tanto, demanda un análisis de largo alcance y medidas proactivas. El suministrar tierra con servicios mínimos para los pobres, por ejemplo, ayudará a satisfacer necesidades presentes y futuras. Con seguridad en la tenencia de la tierra, acceso a calles, agua, saneamiento, desecho de desperdicios y energía eléctrica, las personas pobres harán sus propias construcciones. Un domicilio puede ser el primer paso para salir de la pobreza. A la inversa, advierte que proveer infraestructura urbana después de que ya se han construido asentamientos informales puede ser extremadamente costoso.

1.4. El vínculo entre pobreza y migración internacional

Los flujos de migración transfronteriza volvieron a cobrar importancia en las últimas décadas, en las que el número de personas que no vivían en su país de origen se incrementó en 2.8% por año, de 100 a 175 millones, alrededor del 2.9% de la población mundial (aunque artificialmente empujado al alza por el recuento de ciudadanos de las nuevas repúblicas independientes fundadas con la desintegración de la Unión Soviética) (Zlotnik, 2005).

Los países industrializados ya han experimentado su transición demográfica, presentando no sólo un envejecimiento poblacional y tasas de fecundidad en descenso, sino por debajo del nivel de reemplazo. Europa Occidental en particular puede enfrentar problemas para suministrar la fuerza laboral requerida para sostener sus economías con trabajadores europeos únicamente. A la inversa, casi todo el crecimiento de la población mundial proyectado al 2050 se deberá a la reproducción en los países en vías de desarrollo, que no han estado creando oportunidades de empleo, particularmente para los jóvenes. Parece razonable creer que la insuficiencia demográfica del mundo desarrollado podría ser compensada en alguna medida por los trabajadores de los países en vías de desarrollo, y que la brecha de la desigualdad económica entre los dos mundos podría acortarse con el apoyo de la migración internacional:

> *"Si las personas fueran bienes, la solución a los diferentes niveles salariales y de empleo sería obvia: alentar la transferencia de los 'excedentes' de personas de los estados nacionales más pobres a los más ricos, lo cual debería beneficiar a los individuos cuyos*

> *ingresos se incrementen, aumentar el PIB y promover una convergencia en salarios y oportunidades entre las áreas emisoras y receptoras que finalmente reduzca las presiones migratorias." (Martin, 2004: 2)*

Los óptimos económicos de esta migración de reemplazo, sin embargo, están mucho más allá de los números de migrantes a los que realistamente podría esperarse que los países desarrollados dieran cabida. Este aspecto será abordado con mayor detalle bajo el ODM 8.

La OIM hace notar que la migración internacional se intersecta con la mayoría de los ODM, más estrechamente con el Objetivo 1 (Erradicación de la Pobreza y el Hambre), el Objetivo 3 (Igualdad entre los Géneros), el Objetivo 6 (Prevención del VIH/SIDA, la Malaria y Otras Enfermedades), el Objetivo 7 (Sostenibilidad del Medio Ambiente), y el Objetivo 8 (Creación de una Alianza Global para el Desarrollo) (OIM, 2005 b). Esta sección analizará cuidadosamente las remesas y su impacto en la reducción de la pobreza (ODM 1), mientras que el tema de la fuga de cerebros/rescate de cerebros será abordado de manera más completa bajo el Objetivo 2. En los capítulos subsecuentes se abordará con mayor detalle el impacto de la migración internacional en el género (ODM 3), temas de salud (ODM 4, 5 y 6), el medio ambiente (ODM 7), y su pertinencia en relación con el ODM 8.

En términos generales, la dirección de los movimientos poblacionales coincide con los del capital. Sin embargo, el capital humano es el único factor de la producción que no disfruta de una libertad de movimiento formal (Martine, Hakkert y Guzmán, 2001). La etapa actual de la globalización presenta un alto grado de liberalización del capital financiero y el comercio internacional de bienes, servicios y tecnología, aunque todavía proteccionista con respecto al libre tránsito de mano de obra, no sólo debido a consideraciones económicas, sino también a otros factores mucho menos racionales. Estas barreras tienen implicaciones para la incidencia de la pobreza a nivel mundial:

> *"La forma en la que hemos proseguido con la globalización ha exacerbado las desigualdades, porque ha sido muy asimétrica. El capital se mueve más libremente que la mano de obra y eso significa que la posición de negociación de los trabajadores está en desventaja en relación con el capital." (Joseph Stiglitz en una entrevista con la periodista Ana Nicolaci da Costa)*[60]

Los flujos migratorios no corren tan libre e indiscutiblemente como el dinero; encuentran barreras no sólo legales y económicas, sino también psicológicas y culturales, para ingresar a un nuevo país, en donde pueden ser sujetos de prejuicios o la violación de derechos:

> *"Estos movimientos migratorios de carácter permanente estuvieron enmarcados en significativos cambios de la legislación que, en general, fue mucho más restrictiva que en el pasado y orientada a un mayor control de la inmigración ilegal." (CEPAL, 2002: 72)*

El reto percibido por la comunidad internacional en lo que respecta al ingreso de trabajadores extranjeros hoy en día es el del control de la migración irregular, el empleo de los migrantes indocumentados y la limitación del número de personas en busca de

[60] http://www.thestandard.com.hk/news_detail.asp?pp_cat=20&art_id=33226&sid=11110246&con_type= 1&d_str=20061204.

asilo (CEPAL, 2002). Los principales instrumentos de la ley internacional diseñados para regular esta situación, tales como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (aprobada por la Asamblea General en 1990), hasta ahora han tenido sólo una incidencia muy limitada en esta esfera, entre otras razones porque la mayoría de los países que la han ratificado (en la región de ALC, a junio de 2006, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay) son emisores, más que receptores, de migrantes internacionales.[61]

Existe la creencia extendida de que la mayoría de los migrantes provienen de las poblaciones más pobres, pero esto es incorrecto (Castillo, 2003). De hecho, los emigrantes por lo general tienen mayor educación que aquellos que se quedan (Naciones Unidas, 2004 b). A excepción de los movimientos de corta distancia entre fronteras (por ejemplo, las personas que migran de México y América Central a los EEUU, o los turcos a Europa Occidental), los migrantes por lo general necesitan tener acceso a información y algún tipo de caudal (de hasta US$ 60,000 para los migrantes chinos) con el fin de cruzar fronteras, ya sea legal o ilegalmente. Destacan dos tendencias: la demanda de mano de obra en ambos extremos del espectro ocupacional (es decir, altamente calificada y poco calificada) (Pellegrino, 2003; Naciones Unidas, 2004); y, a pesar de la escasez de datos desagregados por edad, el hecho de que una proporción significativa de los migrantes tiene entre 15 y 30 años de edad (Lloyd et al., 2005).

El conocimiento acerca de la migración internacional al interior de la región de ALC y desde ella está mucho más desarrollado si se le compara con aquel sobre la migración interna, particularmente con respecto a los mecanismos pertinentes para la reducción de la pobreza, que son la fuga de cerebros, la recuperación de cerebros, las organizaciones de las diásporas y las remesas. En el debate académico y político sobre la migración internacional actualmente

[61] La importancia de esta Convención puede ser resaltada por los seis puntos siguientes:

1. Los trabajadores migrantes son vistos como algo más que trabajadores o entidades económicas. Son entidades sociales con familias y, en consecuencia, tienen derechos, incluyendo el de la reunificación de la familia.
2. Reconoce que los trabajadores migrantes y sus familiares, al ser extranjeros que residen en estados de empleo o están en tránsito, no están protegidos. Sus derechos a menudo no son abordados por la legislación nacional de los estados receptores o por sus propios estados de origen. Por lo tanto, es responsabilidad de la comunidad internacional, a través de las Naciones Unidas, suministrar medidas de protección.
3. Por primera vez, provee una definición internacional del trabajador migrante, las categorías de los trabajadores migrantes y sus familiares, y establece estándares de trato a través de la elaboración de los derechos humanos particulares de los trabajadores migrantes y sus familiares. Estos estándares servirían para apoyar los derechos humanos básicos de otros migrantes vulnerables, lo mismo que aquellos de los trabajadores migrantes.
4. Los derechos humanos fundamentales son extendidos a todos los trabajadores migrantes, lo mismo documentados que indocumentados, con el reconocimiento de derechos adicionales para los trabajadores migrantes documentados y sus familiares, señaladamente la igualdad de trato con los nacionales de los estados de empleo en diversas áreas jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales.
5. La Convención Internacional busca jugar un papel en la prevención y la eliminación de la explotación de todos los trabajadores migrantes y sus familiares, incluyendo un fin a sus movimientos ilegales o clandestinos y a situaciones irregulares o indocumentadas.
6. Intenta establecer estándares de protección mínimos para los trabajadores migrantes y sus familiares que sean reconocidos universalmente. Sirve como una herramienta para alentar a aquellos Estados que carecen de estándares nacionales a adaptar su legislación a los estándares internacionales reconocidos.

Para mayores detalles acerca de la Convención, ver http://www.migrantsrights.org/about_campaign_span.htm. Para mayores detalles acerca de los instrumentos de derechos humanos en la región de ALC, ver Martínez (2006).

destacan dos líneas de pensamiento. Una plantea la migración internacional como una poderosa herramienta para la promoción del desarrollo global, nacional e individual, inherente a la etapa en curso de la globalización, y no sólo como un efecto colateral del mal gobierno en los países emisores. La otra es más cautelosa de las consecuencias de los movimientos migratorios internacionales, especialmente su amenaza percibida a la soberanía nacional (Siddiqui, 2005).

La migración internacional no es una panacea para el desarrollo nacional o el global (Skeldon, 2005), incluyendo la reducción de la pobreza, pero ciertamente representa un potencial para avanzar el desarrollo si los gobiernos nacionales y los organismos multilaterales promueven políticas de migración adecuadas:

> *"La migración por sí misma, por lo tanto, nunca puede ser una estrategia para el logro de los ODM, ni un impedimento para el logro de esos Objetivos. Más bien, su impacto depende de los entornos políticos, sociales, jurídicos y económicos en los que el proceso de migración tiene lugar, lo mismo que de las características, los recursos y la conducta de los migrantes individuales." (Usher, 2005 a: 13)*

Los economistas generalmente han enfatizado el lado positivo del proceso migratorio. Skeldon (2002: 14), por ejemplo, cita a John Kenneth Galbraith con la siguiente afirmación bastante apasionada:

> *"La migración es la acción más antigua en contra la pobreza. Selecciona a aquellos que quieren más ayuda. Es buena para el país al que se van; ayuda a romper el equilibrio de la pobreza en el país del que provienen. ¿Cuál es la perversidad en el alma humana que provoca que las personas se resistan a un bien tan obvio?"*

Esta visión típicamente económica enfatiza el papel de la migración como un equilibrador y optimizador de los recursos humanos y otros factores de la producción, supuestamente en beneficio tanto de los migrantes como de la sociedad en su conjunto. La misma apreciación positiva es hecha por Phillip Martin en su artículo de crítica sobre población y migración para el Consenso de Copenhague:

> *"La migración puede ser una herramienta para el desarrollo, y el desarrollo puede incidir en los patrones migratorios; en un mundo que alcance los Objetivos de Desarrollo del Milenio, puede haber un incremento a corto plazo en la migración seguido de una disminución resultante del crecimiento económico y del empleo más rápido. La migración puede acelerar el desarrollo si las 3 R del reclutamiento, las remesas y los retornos aceleran el crecimiento económico y del empleo. (...) El resultado puede ser una joroba migratoria o, temporalmente, una mayor migración a corto plazo, incluso a medida que se den las condiciones para una menor migración a largo plazo." (Martin, 2004: 40)*

Las poblaciones geográficamente estáticas tienen probabilidades de ser poblaciones económicamente estancadas, mientras que la movilidad geográfica aumenta el crecimiento económico y mejora la productividad.

> *"La migración voluntaria de las áreas con salarios más bajos a aquellas con salarios más altos incrementa la eficiencia distributiva, permitiéndole a una economía y al mundo hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles y, de esta forma, maximizar la producción." (Martin, 2004: 3)*

La apreciación que emana del Programa de Acción de la CIPD también es predominantemente positiva:

> *"La migración internacional ordenada puede tener efectos positivos en las comunidades de origen y en las de destino, por cuanto entran remesas de fondos a aquellas y recursos humanos necesarios a estas. La migración internacional también puede facilitar la transferencia de conocimientos especializados y contribuir al enriquecimiento cultural." (Programa de Acción de la CIPD, Capítulo X, 10.1)*

Los esfuerzos por limitar la movilidad desde países particulares podrían terminar inhibiendo el desarrollo. De hecho, las políticas con mayores probabilidades de ser efectivas son aquellas que aceptan las tendencias existentes, en vez de buscar revertirlas (Skeldon, 2005). La OIM (2005 b), la CEPAL (2002: Cap. 8), y la Comisión Global (CMMI, 2005: 31) apoyan este punto de vista.

Por otro lado, la migración también puede tener efectos negativos. Puede reducir drásticamente la fuerza laboral de sus individuos más productivos y generar una estructura etaria ampliamente sesgada hacia los adultos mayores en el área emisora. Adicionalmente, la infusión de dinero de los emigrantes puede provocar inflación en la economía local, especialmente en los precios de la tierra y los bienes raíces, e incrementar la desigualdad en el ingreso (Nyberg-Sorensen et al., 2002; Sriskandarajah, 2005 b). La migración internacional puede impedir el desarrollo como resultado de la fuga de cerebros de personal en áreas de trabajo estratégicas o de las dificultades enfrentadas por los inmigrantes recién llegados en los países receptores. La CIPD también expresa su percepción acerca de este lado negativo:

> *"Las migraciones internacionales entrañan la perdida de recursos humanos para muchos países de origen y pueden dar lugar a tensiones políticas, económicas o sociales en los países de destino. Para que las políticas internacionales de migración sean eficaces, deben tener en cuenta las limitaciones económicas del país de acogida, el impacto de la migración en la sociedad receptora y las repercusiones en los países de origen. Para que la migración internacional tenga dimensiones manejables a largo plazo es preciso que la opción de permanecer en el propio país sea viable para todos." (CIPD, Capítulo X, 10.1)*

Un aspecto clave para los efectos positivos potenciales es el éxito migratorio. El éxito, a su vez, depende de los factores del mercado laboral en las áreas y los países receptores, lo mismo que del acceso a vivienda y servicios sociales básicos. Además, las transferencias regulares de dinero, ahorros, bienes duraderos, conocimiento, habilidades, técnicas, actitudes y conductas están relacionadas con el mantenimiento de los vínculos y las redes sociales con el lugar de origen del migrante. El efecto potencial de los recursos y activos tangibles e intangibles también

dependerá del entorno económico, los vínculos con los mercados más amplios y la existencia de servicios públicos, infraestructura básica e instituciones locales eficientes para convertir los ahorros en inversiones en las áreas y países receptores (Taylor, 1999).

En términos generales, los gobiernos en la región de ALC han sido renuentes a reconocer a la migración internacional como un campo legítimo para la acción en materia de políticas públicas. No obstante, la importancia de los temas tiende a incrementarse con el tiempo. En palabras de Escobar (1998: 6-7), al escribir sobre Norteamérica y América Central:

> *"(...) los gobiernos de la región, en lugar de prepararse para una disminución de la migración, deberían estar planeando formas de imponer algún orden en los flujos futuros y adaptarlos a las necesidades del desarrollo nacional y regional. Esta tarea puede ser facilitada por una creciente voluntad política para el establecimiento de convenios bilaterales y multilaterales, un deseo compartido de ver una mayor igualdad social, y la consolidación de un regionalismo abierto. Si la migración parecía estar fuera de control en la década de 1980, esto no sólo se debió a su composición y su escala reales, sino también al hecho de que muchos gobiernos no le prestaron suficiente atención como resultado de la prioridad urgente que el contexto sociopolítico creó. La situación actual es objetivamente diferente: con la mayor estabilidad sociopolítica y económica que se está alcanzando, la migración puede ser tratada como un tema de la mayor importancia, y es posible hacerle frente por medio de políticas coordinadas. Considerando los cambios que están teniendo lugar en los diferentes aspectos del desarrollo en los países de la región, los intentos por mantener a las poblaciones inmóviles parecen ser injustificados y, de hecho, pueden implicar costos económicos, sociales y políticos muy altos".*

En lo que respecta a alcanzar la Meta de reducir a la mitad el número de personas que viven con menos de 1 dólar por día, ¿cuáles son los inconvenientes y los beneficios potenciales de la migración internacional a partir de los niveles individual, nacional y global? El resto de esta sección se centrará en dos aspectos: las remesas y las comunidades transnacionales. El asunto de las remesas será evaluado a través de las lentes del crecimiento económico, el equilibrio macroeconómico, el efecto multiplicador y la reducción de la pobreza.

1.4.1. Remesas

Al parecer los expertos están de acuerdo en que la mayor parte de la conexión inequívoca entre la migración y la reducción de la pobreza reside en los efectos económicos y sociales generados por los ingresos que los trabajadores migrantes envían a casa -las remesas internacionales (Usher, 2005 a b; Adams y Page, 2003; Skeldon, 2002, 2005; Martin, 2004)-, un sentimiento del que algunos prominentes políticos de la región hacen eco:

> *"(...) Las remesas colectivas están llamadas a convertirse en una verdadera palanca de desarrollo para muchas zonas indígenas y rurales. Por eso, consideramos que son un valioso complemento para ampliar los horizontes de la políticas de desarrollo*

regional y del combate a la pobreza." (Discurso del Presidente Fox en el Acto Público "Compromisos con el Paisano – Contigo en las Remesas", 13 de noviembre de 2001)

La Consulta Regional sobre Migración, Remesas y Desarrollo en América Latina y el Caribe, celebrada en Santo Domingo los días 27 y 28 de julio de 2006, afirma que:

"Los participantes examinaron si la migración, las remesas y el desarrollo pueden contribuir al logro de los ODM y cómo es que diferentes partes interesadas pueden trabajar juntas para lograr esa vinculación. La migración internacional es una característica fundamental de la globalización, y las remesas representan una importante forma para salir de la pobreza extrema para un gran número de personas. Las comunidades transnacionales consiguientes -las diásporas, las asociaciones de emigrantes, etc.- pueden contribuir al logro de los ODM a nivel local. En consecuencia, las estrategias de desarrollo efectivas, particularmente en los niveles locales, deben integrar a las diásporas con sus comunidades de origen a través de políticas de migración y desarrollo coordinadas y basadas en evidencia para poder alcanzar los ODM. La migración y las remesas plantean desafíos y oportunidades. Las remesas y la participación y el involucramiento de las diásporas no son una panacea, pero pueden contribuir a encontrar soluciones a problemas enfrentados por los países en vías de desarrollo." (UN-INSTRAW/FUNGLODE, 2006: 2.1)

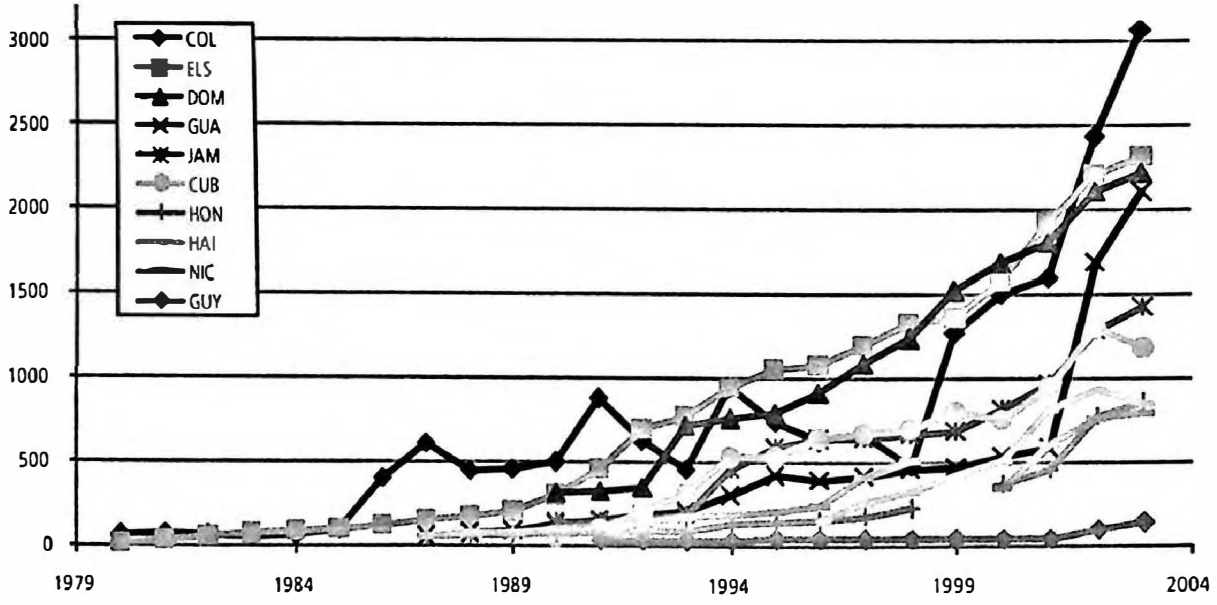
En 1990, el volumen observable de las remesas globales se estimó en US$ 71,100 millones, sólo superadas por el petróleo en términos de valor en el comercio internacional (Russell, 1992). Si se consideran los flujos globales de los países desarrollados a los menos desarrollados por sí solos, el volumen probablemente se duplicó de alrededor de US$ 30 mil millones a finales de la década de 1980 a más de US$ 60 mil millones una década más tarde (Martin y Widgren, 2002). Las remesas globales alcanzaron US$ 257 mil millones en el 2004, con 188 mil millones acumulándose a favor de los países en vías de desarrollo (Banco Mundial, 2007). La cifra preliminar para 2006, de acuerdo con la misma fuente, es de US$ 268 mil millones, con 199 mil millones yendo a los países en vías de desarrollo. Además, no se da cuenta de todas las remesas internacionales, ya que los trabajadores encuentran otros medios para enviar sus ingresos a casa, no siempre a través de canales legítimos. La proporción del total mundial recibido por la región de ALC se ha incrementado de 15.2% en 2000 a un 19.8% estimado en el 2006.

ALC es la región del mundo con el número más grande de personas que viven fuera de su país de nacimiento (Baumann, 2005). El total de remesas internacionales recibidas en la región se disparó de US$ 10,600 millones en 1990 a US$ 45,800 millones en 2004 (más que el PIB del Ecuador en el 2005), y alcanzó US$ 56,400 millones en 2005. En 2004, México (US$ 16,600 millones), Brasil (US$ 5,600 millones) y Colombia (US$ 3,900 millones) - tres de las economías más grandes en la región - fueron los países con los mayores flujos de entrada de remesas. México es el segundo receptor más grande de remesas en el mundo (Martin, 2004). En conjunto, las remesas corresponden al 1.5% del PIB de México, superando a la industria del turismo e incluso a las exportaciones agrícolas, y sólo superadas

por las exportaciones de manufacturas como fuente de ingresos provenientes del extranjero. El Gráfico 1.10, que no incluye a México y el Brasil, muestra la evolución de las remesas durante los últimos 25 años para algunos de los principales receptores en la región. En 2003, el último año de esta gráfica, ascendieron a US$ 2,316 millones en El Salvador, US$ 2,217 millones en la República Dominicana, US$ 2,106 millones en Guatemala, US$ 1,426 millones en Jamaica, US$ 1,180 millones en Cuba, US$ 862 millones en Honduras, US$ 850 millones en Haití, US$ 788 millones en Nicaragua, y US$ 137 millones en Guyana. Además, existieron ingresos por remesas de US$ 1,657 millones en Ecuador y más de US$ 1,000 millones en el Perú.

Las remesas internacionales tienen un peso aún más decisivo en los PIB de los países centroamericanos, ascendiendo al 8% del PIB centroamericano combinado, el 29% en Haití, el 16% en Nicaragua, y alrededor del 15% en El Salvador, Honduras y la República Dominicana (CEPAL, 2005 a; Martin, 2004). Ascienden a alrededor del 80% de todos los ingresos por exportaciones en El Salvador (Baumann, 2005) y un porcentaje similar en Nicaragua; en Haití, incluso excedieron los ingresos por exportaciones, claramente ayudando a compensar las importaciones y otros medios de flujos de salida que inciden en la balanza de pagos y las tasas fiscales del país. En México, con su economía mucho más grande, las remesas representaron el 3% del PIB y el 10% de las exportaciones en 2004, mientras que en el Brasil fueron de alrededor del 5% y en Colombia de un poco menos del 20% de las exportaciones.

Gráfico 1.10: Evolución de remesas entre 1980 y 2003 para diez países en la región de ALC (en millones de US$)



Fuente: Orozco, 2001, 2005 a

Se dice que las remesas funcionan como un instrumento de protección social mucho más efectivo e inclusivo que los programas sociales de los gobiernos de origen del migrante.

Representan una fuente crítica de ingresos para alrededor de 20 millones de familias en la región, constituyendo hasta la mitad del ingreso anual de estos hogares. En el México rural se estima que el 15% de todos los ingresos de los hogares se derivan de remesas (Wodon et al., 2002). La mayor parte de los remitentes se encuentran entre los 18 millones de migrantes internacionales de ALC que se estima viven en los EEUU,62 Japón, y Europa Occidental: alrededor del 75% de las remesas provienen de los EEUU, mientras que las remesas de Europa Occidental - particularmente Italia, Portugal, España y el Reino Unido- contribuyen con el 15% del total. Adicionalmente, existe la considerable cantidad de 3 millones de trabajadores en países vecinos de la región –paraguayos y bolivianos en Argentina y Brasil, nicaragüenses en Costa Rica, haitianos en la República Dominicana, colombianos en Venezuela, peruanos en Chile - que contribuyen hasta con un 5% de las remesas de ALC (Fagen y Bump, 2005). Dos flujos importantes se originan en Japón y Canadá. El primero está dirigido principalmente hacia el Brasil y el Perú, y el segundo a Jamaica y Haití (Ndarishikanye, 2005). La cantidad típica de remesas es de alrededor de US$ 200, cinco veces por año. Por lo menos es esto lo que Simmons, Plaza y Piché (2005) encontraron para los inmigrantes haitianos y jamaiquinos en Canadá; es probable que las cifras para los EEUU u otros grupos de nacionales no sean muy diferentes.

Los efectos de las remesas se dejan sentir a diferentes niveles, tales como la promoción del crecimiento económico, contribuyendo al equilibrio macroeconómico, generando efectos multiplicadores para las economías locales, y mejorando las condiciones de vida y mitigando la pobreza de familias individuales. No obstante, las remeses pueden producir distorsiones en aquellos mercados con factores locales (especialmente la tierra y la mano de obra) y tener un impacto en la transmisión de prácticas culturales negativas que reducen la calidad de vida local. El Cuadro 1.12 presenta un resumen esquemático de las interacciones a diferentes niveles que son pertinentes a la reducción de la pobreza.

Cuadro 1.12: Principales impactos de las remesas en la pobreza a diferentes niveles

Receptor	Impactos de reducción de la pobreza	Otros Impactos
Hogares	• Suavizamiento del ingreso y el consumo • Mayor ahorro y acumulación de activos; garantía para préstamos; liquidez en tiempos de crisis • Mayor acceso a servicios de salud y mejor nutrición (potencial de mejor productividad) • Acceso a mejor educación por más tiempo, reduciendo el trabajo infantil (Cox-Edwards y Ureta, 2003) • Mayor capital social y capacidad para participar en grupos y actividades sociales, clubes de ahorro, esquemas informales de financiamiento, bolsas de trabajo recíproco (Orozco, 2002) • Mayor acceso a información	• La dependencia de las remesas hace a los hogares vulnerables a los cambios en los ciclos migratorios • Alta proporción de remesas gastada en inversiones no productivas e incrementos en el consumo a corto plazo • Acceso diferencial a los recursos adicionales de acuerdo con el sexo o la edad (Kothari, 2002) • Adopción de innovaciones no adecuadas para el entorno local

(continúa)

[62] Al año 2000, el 51% de la población de los EU nacida en otros países, un total de alrededor de 14.5 millones de personas, era de origen latinoamericano. Se estima que el número total de migrantes no autorizados en los EU era de alrededor de 11.5 millones en 2004, 81% de los cuales presuntamente son de la región de ALC (Passel, 2005).

(continuación)

Comunidad	• Mayor infraestructura física local (Alarcón, 2002) • Crecimiento de mercados de productos locales • Desarrollo de mercados de capital locales, disponibilidad de nuevos servicios: bancarios, comercio detallista y comercio en general, viajes, construcción • Organización de nuevas instituciones para el desarrollo (Alarcón, 2002; Meyers, 1998) • Cambios en las prácticas culturales, especialmente las actitudes hacia las niñas • Generación de oportunidades de empleo locales • Reducción de desigualdad entre los hogares, particularmente para los hogares pobres	• Inicialmente puede incrementar la desigualdad entre los hogares (aquellos con acceso a remesas y aquellos sin acceso a remesas) • Distorsiones en mercados con factores locales (especialmente la tierra y la mano de obra) • Transmisión de prácticas culturales negativas que reducen la calidad de vida local
Nacional	• Mayores flujos de entrada de divisas extranjeras (Orozco, 2002; Ratha, 2003) • Creación de empleos a medida que las remesas son invertidas en el sector productivo • Mayor capital humano a medida que los migrantes aprenden nuevas habilidades y prácticas de trabajo	• Fluctuaciones en los tipos de cambio, especialmente para países con PIB bajos (Amuedo-Dorantes y Pozo, 2002) • Distorsiones en los mercados inmobiliarios (Bracking, 2003) • Retiro de programas de bienestar social estatales debido a las remesas
Internacional	• Reducción de la desigualdad entre países a medida que las remesas exceden las transferencias para ayuda oficiales en algunas regiones (Ratha, 2003)	• Dependencia de fuentes de divisas extranjeras no confiables y sujetas a fluctuaciones cíclicas (Amuedo-Dorantes y Pozo, 2002) • Potencial de lavado de dinero

Fuente: Basado en Chimhowu, Piesse y Pinder, 2005: Table 3.4

Algunos investigadores latinoamericanos sienten que esta visión puede ser demasiado optimista. Por ejemplo, Lozano (2006) presenta el siguiente esquema, que distingue entre impactos positivos y negativos:

Cuadro 1.13: Impactos positivos y negativos de las remesas en la pobreza

Impactos positivos	Impactos negativos
• Incremento en los estándares de vida de las familias receptoras • Inversiones productivas: formación de empresas y capital humano (educación, salud, etc.) • Efectos multiplicadores: expansión del mercado interno regional • Reducción del gasto gubernamental en infraestructura, subsidios y servicios • Recursos para el combate de la pobreza y el rezago social	• Intercambio de jóvenes por remesas, lo cual equivale a un suicidio nacional • Gasto de producción, incrementando la dependencia económica: uso exclusivo para el sostenimiento de la familia • Poco estímulo al desarrollo nacional y regional • Inflación en bienes, servicios y mano de obra • Polarización social y salarial

Fuente: Lozano, 2006

Estas y otras dimensiones serán tratadas con mayor detalle a continuación.

1.4.1.1. Equilibrio macroeconómico

Las remesas pueden ser un mecanismo importante para que los países financien su proceso de desarrollo. Algunos autores (por ejemplo, Addleton, 1992) han afirmado que el hecho de que en la década de 1980 un país como Pakistán haya recibido alrededor del 9% de su PIB en remesas fue lo que le permitió a este país "sostener el crecimiento más alto en el subcontinente del Sur Asiático a lo largo de la mayor parte de las décadas de 1970 y 1980". En el país vecino de India, las remesas representaron el 21% del ingreso del

Estado de Kerala en la década de 1990 (Kannan y Hari, 2002), llevando a algunos autores (George, 1993; Tharamangalam, 1998) a cuestionar los méritos ampliamente reconocidos del "modelo de desarrollo de Kerala", enraizados en sus impresionantes logros en materia de salud y educación, y apuntar en su lugar a la dependencia por parte de Kerala de las remesas provenientes de la región del Golfo Pérsico.

A nivel global, de acuerdo con un documento de la OCDE para la Cumbre de la Tierra 2002, si tan sólo el 4% de la fuerza de trabajo de la Unión Europea, Canadá, Japón y los EEUU estuviera integrada por migrantes, los retornos para los países de origen podrían ser de alrededor de US$ 160-200 mil millones por año, mucho más que cualquier alivio de la deuda potencial.[63] Similarmente, Phillip Martin calcula, en un ejercicio meramente hipotético, que:

> *"Movilizar a 100 millones de migrantes de los países de bajos ingresos a los países de altos ingresos, sin cambiar los PIB promedio en los países emisores y receptores, incrementaría el PIB promedio y total en un ocho por ciento." (Martin, 2004: 7)*

Estimaciones similares han sido obtenidas por Walmsley y Winters (2003), que usaron técnicas de Equilibrio General Computable para ese fin. Ambas estimaciones han sido disputadas por Mark Rosenzweig (2004) en su documento de crítica para la Reunión del Consenso de Copenhague. De acuerdo con Rosenzweig, es posible defender el argumento de la migración internacional, particularmente de trabajadores calificados, pero las suposiciones que subyacen a las estimaciones tanto de Martin (por ejemplo, la suposición de que los PIB promedio no se verían afectados) como de Walmsley y Winters son demasiado optimistas.

El ingreso de remesas contribuye a mejorar el desempeño económico nacional, abriendo el camino para el equilibrio (o incluso un superávit) de la balanza de pagos nacional. Para ilustrar el caso, el MDGR de la República Dominicana (2004) indica que en el periodo 1994-2003, en el que alrededor de 1-1.5 millones de dominicanos vivieron en el extranjero, sus remesas correspondieron al 29.2% de las exportaciones del país y el 216% de la inversión extranjera directa durante el mismo periodo, jugando un papel importante en el desempeño macroeconómico del país (República Dominicana, 2004).

Un caso similar es descrito en el MDGR Nacional de El Salvador (2004):

> *"(...) las remesas (medidas aquí como transferencias privadas netas) aumentaron de poco menos de US$ 400 millones en 1990 a US$ 2,000 millones en 2001. A nivel macroeconómico, este flujo de remesas ha sido un sustento clave de la economía, ayudando a cerrar la brecha externa, particularmente después de que la ayuda externa se ha reducido sustancialmente en años recientes." (El Salvador, 2004: 36)*

La mayoría de los estudios parecen coincidir en el hecho de que las remesas son mucho menos procíclicas y, por lo tanto, más estables y predecibles que otras fuentes de divisas extranjeras, siendo menos afectadas por los ciclos económicos a corto plazo y tendiendo a incrementarse en tiempos de crisis (CEPAL, 2005 b; Action against Hunger and Poverty, 2004; Martín-Guzmán, 2004), ya que por lo general no disminuyen cuando el país pasa

[63] Citado en The Guardian, 26 de agosto del 2002.

por un periodo de recesión. También tienden a tener una distribución más uniforme al interior de un país que la inversión extranjera. Por otro lado, Acosta (2005) apunta que las remesas reducen indirectamente la presión en materia de inversiones sociales sobre el gobierno ecuatoriano, dando margen con ello al uso de recursos públicos para el pago de la deuda pública. En el MDGR 2005 del Ecuador se hace la misma observación:

> *"Adicionalmente, el período se complementa con un fuerte proceso migratorio que ha incidido en la dotación de capital humano a la economía ecuatoriana, creando incentivos para la movilidad de capital humano desde Colombia y Perú hacia Ecuador. No obstante, el fenómeno de emigración e inmigración es favorable para la economía ecuatoriana en tanto los flujos netos de remesas se han constituido en una importante fuente de financiamiento de la cuenta corriente de la Balanza de Pagos.." (Ecuador, 2005: 43)*

1.4.1.2. Multiplicadores y efectos de crecimiento económicos

Los efectos multiplicadores económicos de las remesas dependen de cómo se usen. Las ganancias económicas finales derivadas de las remesas están formadas por la suma de los incrementos en el ingreso neto individual más un dividendo general (Martin, 2004), que puede ser sustancial. De acuerdo con Taylor y Adelman (1996), por cada dólar de remesas se generan US$ 2-3 en el PIB local, debido al efecto multiplicador. Los recursos adicionales ingresados pueden ser usados para el consumo destinado a satisfacer necesidades básicas, como parece ser el caso de alrededor del 80% de las remesas enviadas a la región de ALC (Terry, 2005; Zárate-Hoyos, 2005; Orozco, 2005 b; Kirton, 2005). El estudio de Montes (1990) para El Salvador muestra, por ejemplo, que el 81.7% de las remesas servían para satisfacer necesidades básicas del hogar: 42% para alimentación, 11.6% para ropa y calzado, 11.9% para medicamentos, y 16.2% para vivienda y educación. Sólo el 9.2% se invertía en empresas productivas tales como la compra de tierra o tiendas.

Sin embargo, la tesis de que el consumo conspicuo drena las remesas no es completamente indisputable. La línea entre las inversiones y el consumo es tenue, ya que el consumo puede plantear efectos indirectos en las comunidades pequeñas, impulsando su actividad económica y dando lugar a externalidades positivas a nivel local. No es poco común que el dinero enviado a casa sea usado también para financiar la educación de las generaciones futuras de las familias (Skeldon, 2002). Los gastos en salud y educación probablemente deberían contarse como inversiones. Además, los fondos restantes ayudan en gran medida a romper los ciclos de pobreza intergeneracionales y pueden generar efectos multiplicadores significativos. Datos de una encuesta de hogares representativa a nivel nacional realizada en Guatemala, en el 2000, muestran que los hogares sin remesas gastaban 59% de los incrementos en su ingreso en el consumo de bienes, en comparación con el 56% en los hogares que recibían remesas internacionales y el 54% en los hogares que recibían sólo remesas internas (Adams, 2006). Los primeros hogares también gastaban 15% más en vivienda que los segundos. Al margen, por lo tanto, los hogares que reciben remesas consumen menos e invierten más. Algunos estudios apuntan que los migrantes tienden a usar su riqueza juiciosamente, y que los beneficios al parecer compensan, por mucho, los costos (Gunatilleke, 1986).

El uso de las transferencias monetarias con fines de inversión es más notable en aquellos países con una historia de migración internacional más larga. En México se encuestó a 6,000 empresas urbanas pequeñas, y se encontró que las remesas representaban alrededor del 20% de su capital total. Repitiendo el análisis para aquellos Estados con las tasas de emigración más altas, esta cifra se incrementó a 33% (Woodruff y Zenteno, 2001). Los efectos multiplicadores fueron del orden de US$ 1.5-2.1 por cada dólar remitido, con el mayor impacto en el sector servicios (Zárate-Hoyos, 2005). Entre más alto sea el nivel de remesas, mayor es la probabilidad de que se inviertan productivamente (Banco Mundial, 2006 a; Kirton, 2005). Tuirán (2002) informa que una gran proporción de las remesas enviadas de los EEUU a México se dirige a pueblos periféricos, suministrando recursos vitales para hacer a las economías locales más dinámicas e impulsar las actividades comerciales. Los 100 municipios que reciben la tasa de remesas más alta per cápita en el país -absorbiendo alrededor del 17% de todas las remesas internacionales- son predominantemente rurales o se ubican en áreas rurales. Thouez (2005) estima que los US$ 2,000 millones registrados en México han generado US$ 6,500 millones, que representan el 3% de su PIB.

En un estudio de 13 países caribeños, cada incremento de un punto porcentual en las remesas fue asociado con un incremento del 0.6% de la inversión privada (Mishra, 2005). En El Salvador, Andrade-Eekhoff y González (2003) estimaron que el efecto de la migración internacional en el establecimiento de micro y pequeñas empresas era del orden del 3%.

Sin embargo, las remesas no siempre son buenas noticias (Bracking, 2003). La ciudad de Cuenca, en el Ecuador, es un buen ejemplo de su lado negativo. Ecuador ha experimentado un enorme crecimiento de la emigración desde 1990, alimentado en gran parte por la crisis económica. Se estima que entre 1999 y 2003 entre 600,000 y 1 millón de personas abandonaron el país, principalmente a los EEUU y España, dando como resultado una situación en la que actualmente alrededor del 14% de la población ecuatoriana recibe ingresos por remesas. Los migrantes de la región de Cuenca se fueron en su mayor parte a los EEUU, y sus remesas representan el 38% del total nacional, o US$ 600 millones en el año 2000, convirtiendo a Cuenca en una de las ciudades más caras en el Ecuador (Serageldin et al., 2004), con un costo de vida 25-30% por encima del promedio nacional. Alrededor de la mitad de las remesas se canalizaron al sector de la construcción, y el precio de los terrenos urbanos y la mano de obra para la construcción se incrementó. Esto erosionó la capacidad de adquisición de vivienda para aquellas familias que no tenían migrantes internacionales y para los peruanos y, en menor medida, los colombianos que habían venido a ocupar los empleos dejados vacantes por los emigrantes ecuatorianos. Aun cuando en un principio la tasa de pobreza extrema en Cuenca descendió, se incrementó de 30% en el 2000 a 44% en 2004, a pesar de los flujos migratorios sostenidos.

Según Acosta (2005), las remesas han contribuido definitivamente a la reducción de la pobreza en el Ecuador, especialmente después de la dolarización en 1996. No obstante, no constituyen un canal eficiente para dar lugar a un desarrollo sostenible y reducir la pobreza a largo plazo en un entorno en el que las políticas públicas dirigidas a incrementar la productividad y el empleo no están en la agenda. Además, las remesas internacionales pueden incrementar las importaciones y reducir la demanda de productos internos.

1.4.1.3. Los efectos distributivos en la reducción de la pobreza

A pesar de la importancia de los mecanismos anteriores, la ruta más directa por la que las remesas ayudan a mitigar la pobreza es suministrándole a las familias en el lugar de origen ingresos adicionales que, en otras circunstancias, no estarían disponibles. Esto es particularmente cierto si la decisión de migrar, en lugar de ser individual, forma parte de una estrategia para la supervivencia de los hogares, tal como algunos autores (por ejemplo, Agrawal y Horowitz, 2002) sugieren. Esto no significa que las remesas sólo benefician a las familias pobres. Por el contrario, los datos presentados por Santillán y Ulfe (2006: Cuadro 5) sugieren que la incidencia más alta de las remesas en El Salvador se encuentra entre las familias rurales no pobres (26.5%), seguidas por las urbanas no pobres (17.4%), y las urbanas pobres (14.1%), y es probable que existan situaciones similares en otros países.[64] Es posible que la migración no pueda erradicar todos los tipos de pobreza y que incluso pueda exacerbar algunos, pero es probable que la alternativa de intentar limitar o restringir la migración sea mucho menos productiva.

> *"Las remesas de la migración de mano de obra internacional son una importante estrategia para mejorar los niveles de ingreso, reducir la pobreza, estimular el ahorro y los fondos de inversión, y garantizar el acceso a la educación de modo que los niños puedan permanecer en la escuela por más tiempo. También sirven como un seguro social para emergencias de salud, las muertes en la familia, el ingreso para los adultos mayores y la recuperación después de desastres naturales." (Andrade-Eekhoff, 2003: 5)*

Aunque las consecuencias de la migración pueden ser tanto positivas como negativas, autores como Adams y Page (2003) y Taylor (1999) tienen poca duda de que el incremento de la migración internacional está positivamente correlacionado con la disminución del número personas que viven en la pobreza. A nivel nacional, Adams y Page estudiaron la incidencia de la pobreza en 74 países de bajos y medianos ingresos con base en 190 observaciones y un modelo de regresión de corte transversal en el que el (log del) nivel de pobreza (de acuerdo con el criterio de 1 dólar al día PPA) era explicado en términos del PIB per cápita, el índice Gini, y la cantidad de remesas recibidas. Ellos encontraron que, en promedio, un incremento del 10% en la proporción de las remesas internacionales en el PIB de un país conducirá a una disminución del 1.2% de las personas que viven en pobreza extrema, tal como lo mide el método de incidencia. Si en lugar de las remesas se usa como criterio la proporción de migrantes que viven en el extranjero, el efecto de reducción de la pobreza es del 1.6%:

> *"La migración internacional tiene un impacto pequeño, pero estadísticamente significativo, en la reducción de la pobreza, independiente del nivel del ingreso y su distribución." (Adams y Page, 2003: 12)*

Un artículo más reciente de Adams (2006) analiza con mayor detalle el efecto de reducción de la pobreza para el caso de Guatemala, llegando a la siguiente conclusión:

[64] Sin embargo, puede haber un problema metodológico en el sentido de que algunos hogares no pobres serían clasificados como pobres si no fuera por las remesas que están recibiendo. Este asunto es abordado por Adams (2006) en su estudio de Guatemala mencionado abajo.

> *"(...) las diferentes mediciones de la pobreza muestran que la inclusión de las remesas -ya sean internas o internacionales- en el gasto de los hogares reduce el nivel, la profundidad y la severidad de la pobreza en Guatemala." (Adams, 2006: 68)*

Más que tratar a las remesas simplemente como una transferencia exógena, Adams trató de comparar el ingreso total de los hogares que recibían remesas con aquel de los hogares que no las recibían, pero que, por lo demás, eran similares a los primeros. Esto destaca el aspecto que en realidad importa en este contexto: ¿en realidad están los hogares con migrantes en el extranjero mejor de lo que habrían estado en ausencia de la migración? Los resultados del análisis econométrico sugieren que el gasto de los hogares era 37.1% y 39.5% más alto, respectivamente, para los hogares que recibían remesas internas e internacionales. Se encontró que la medición de la incidencia de la pobreza tradicional era poco afectada por las remesas: sólo un 1% en el caso de las remesas internas, mientras que las remesas internacionales en realidad incrementaron el nivel de la pobreza en un 1.6%. Sin embargo, se encontró que las remesas juegan un importante papel en la mitigación de la severidad de la pobreza: las remesas internas redujeron la brecha de pobreza al cuadrado en 23.5%, mientras que las transferencias internacionales la redujeron en 21.9%.

> *"La inclusión de las remesas -internas o internacionales- en el gasto de los hogares tiene un impacto mayor en la reducción de la severidad de la pobreza en Guatemala que en la reducción de la proporción de personas que viven en pobreza. (...) Esto significa que la mayor parte del efecto de reducción de la pobreza de las remesas en Guatemala proviene de incrementos en el ingreso de los hogares promedio, más que de cualquier cambio progresivo en la desigualdad del ingreso provocado por estos flujos de ingresos." (Adams, 2006: 68)*

Curiosamente, el MDGR (2002) de Guatemala no hace referencia alguna a este estudio o, en general, a la importancia de la migración y las remesas en la reducción de la pobreza, ya sea como un hecho observable o como una estrategia para optimizar sus beneficios potenciales. El MDGR de El Salvador (2004), por otro lado, confirma la vinculación entre las remesas y la reducción de la pobreza, detallando que su línea de pobreza extrema sería del 29.9%, en lugar del 25%, si no fuera por las remesas internacionales.

La CEPAL (2005 c: Cuadro 1.15) estima la pobreza en 11 países latinoamericanos, con o sin contribuciones al ingreso por concepto de remesas, en los hogares receptores. Los hallazgos sugieren que en El Salvador la pobreza en estos hogares se encuentra 26 puntos porcentuales, y la pobreza extrema 31 puntos porcentuales, por debajo de la que existiría en ausencia de esta fuente de ingresos. En México, las diferencias son de 20 y 27 puntos porcentuales, respectivamente; en Paraguay 18 y 25, y en Ecuador 20 y 19. En Bolivia, la República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay, las reducciones varían de 7 a 20 puntos porcentuales. Estas son diferencias muy sustanciales, aunque al interpretarlas es necesario tomar en cuenta que sólo se refieren a los hogares receptores y que, en ausencia de remesas, estos hogares probablemente diseñarían estrategias de sustento alternativas. De manera predecible, los efectos en la pobreza de la población en general son más modestos:

una reducción de 4.5 puntos porcentuales de la pobreza en general y 5.4 puntos porcentuales de la pobreza extrema en El Salvador, 1.3 y 1.6 en México, 0.8 y 1.0 en Paraguay, y 0.9 y 0.6 en Ecuador. También se encuentran diferencias importantes en Guatemala (1.6 puntos porcentuales para la pobreza en general y 2.1 puntos porcentuales para la pobreza extrema) y Nicaragua (1.5 y 2.0). En la mayoría de los países las remesas también reducen la desigualdad, pero no en todos lados: mientras que en El Salvador el índice Gini se reduce de 0.551 a 0.525, en el Perú se incrementa de 0.514 a 0.525 (CEPAL, 2005 c: Cuadro 1.12).

En un estudio de los estados mexicanos de Guerrero y Oaxaca, Wodon et al. (2002) concluyeron que la pobreza es 2% más baja de lo que habría sido sin el ingreso de las remesas. La magnitud de este efecto es aproximadamente la misma que la de los programas gubernamentales en salud, educación y reducción de la pobreza. Con base en información adicional de la Encuesta Nacional de Hogares Rurales de México, Mora y Taylor (2004) muestran evidencia de que las remesas tanto internas como internacionales incrementan los ingresos en aquellas áreas con una alta migración, que las remesas internacionales disminuyen las tasas de pobreza rural más vigorosamente que las remesas internas, y que las áreas con más emigrantes comparten los efectos más favorables de los incrementos en las remesas en la pobreza rural. Esto incluye el efecto negativo de la migración en la desigualdad en el consumo, que se encuentra en las áreas con una alta migración, pero no en las comunidades con tasas de migración más bajas (McKenzie, 2006). Finalmente, Andersen (2004), en su análisis de las encuestas de hogares de 1998 y 2001 de Nicaragua, encontró que dos tercios de los hogares que habían escapado de la pobreza durante este periodo eran receptores de remesas.

Sin embargo, esta idea tiene sus críticos. Aunque no presenta datos detallados a nivel de los hogares, Lozano (2005) cuestiona si, en el caso de México, las remesas en realidad benefician a las familias más necesitadas:

> *"La migración mexicana a los Estados Unidos ha significado a lo largo de su ya centenaria historia, una importante inyección de recursos monetarios, que han jugado un papel central en el sostenimiento de millones de familias del campo y de la ciudad, sobre todo en aquellas regiones y entidades de mayor concentración de migrantes. Sin embargo, los resultados preliminares hasta aquí presentados exhiben la fuerte concentración de las remesas en ciertos estratos económicos y en determinadas regiones y municipios de México, que no son necesariamente los más pobres o los más marginados. Por el contrario, alrededor de las dos terceras partes del monto total de remesas se concentran en hogares localizados en municipios con bajo o muy bajo grado de marginación. "*
> *(Lozano, 2005: 8)*

Esto nos lleva de nuevo al punto mencionado anteriormente en el sentido de que los migrantes no provienen predominantemente de los segmentos poblacionales más pobres (Castillo, 2003; Naciones Unidas, 2004 b).

El efecto de reducción de la pobreza de las remesas depende en cierta medida de las características socioeconómicas de los migrantes que envían estos fondos y los hogares que

los reciben. A pesar de sus salarios más bajos, los migrantes poco calificados, incluyendo a los indocumentados, son los principales agentes de remesas (Wickramasekara, 2002; Simmons, Plaza y Piché, 2005; Lowell y Martin, 2005). Los migrantes con mayores niveles educativos o altamente calificados tienen más probabilidades de movilizarse permanente y con sus familias y, por lo tanto, tienden a remitir una proporción más pequeña de sus ingresos. Un estudio de mercado de 1998 de los hogares latinos en los EEUU (De la Garza y Lowell, 2002) encontró que cada año adicional de educación en un migrante reducía la probabilidad de que remitiera fondos al hogar en un 7%, aunque las cantidades remitidas se incrementaban con la educación. Resultados similares fueron encontrados por Lowell (2001). Un estudio de 2002 sobre los remitentes de remesas en los EEUU mostró que el 59% de los remitentes no han concluido la secundaria, el 64% están empleados como obreros no calificados, el 54% apenas entiende el inglés, y el 72% vive en viviendas rentadas compartidas con un promedio de otras cuatro personas (Passel, 2005).

No obstante, existen argumentos que apuntan a lo contrario, sugiriendo que la emigración es potencialmente disruptiva para las economías locales, profundizando la desigualdad en lugar de reducirla. Indudablemente, la migración implica costos económicos y sociales, lo mismo que beneficios. Aun cuando las personas consideran a la migración como una opción para encontrar una salida a la pobreza y financiar la movilidad social ascendente, la migración implica costos de transportación y asentamiento iniciales (que incluso son prohibitivos para los sectores más pobres de la sociedad) para aquellos en busca de oportunidades económicas y una mejor vida. Más allá de los gastos de viaje de cruzar fronteras y encontrar un refugio a su llegada, el costo de enviar remesas a casa sigue siendo excesivo, transfiriendo una proporción significativa de los ingresos de los inmigrantes a las instituciones financieras.

Erica Usher (2005), de la OIM, indica que una intensificación de la migración internacional puede ya sea amplificar o reducir la pobreza. Considerando que los sectores más pobres de una sociedad encuentran serias barreras económicas para movilizarse al extranjero o incluso a un área más rica dentro del mismo país, aquellos que migran tienen más probabilidades de disponer de los medios para financiar sus gastos iniciales que aquellos que se encuentran en la base misma de la pirámide social. Es probable que los beneficios de las remesas se concentren en áreas limitadas de cualquier país y tengan las mismas probabilidades de incrementar las desigualdades que de mitigar la pobreza. En aquellos casos en los que incrementan las desigualdades, las remesas pueden en realidad conducir a incrementar los sentimientos de privación relativa entre aquellos que no reciben ingresos del extranjero, exacerbando con ello la pobreza.

La preocupación actual por las remesas ha distraído la atención de otras dimensiones igualmente importantes del nexo migración-desarrollo, y los países están revisando cuidadosamente los flujos internacionales de remesas relativos a su asignación de la ayuda (Skeldon, 2004). Si bien la mayoría de las veces contribuye a la reducción de la pobreza, la migración internacional tiene pocas probabilidades de ser el factor decisivo en la erradicación

de la pobreza a nivel nacional. Grandes áreas en cualquier país en vías de desarrollo pobre tienen probabilidades de encontrarse más allá del ámbito de la recepción de remesas del extranjero, y es necesario buscar otras estrategias para llegar a ellas (Skeldon, 2005).

El desafío está en maximizar los beneficios de la migración internacional y las remesas, al mismo tiempo que se encuentren formas de minimizar sus impactos negativos:

> *"Es importante aceptar las recomendaciones de la CIPD acerca de la necesidad de fórmulas y políticas para fortalecer los efectos positivos de la migración internacional y reducir sus consecuencias negativas." (Martine, Hakkert y Guzmán, 2001: 281)*

Entre las recomendaciones de la CIPD (Capítulo X), se encuentran: el llamado a la adopción de tipos de cambio favorables, políticas monetarias y económicas, facilidades para el establecimiento de instalaciones bancarias que permitan la transferencias de los fondos de los migrantes, la promoción de las condiciones necesarias para incrementar el ahorro doméstico y su canalización a actividades productivas, y facilidades para la migración de retorno, adoptando políticas flexibles tales como la transferibilidad de las pensiones y otras prestaciones laborales.

Las remesas, en resumen:

- Reducen la pobreza al suministrarle a las familias en el país de origen ingresos adicionales;
- Pueden permitirle a las familias hacer inversiones necesarias en educación y salud;
- Pueden funcionar como una red de seguridad social;
- Financian proyectos comunitarios tales como hospitales y escuelas, o son invertidas en empresas comerciales, particularmente en países con un entorno económico favorable (Ratha, 2003);
- Pueden constituir una importante fuente de divisas, permitiéndole a un país adquirir importaciones vitales o pagar deudas externas;
- Pueden tener un efecto positivo en el crecimiento macroeconómico, en la medida en que se usan para financiar gastos en salud y educación (Banco Mundial, 2004 a);
- Pueden generar efectos multiplicadores, aun cuando se dirijan exclusivamente al consumo, especialmente en aquellos países pobres con altos niveles de desempleo (Ratha, 2003);
- No se ven afectadas significativamente por las crisis políticas o financieras y los conflictos violentos;
- Son distribuidas entre los países en vías de desarrollo más equitativamente que otros flujos de capital (Ratha, 2003);
- Pueden tener un impacto negativo en la dependencia y la inflación de bienes y servicios.

Facilitar esos movimientos migratorios y el envío de remesas para hacerle frente a la pobreza es el desafío de los diseñadores de políticas en los países tanto emisores como receptores. Como la migración es un fenómeno irreversible, y en cierta medida incluso recomendable, ¿cómo obtener el mejor provecho de ella y sus remesas? Otro paso debería

ser mejorar el acceso por parte de los trabajadores a instalaciones bancarias en los países de acogida. Es esto a lo que Vasconcelos (2005) se refiere como "democracia financiera". Orozco (2002) identifica las siguientes estrategias para maximizar los beneficios de las remesas:

Capturar una parte del flujo de remesas

Ninguno de los países de ALC cuenta con reglamentos específicos que controlen el flujo de remesas. Guatemala y El Salvador no imponen restricciones o controles, permitiendo que el mercado de remesas se regule solo. Ambos Bancos Centrales siguen de cerca el flujo de remesas y lo miden monitoreando los reportes de los bancos y las casas de cambio. Además de monitorear las transferencias unilaterales y contarlas como remesas familiares, sus aduanas tienen reglamentos aplicables a los emigrantes que internan productos al país (a menudo remesas en especie). Ambos países tiene reglamentos liberales en lo que a derechos de importación se refiere, permitiendo el ingreso de mercancías al país por US$ 2,000 y US$ 1,500, respectivamente, sin restricciones.

Algunos países han intentado exigir que un cierto porcentaje de los ingresos de sus trabajadores que se van al extranjero sea depositado en un fondo para el desarrollo nacional. Por ejemplo, para la construcción de una planta hidroeléctrica con un valor de un millón de dólares, la comunidad de emigrantes podría financiar-recaudar el 20% de los costos y las organizaciones para el desarrollo internacional proveerían el resto de los recursos necesitados.

Instrumentos financieros para atraer remesas

Atraer las remesas asociadas con las transacciones de bajo retorno o las transferencias informales al sector bancario formal, aunque no se invierta directamente en el desarrollo, puede crear más valor. Bancos mexicanos comenzaron a ofrecer bonos de remesas respaldados por dinero enviado por los trabajadores migrantes en los EEUU (Druckerman, 1998). Los bonos son emitidos básicamente por los bancos que reciben grandes cantidades de transferencias desde el extranjero. Los fondos de remesas también pueden ser parte del negocio de cambio de cheques u órdenes de pago de los bancos. El dinero es depositado en una cuenta en el extranjero antes de convertir los fondos de remesas a la moneda local y pagarle a los receptores. Se ha estimado que el flujo anual de remesas durante los últimos cinco años ha sido diez veces mayor que la cantidad de pagos anuales de los bonos.[65]

1.4.2. Diásporas, migración de retorno y actividades transnacionales

Además de las remesas y la fuga de cerebros o la recuperación de cerebros (ver bajo el ODM 2), existen otros dos aspectos de la migración internacional que pueden incidir en el crecimiento económico: las diásporas y las actividades transnacionales. Las diásporas se pueden definir como la dispersión de poblaciones entre varios países extranjeros, lo cual puede estimular el desarrollo de actividades transnacionales que vinculen a los países de acogida y natales (Nyberg-Sorensen et al., 2002). Los impactos positivos en el crecimiento generados por las diásporas dependen del volumen de las remesas, pero también de las

[65] Se reporta que el Banco Cuscatlán maneja por lo menos una tercera parte de los $1,200 millones en remesas y que, en 1998, ofreció $50 millones en bonos de remesas.

habilidades adquiridas por los migrantes mientras están en el extranjero, y de si finalmente regresan a su país natal (Usher, 2005).

Los migrantes de retorno y circulares, en particular, constituyen una importante fuente potencial de inversión, capacidad empresarial y experiencia (por ejemplo, las habilidades adquiridas en países más avanzados) que pueden beneficiar a la población local (OIM, 2005 a b; Laczko, 2005) e impactar en la pobreza. Existe alguna evidencia, por ejemplo, de que la experiencia de trabajo en los EEUU puede producir beneficios adicionales para los migrantes al regresar a México. Dicho bono se realizaría en la forma de mejores ingresos (Greenwood y Tienda, 1997) si esos migrantes pueden capitalizar la experiencia que adquirieron. Incluso la emigración de profesionales calificados puede tener repercusiones positivas en el desarrollo de los países de origen y, con el tiempo, bajo las condiciones correctas, convertirse en una "recuperación de cerebros". La combinación de estos factores puede alentar la inversión y la proliferación de innovaciones, procesos de aprendizaje y empresas en los países de origen. Además de nuevas técnicas y conocimientos, pueden adoptar nuevos patrones de conducta más acordes con los usos de las sociedades desarrolladas, tales como una cultura democrática y nuevas posturas con respecto a la política y las relaciones entre los géneros, que ayudarán a mejorar la gobernabilidad y las actitudes democráticas (Martín-Guzmán, 2004). Políticas apropiadas tales como el otorgamiento de una doble ciudadanía pueden ayudarle a algunos países a beneficiarse de sus diásporas, al permitirle a los migrantes naturalizados invertir en su país de origen como ciudadanos y circular libremente entre países. Taiwán y la India han sido citados en la literatura como dos modelos exitosos en este sentido, en los que las diásporas han ayudado a promover el desarrollo económico y a establecer estrechas vinculaciones económicas y políticas entre los países de origen y destino (Skeldon, 2002). En la región de ALC se ha hecho poco trabajo para evaluar los costos y los beneficios de las estrategias seguidas, pero la impresión general es que han sido menos exitosas que en Asia.

Las diásporas provienen de localidades específicas en los países en vías de desarrollo, y su heterogeneidad es ocultada por los orígenes nacionales. Una manifestación de esta característica es la organización de Asociaciones de Emigrantes (Home Town Associations - HTA), que conectan a los migrantes con áreas particulares en sus países de origen. La literatura se refiere a estos tipos de organizaciones de diásporas como comunidades transnacionales, entendidas como redes o circuitos estructurados por migrantes (CELADE/OIM, 2000; Canales y Zlolniski, 2001). Estos tipos de organizaciones le permiten a los migrantes estar en contacto con sus comunidades de origen mientras residen en el extranjero, ofrecen apoyo a los recién llegados, desarrollan actividades de beneficencia, y ayudan a sus áreas de origen con asistencia profesional y donaciones financieras, por lo general dirigidas a inversiones en infraestructura, salud y educación (Chacón, 2005).

Las HTA mexicanas en los EEUU, de las que existen alrededor de 170, se están organizando en federaciones que han adquirido prominencia en los asuntos de sus comunidades de origen (CMMI, 2005). Los jamaiquinos en el extranjero han organizado varias HTA, tales como la Jamaica Diaspora Canadian Foundation in Toronto, establecida con la ayuda del gobierno jamaiquino para movilizar a jamaiquinos calificados en las áreas

de la aplicación de la ley, el desarrollo, la educación y la salud. Esta organización elige a delegados que pasan a formar parte de un Consejo Consultivo de la Diáspora Jamaiquina, el cual está integrado por migrantes jamaiquinos organizados provenientes de todo el mundo. Los salvadoreños en los EEUU también han constituido una federación de asociaciones de emigrantes conocida como Comunidades.[66] En 2001, el gobierno de El Salvador, a través de la Corporación Nacional de Municipalidades, estableció una asociación con Comunidades, con el propósito de igualar fondos para proyectos de desarrollo rural (Banco Mundial, 2006 a).

El estado mexicano de Zacatecas tiene una de las federaciones más antiguas HTA, que fue creada en 1972 y contribuye con fondos equivalentes, a través de la cual el gobierno coopera con las asociaciones de emigrantes y otros actores para promover el desarrollo económico. Esta es la iniciativa "3 por 1 – Proyectos Compartidos". Hoy en día, por cada dólar donado por los emigrantes, el gobierno federal, el gobierno estatal y el gobierno municipal contribuyen con un dólar adicional cada uno. En 2003, las HTA mexicanas recaudaron un total de US$ 387 millones a través de la iniciativa "3 por 1", de los cuales US$ 147 millones correspondieron al estado de Zacatecas, US$ 83 millones al de Jalisco, US$ 30 millones al de Michoacán y US$ 27 millones al de San Luís Potosí (Moctezuma y Pérez, 2006: Cuadro 2). Los proyectos le han dado prioridad al desarrollo que beneficie a la comunidad en su conjunto, tal como el suministro de agua potable, la construcción de escuelas e instalaciones recreativas, la pavimentación de calles y la construcción de iglesias, plazas y parques. En un futuro, el estado espera establecer microempresas y patrocinar otros proyectos económicamente productivos (Zárate-Hoyos, 2005; CMMI, 2005).

En Jalisco, en 1998 se creó un fondo para el desarrollo económico para atraer a las HTA. Las donaciones de las asociaciones de emigrantes, transferencias unilaterales tipo remesas, son igualadas por el gobierno en varios proyectos de desarrollo, incluyendo fábricas y proyectos de infraestructura. Otros actores, tales como empresas financieras,[67] también contribuyen, dando como resultado una forma híbrida de inversión y apoyo de la comunidad. El estado de Guanajuato, bajo el programa "Mi Comunidad" con las Casas de Guanajuato, propone una inversión manejada profesionalmente. Un consultor externo elabora un plan de negocios, el cual es presentado a cada una de las HTA en los EEUU. Es necesaria una inversión inicial, después de la cual el Estado paga entre 3 y 4 meses de salarios y ofrece préstamos a bajo costo. Existen varios incentivos que atraen a los inmigrantes en los EEUU a participar en estos programas. El apoyo del estado es uno, y el plan de negocios ofrece una mayor rentabilidad. La inversión tiene lugar en la ciudad natal de los inversionistas, e incluso pueden contratar a miembros de su familia. Los emigrantes que trabajan en estos proyectos creen que "al dar empleo a aquellas personas con menos formación, menos personas se verán obligadas a emigrar a los EEUU en busca de trabajo". Hasta ahora se han instalado seis maquiladoras

[66] Santillán y Ulfe (2006) describen una de estas organizaciones salvadoreñas (CARECEN) con cierto detalle.

[67] La empresa de servicios financieros Raza Express contribuye al fondo con 0.75 centavos por cada US$ 300 enviados a México a través de su compañía. La compañía contribuyó al fondo con más de US$ 50,000 y el gobierno de Jalisco ha aportado US$ 500,000, generando alrededor de 15,000 empleos.

que ya llevan un año funcionando y tres más están en la etapa inicial. Existen planes para tener hasta 60 maquiladoras funcionando en los próximos años.

Ayudar al desarrollo de asociaciones de emigrantes formales y alentar la membresía a las mismas, de modo que envíen dinero a sus países de origen e inviertan en ellos, puede estimular las remesas, tal como lo muestra la experiencia mexicana. Los programas federales incluyen el Programa Paisano y el Programa para las Comunidades Mexicanas en el Exterior (PCME). El primero intenta mejorar el trato que los migrantes de retorno reciben a manos de funcionarios mexicanos, reduciendo la corrupción y el abuso. El segundo ofrece servicios a los mexicanos que residen en los EEUU, incluyendo servicios de salud, educativos, legales y sociales. También ayuda a canalizar remesas a proyectos de desarrollo local.

El programa PCME opera a través de la red de 42 consulados y 23 institutos o centros culturales mexicanos en los EEUU (González y Schumacher, 1998). Coopera con los clubes mexicanos y las organizaciones de comunidades emigrantes para prestar sus servicios y promover la recaudación de fondos para sus lugares de origen. Los cónsules han ayudado a concertar reuniones entre líderes comunitarios y visitantes representantes del gobierno mexicano. Además, muchos funcionarios estatales y locales de las ciudades y estados emisores de emigrantes se reúnen con grupos de emigrantes y les brindan servicios.[68] Los recursos de las asociaciones de emigrantes mexicanos y centroamericanos frecuentemente son más grandes que los presupuestos municipales para obras públicas, y se dirigen prioritariamente a aquellos con mayor necesidad, especialmente en las áreas rurales. Entre 2002 y 2004, más de 3,000 proyectos beneficiaron a alrededor de un millón de habitantes en 23 estados mexicanos.

La experiencia mexicana es la más exitosa. Grupos salvadoreños, dominicanos y guatemaltecos están siendo alentados a seguirla. Burton y Gammage (2004) mencionan a la Comunidad Unida Chinameca (El Salvador) en Arlington, Virginia, que contribuyó con alrededor de US$ 100,000 a proyectos locales tales como la construcción de una escuela, instalaciones para el lavado de ropa, infraestructura para el manejo de aguas residuales y agua potable, vivienda, e incluso una ambulancia para ayudar a las víctimas de sismos. Aunque los expatriados guatemaltecos parecen estar poco concientes de la importancia de sus remesas, su Embajada ha emprendido acciones para llegar a las comunidades guatemaltecas en diversas partes de los EEUU con el fin de que consideren estrategias de inversión. Todas las asociaciones de emigrantes de estos países en los EEUU comparten algunas características comunes. Primero, en lugar de alguna especificidad, todas realizan actividades similares. Segundo, casi todas las asociaciones de emigrantes de la región de ALC en los EEUU hacen donaciones y realizan actividades de beneficencia, enviando ropa y otros bienes, lo mismo que apoyando eventos religiosos locales. Tercero, todas ellas recaudan y remiten dinero dirigido a mejoras en infraestructura, tales como la pavimentación de calles, la construcción de plantas para tratamiento de aguas residuales, filtrado de agua, y construcción de instalaciones de atención a la salud. Finalmente, las asociaciones de emigrantes también financian las demandas cotidianas de educación y

[68] Para 1998 existían más de 400 clubes operando en los EEUU.

salud de los habitantes de sus comunidades a través de becas, libros para bibliotecas, insumos de salud y equipamiento (Orozco, 2000).

La migración internacional también puede activar y mejorar el comercio de productos tradicionalmente consumidos en sus países de origen, lo mismo que productos de interés para los nacionales de los países receptores, tales como artesanías, ropa, muebles, música y productos "verdes". El comercio "étnico" y "nostálgico" de México y El Salvador a los EEUU, alcanzó un total de US$ 3,400 millones y US$ 82.8 millones, respectivamente, en 2001 (Cruz, Cerdán y Schatan, 2004).

En suma, las organizaciones de las diásporas pueden ser un instrumento importante para combatir la pobreza, en la medida en que "pueden impulsar el acceso a los mercados en los países receptores, ayudar a los países emisores a alentar la migración de retorno de los trabajadores calificados, y mejorar el flujo de las finanzas y el conocimiento" (Banco Mundial, 2004 c: 82). Existen, sin embargo, algunas limitaciones importantes a lo que las asociaciones de emigrantes pueden lograr. Por lo general funcionan mejor si por lo menos el 30% de los hogares de una comunidad ya están involucrados en la economía transnacional como receptores de remesas (OIM, 2005 a). La desventaja es que presentan claras limitaciones en cuanto a su capacidad para expandir su operación, su techo de inversión es relativamente bajo, y dependen de la filantropía y el trabajo voluntario para alcanzar sus objetivos. Todos estos factores le imponen límites a su capacidad para convertirse en agentes importantes del cambio.

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 1 (Parte 3):

Conclusiones generales

- Tanto la migración interna como la internacional tienen un rol en la reducción de la pobreza y la promoción del desarrollo, aunque los dos procesos sean complejos y no lleven a generalizaciones fáciles. Dadas ciertas circunstancias, los costos socio-económicos de la migración pueden, incluso, ultrapasar sus beneficios.
- Los economistas normalmente enfatizan el lado positivo del proceso migratorio: éste tiene un rol de equilibrio y de optimización de los recursos humanos y otros factores de producción, supuestamente para el beneficio de tanto los migrantes como la sociedad en general. Poblaciones geográficamente estáticas tienen mayor probabilidad de ser poblaciones económicamente estancadas, mientras que la movilidad geográfica aumenta el crecimiento económico y mejora la productividad.
- Tanto la migración interna como la internacional, sin embargo, también pueden tener consecuencias negativas.

3. El vínculo entre la pobreza y la migración interna

- El impacto de la migración interna en la pobreza se debe a tres mecanismos principales: es una estrategia de sustento para los pobres que complementa sus ingresos por medio

de trabajo no-agrícola en áreas urbanas; es un medio de seguridad de ingreso por medio de la diversificación de sus fuentes; finalmente puede constituir un proceso por lo cual pequeñas comunidades acumulan capital colectivo.

- La migración laboral constituye una estrategia de sustento considerando que el traslado residencial está asociado a la búsqueda de fuentes alternativas de ingreso que supone remesas de los ingresos enviadas a la familia, inversiones a distancia, regreso al lugar de origen y entrada en trabajo por cuenta propia, circulación laboral de alta competencia y el impacto de redes sociales y el intercambio de conocimiento en áreas de origen y destino. Las remesas – los efectos socio-económicos generados por los salarios que los trabajadores emigrantes envían a sus familias – y la migración circular son los principales procesos en los cuales se materializan los efectos de reducción de la pobreza. Desgraciadamente, en la región de ALC ha existido muy poca investigación sobre los efectos de pobreza asociados a remesas internas, a diferencia de las internacionales.
- Existe una larga tradición, tanto en el discurso popular como en la investigación científica, que atribuye parte de la pobreza urbana en el mundo en desarrollo al efecto de la migración rural-urbana. Manifestaciones académicas preeminentes de este sentimiento son la literatura de "sesgo urbano" y el modelo Harris-Todaro y sus extensiones posteriores. Sin embargo, la racionalidad de recomendaciones de políticas que buscan mantener los migrantes rural-urbanos en el campo se choca frontalmente con la mayoría de los análisis de determinantes de la pobreza en áreas rurales y urbanas. Aunque pueda haber consecuencias negativas de la migración, en su conjunto su contribución para la alivio de la pobreza parece ser positiva. Los niveles de pobreza rurales son claramente más altos que los urbanos, aun después de controlar un conjunto de otros factores relevantes. El peso de la evidencia también demuestra que la pobreza rural no es transferida a la ciudad. Descomposiciones sencillas del cambio en los niveles nacionales de pobreza sugieren que en varios países una proporción significativa de su cambio es directamente asociada al aumento de los niveles de urbanización.
- En años recientes, los econometristas empezaron a preparar estimaciones de los beneficios de ingreso que se derivan del traslado de los emigrantes internos. Ellos encontraron que, aun cuando la migración no resulta en beneficios monetarios a todos los migrantes, más probablemente los beneficios serán positivos. En Brasil, por ejemplo, fue estimado que 70.2% de los trabajadores no cualificados mejoraron sus ingresos como resultado de un traslado rural-urbano.
- Donde la migración es esencialmente circular en naturaleza, es probable que la misma apoye las comunidades de origen. Aun cuando los emigrantes pasan más tiempo en sus destinaciones, raramente rompen relaciones con sus áreas de origen: ellos regresan en intervalos regulares y envían bienes y dinero a los parientes en su país, ciudad o pueblo de origen. Sin embargo, la migración interna también puede afectar negativamente a las comunidades de origen: el proceso puede resultar en

una reducción temporal o permanente de capital monetario y humano local en las áreas de origen y puede así intensificar la pobreza de esas localidades, por lo menos en el corto plazo.

- Potenciales efectos negativos de la migración interna incluyen: 1. La distribución de servicios sociales básicos y oportunidades de mercado de trabajo en espacios urbanos puede ocurrir en desventaja de los pobres. 2. Aunque no sean los más pobres que emigran de esos pueblos, en comparación a las personas de ciudades en las áreas de destino son normalmente más pobres y su concentración puede significar un rezago del desarrollo urbano. 3. La migración puede afectar negativamente a las comunidades dejadas para trás, particularmente a grupos vulnerables como los niños y los adultos mayores. 4. Las remesas pueden agravar las desigualdades de ingreso en las áreas de origen. 5. Inicialmente, varios de los muchos empleos ocupados por los emigrantes, particularmente los ocupados por las emigrantes mujeres con poca educación, son mal pagados, inseguros y muchas veces requieren trabajo bajo pésimas condiciones.
- En la esfera de las políticas, se debe focalizar en establecer revocaciones internas en todos los niveles de gobierno con vistas a hacer la migración funcionar para los pobres. Las políticas deben tratar la maximización y difusión de los beneficios de los movimientos así como la protección de los individuos. Existe una clara necesidad de regular el sector informal de maneras a apoyar estrategias multi-locales de sustento y que promuevan la provisión de servicios básicos específicamente para los emigrantes.
- El Programa de Acción de CIPD recomienda las siguientes políticas para influenciar los flujos de población: fortalecimiento de redes de ciudades pequeñas y medias para aliviar la presión en las grandes ciudades; establecer programas socio-económicos para mejorar las áreas rurales; proveer acceso a servicios sociales y soportar la producción; mejorar las oportunidades de empleo en áreas rurales; garantizar la tenencia de la tierra; proveer información a la población rural sobre las condiciones socio-económicas en las áreas urbanas.
- El informe del *Estado de la Población Mundial* 2007 enfatiza que, contrariamente a las percepciones populares, la mayoría del crecimiento urbano es endógeno y no es debido a la migración. El informe también sugiere que, si bien administrada, la urbanización puede ser una fuerza altamente dinámica en el proceso del desarrollo, dando más énfasis en esa naturaleza de dos lados, tanto fuente de problemas como una llave a su solución. Las ciudades concentran pobreza, pero también representan las mejores esperanzas de los pobres para escaparla. Para tomar ventaja de esas oportunidades, las ciudades necesitan ser proactivas porque los cambios son demasiado largos y demasiado rápidos para permitir que los planificadores y tomadores de decisión simplemente reaccionen. Un ejemplo de medidas proactivas necesarias es proveer tierras mínimamente provistas de servicios para los pobres, porque proveer infraestructura posteriormente puede ser extremadamente costoso.

4. La relación entre la pobreza y la migración internacional

- Los mecanismos relevantes para la reducción de la pobreza relacionados con la migración internacional dentro y para fuera de la región de ALC son la fuga de cerebros, la ganancia de cerebros, las organizaciones de diáspora y las remesas. Si los gobiernos nacionales y organismos multilaterales ponen en marcha políticas adecuadas de migración, la migración internacional ciertamente representa un potencial para avanzar el desarrollo.
- La actual etapa de la globalización presenta un alto grado de liberalización del capital financiero y el comercio internacional de bienes, servicios y tecnología, aunque todavía sigue proteccionista con respecto al libre tránsito de trabajo, no simplemente por consideraciones legales y económicas, sino también por barreras sicológicas y culturales. Como la globalización asimétrica exacerba las desigualdades, esas barreras tienen implicaciones para la incidencia mundial de la pobreza.
- Los países industrializados ya pasaron por su transición demográfica, presentando tasas de fecundidad por debajo del reemplazo y poblaciones que envejecen; de esa manera, dichos países enfrentan dificultades en abastecer la fuerza de trabajo que sostiene sus economías. En cambio, casi todo el crecimiento poblacional proyectado para 2050 será acreditado a la reproducción de los países en desarrollo, que no han logrado crear oportunidades de empleo, particularmente para los jóvenes. En teoría, la insuficiencia demográfica mundial puede ser compensada, hasta cierto punto, por los trabajadores de los países en desarrollo, y la brecha de desigualdad económica entre los dos mundos puede ser reducida con el apoyo de la migración internacional. Sin embargo, la importancia numérica de las transferencias de migrantes necesarias para cumplir con esos objetivos va mucho más allá de lo que los países desarrollados pueden realmente absorber.
- A pesar de sus numerosos aspectos beneficiosos, la migración internacional también puede robar la fuerza de trabajo de sus individuos más productivos y generar una estructura etaria fuertemente sesgada hacia los adultos mayores en las áreas de origen. Además, la infusión de dinero de los emigrantes puede causar inflación en la economía local, especialmente en los precios de la tierra y bienes raíces, aumentando también la desigualdad de ingresos.
- A partir de la llegada al nuevo país, los flujos migratorios pueden estar sujetos a prejuicios o violación de derechos. Desgraciadamente, los principales instrumentos de derecho internacional diseñados para proveer medidas de protección, tales como la Convención Internacional de Protección de los Derechos de Todos los Emigrantes Trabajadores y los Miembros de sus Familias (aprobado por la Asamblea General en 1990) han tenido una incidencia muy limitada en esa esfera, entre otros motivos porque casi todos los países que la ratificaron son los países de origen y no los países de destino de los migrantes internacionales.
- Los expertos parecen estar de acuerdo en que la más evidente conexión entre la migración internacional y la reducción de la pobreza está en los efectos socio-económicos generados por las remesas internacionales.

- Se dice que las remesas funcionan como un instrumento de protección social mucho más efectivo y amplio que los programas sociales de los países de origen de los emigrantes. Ellas constituyen una fuente crucial de ingreso para aproximadamente 20 millones de familias en la región de ALC, constituyendo hasta la mitad de los ingresos anuales de esos hogares. Según la CEPAL, la pobreza en los hogares de El Salvador está 26 puntos porcentuales y la extrema pobreza 31 puntos por debajo de lo que sería sin esa fuente de ingresos. En México, las diferencias son de 20 y 27 puntos porcentuales, respectivamente; en Paraguay 18 y 25 y en Ecuador 20 y 19. En Bolivia, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay, las reducciones varían entre 7 a 20 puntos porcentuales.
- La mayoría de los estudios parecen coincidir en que las remesas son mucho más procíclicas y, de esa forma, más estables y previsibles que otras fuentes de divisas, siendo menos afectadas por ciclos económicos de corto plazo, puesto que normalmente no disminuyen cuando el país pasa por un período de recesión. Ellas también suelen a ser más igualmente distribuidas dentro del país que las inversiones extranjeras.
- Las remesas pueden tener efectos multiplicadores en la economía, que dependen de la forma como son usadas. En un estudio de 13 países caribeños, cada aumento de un punto porcentual en las remesas era asociado a 0.6% de aumento de inversiones privadas. En El Salvador, se estimó que el efecto de la migración internacional en el establecimiento de pequeñas y micro-empresas fue de orden de 3%.
- Un estudio transversal sobre la incidencia de la pobreza in 74 países de bajo o medio ingreso basado en 190 observaciones encontró que, en promedio, un aumento de 10% de la participación de las remesas internacionales en el PNB de un país conducirá a una reducción de 1.2% de las personas viviendo en extrema pobreza, como medido por el método de recuento de personas. Si se usa el criterio de la proporción de migrantes que viven fuera del país, el efecto de reducción de la pobreza es de 1.6%.
- Sin embargo, las remesas ni siempre son buenas noticias. La ciudad de Cuenca, en Ecuador es un buen ejemplo de sus desventajas. Se estima que entre 1999 y 2003, aproximadamente la mitad de las remesas se canalizó para el sector de construcción y el precio de la tierra urbana y el trabajo de construcción escalaron. Eso erosionó la asequibilidad de la vivienda para las familias sin emigrantes internacionales y para los peruanos, y también pero en menor grado, los colombianos que llegaron a ocupar los empleos dejados disponibles por los emigrantes ecuatorianos.
- Además de las remesas, la fuga de cerebros y la ganancia de cerebros, otros dos aspectos de la migración internacional pueden afectar el crecimiento económico: las diásporas y las actividades transnacionales. Las diásporas pueden ser definidas como la dispersión de las poblaciones entre distintos países, lo que puede estimular el desarrollo de actividades transnacionales que vinculan el país de destino y el país de origen.
- Políticas adecuadas como la concesión de ciudadanía dupla pueden ayudar países a beneficiar de sus diásporas al permitir que los naturalizados hagan inversiones en su país de origen como ciudadanos y que circulen libremente entre los países. Taiwán e India son a menudo citados como dos modelos exitosos en ese sentido,

donde las diásporas auxiliaron a fomentar el desarrollo económico y establecer fuertes vínculos económicos y políticos entre los países de origen y de destino. En la región de ALC, se ha hecho poco análisis para evaluar los costos y los beneficios de las estrategias seguidas, pero la impresión general es que han sido menos exitosas que en Asia.

- Las Home Town Associations (HTA) mexicanas en los EEUU, donde existen unas 170, están organizadas en federaciones que han ganado preeminencia en los asuntos de sus comunidades de origen. En 2001, el gobierno de El Salvador estableció una cooperación con Comunidades por medio de la Corporación Nacional de Municipalidades, para encontrar los fondos para los proyectos de desarrollo rural. Las HTA Jamaicanas también son una fuente relativamente importante de fondos para los proyectos de desarrollo local en el país.

1.5. Efectos de conversión

El tercer canal identificado por Eastwood y Lipton (2001) a través del cual los factores poblacionales influyen en la pobreza es el efecto de conversión. Este no es un efecto de pobreza en el sentido estricto de la Meta 1 de los ODM, sino que más bien tiene que ver con capacidades, es decir, con la eficiencia del uso que los hogares y los individuos hacen de sus recursos para alcanzar un cierto nivel de vida. Como tal, es más pertinente para algunas de las otras metas de los ODM, especialmente la Meta 2 (el hambre) y la Meta 3 (la educación). Con respecto al hambre, por ejemplo, es bien sabido que la eficiencia del cuerpo para convertir el alimento en energía y nutrientes varía de una persona a otra y puede reducirse grandemente si el cuerpo padece ciertas enfermedades, como es el caso de la diarrea. Esto, a su vez, tiene que ver con la capacidad de las familias para elegir alimentos baratos, seguros y nutritivos, lo mismo que con su capacidad para buscar ayuda adecuada en caso de cualquier padecimiento que pueda incidir en la eficiencia de los consumos alimenticios. Un componente del efecto de conversión, por lo tanto, tiene que ver con el acceso a la información y la capacidad para actuar con base en ella. En el caso de la educación, el número de hermanos en el hogar afecta la capacidad y la motivación de los padres para invertir en la educación, una relación que será explorada en 2.2.

Eastwood y Lipton sugieren que la alta fecundidad puede incidir en las capacidades de los hogares pobres para traducir un nivel dado de consumo o ingreso por persona (o su equivalente adulto) en bienestar o capacidades (por ejemplo, salud y educación). Gran parte de la discusión reciente acerca de las vinculaciones económicas-demográficas a nivel macro se ha centrado en las ventanas de oportunidad temporales ofrecidas por los desplazamientos etarios para la acumulación de capital físico y humano, pero existen paralelos al nivel de los hogares que van más allá del mero reflejo de tendencias agregadas. Ellos argumentan que "la alta fecundidad reduce la eficiencia de la conversión para los pobres y los casi pobres, es decir, los efectos del hacinamiento entre hermanos pesan más que las economías de escala en el consumo" para los hogares pobres (Eastwood y Lipton, 2001: 214):

> *"Familias muy grandes crean costos de congestión marginal ascendentes, reduciendo rápidamente los retornos marginales netos a partir de bienes alguna vez públicos y haciéndolos entrar en competencia; las economías externas son contrarrestadas por deseconomías producto del contagio; y las mayores probabilidades de ambas secuencias se dan en los hogares pobres. El hacinamiento entre hermanos tiene más probabilidades de provocar daños en sus pequeñas y hacinadas viviendas; y, como más del 70% del consumo/ingreso cercano a la línea de pobreza es consumo de alimentos, existe menos margen para las economías de escala (...) El tema de las economías de escala en el consumo por lo general es abordado con demasiada agresividad. Claramente son mucho más importantes para una familia que posee bienes de consumo duradero compartidos y sustanciales que para una que gasta el 70% o más de su ingreso en alimentos; para una familia que añade miembros 'persistentes', con efectos de aprendizaje, que para una que debe compensar costos fijos frecuentes derivados de muertes infantiles, embarazos, y nacimientos; y para un hogar que crece de dos a tres, cuatro o cinco, que para uno que crece de seis a ocho o diez." (Eastwood y Lipton, 2001: 237)*

Adicionalmente, como las tasas de mortalidad infantil son más altas para los hogares pobres, para estos hogares resulta más costoso, en términos de 'embarazos desperdiciados', generar un miembro adicional en el hogar. Esta es una cuestión empírica que justifica la investigación a nivel "micro" para complementar el trabajo a nivel macro en relación con el bono demográfico. Aquellos grupos en la sociedad a la vanguardia de dicho cambio y con la capacidad para aprovecharlo, educando a sus hijos y encontrando buenos empleos, se beneficiarán en términos de ingresos y acumulación de activos.

Los efectos de género también pueden ser pertinentes. Aunque hasta hace poco la evidencia directa en este sentido era un tanto limitada en la región de ALC, parece plausible que, como administradoras de los recursos domésticos, las mujeres son más eficientes que los hombres cuando se trata de convertir esos recursos en resultados deseados en materia de salud y educación (Elson, 1990; Engel, 1988; Haddad y Hoddinott, 1994; Kennedy y Haddad, 1994; Kennedy y Peters, 1992; Rogers, 1995). Por lo menos esta es la principal razón que subyace a todos los programas de transferencia condicionada de efectivo que actualmente están siendo implementados en la región, tales como PROGRESA/Oportunidades, Bolsa Familia, Chile Solidario, y otros, tal como se menciona en la sección 1.2.7.2.[69] Por otro lado, el efecto de conversión perjudica principalmente a las mujeres y los niños, atrapándolos con mayor fuerza en la falta de empoderamiento y la pobreza crónica:

> *"El efecto diferencial en las mujeres - conjuntamente con el hecho de que la desventaja educativa y del 'doble día' atrapa a las mujeres, más que a los hombres, pobres en la pobreza crónica y el no empoderamiento- puede justificar la percepción general de que las mujeres son más pobres en el mundo en vías de desarrollo, aun cuando encuestas*

[69] Diversas evaluaciones de impacto del programa PROGRESA en México, de hecho, confirman que las mujeres están más interesadas en la salud y la educación de sus hijos que los hombres, y también que tienden a dedicar más recursos para este fin. Kabeer (2003) también hace referencia a datos brasileños, que indicaban que el ingreso transferido en las manos de las madres tenía un efecto mucho mayor en la salud familiar que el ingreso en las manos de los padres. En el caso de la supervivencia infantil, el efecto fue 20 veces más grande.

> *más cuidadosas encuentran poca diferencia en la pobreza del consumo privado entre los hombres y las mujeres, o entre los hogares jefaturados por hombres y aquellos jefaturados por mujeres." (Eastwood y Lipton, 2001: 235)*

La desigualdad al interior del hogar, que es un importante determinante de la ineficiencia en la conversión de recursos a resultados, parece ser mayor en los hogares más grandes. De hecho, "La alta fecundidad puede ser uno de los mecanismos que le niegan los beneficios del desarrollo económico a algunos grupos sociales y algunos miembros de la familia" (Desai, 1995: 209).

La migración también puede afectar la eficiencia de la conversión. En ocasiones se invoca la noción de la aplicación incorrecta de la tecnología para referirse al uso por parte de los migrantes, no familiarizados con su nuevo entorno, de una tecnología inapropiada y de innovaciones para extraer recursos naturales (Begossi, 1998; Perz, 2003). Sin embargo, no hace falta una gran imaginación para ver cómo el mismo proceso también puede aplicarse a las decisiones de consumo, por ejemplo, el no aprovechar las oportunidades locales para una nutrición barata y apropiada, aferrándose a ciertos patrones de consumo en el área de origen que no resultan adecuados al nuevo entorno.

Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

1.6. El vínculo entre el crecimiento poblacional y el hambre

La reducción del hambre y la desnutrición produce un impacto positivo en todos los demás ODM, ya que mejora la salud de las personas e impulsa la productividad en el trabajo y el estudio, ayudando a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Por lo tanto, alcanzar la meta de reducir a la mitad el hambre a nivel mundial jugaría un papel en el logro de todos los demás objetivos. Si bien se prevé una desaceleración en el crecimiento de la población mundial y el bono demográfico, lo cual moderará la demanda de un incremento en la producción de alimentos, algunas regiones demandarán un incremento masivo en la producción agrícola con el fin de evitar el hambre:

> *"Demográficamente hablando, es la combinación de un crecimiento poblacional rápido, la morbimortalidad asociada con el VIH/SIDA, la marcada desigualdad entre los géneros, y los altos niveles de urbanización, la migración forzada y los movimientos de refugiados lo que plantea la mayor amenaza demográfica al logro de las metas de los ODM sobre la pobreza y el hambre." (FAO, 2004: V-7)*

La única región del mundo que tuvo éxito en lo que se refiere a reducir el hambre a partir de la década de 1990, por lo menos en términos promedio, es ALC. De 24 países evaluados en la región de ALC, 7 ya alcanzaron la meta del 2015, 1 está próximo a alcanzar la meta (con una tasa de avance de más del 90%), 4 se están rezagando (70-90%), 3 se han quedado detrás (menos del 70%) y 9 están completamente apartados de la meta; aún así, lamentablemente, se trata del mejor desempeño a nivel mundial (países que están reduciendo el número de personas con hambre, estimaciones del periodo 1999-2001 al 2003).

> *"Aun si se cumpliese la meta, dado el aumento previsto de la población, en el año 2015 habría en América Latina y el Caribe más de 40 millones de habitantes en situación de subnutrición. Esta consideración es particularmente importante debido a que los países con mayores niveles de subnutrición y de pobreza extrema seguirán registrando las tasas más elevadas de crecimiento poblacional en la próxima década." (CEPAL, 2005 a: 62)*

A nivel macro, existen una serie de factores demográficos condicionantes, aparte del crecimiento poblacional agregado, que pueden ser pertinentes en este contexto. A nivel micro, la nutrición adecuada depende mucho más directamente de la conducta individual, particularmente en lo que respecta a los patrones reproductivos y la nutrición infantil.

1.6.1. El papel del crecimiento y la composición poblacionales en la seguridad alimentaria

A pesar de que la preocupación acerca del crecimiento poblacional como un factor importante que subyace a las escaseces de alimentos es mucho menor ahora que en el pasado, no puede descartarse por completo. Kravdal (2001), por ejemplo, realizó regresiones de las tasas de crecimiento poblacional y el hambre para el periodo 1970-95, seleccionando a todos los países que, al inicio del periodo, tenían una disponibilidad alimenticia diaria promedio de menos de 2,800 kcal per cápita. Concluyó que el rápido crecimiento poblacional inhibía las mejoras en la disponibilidad alimenticia per cápita, y también que el crecimiento poblacional tenía efectos negativos estadísticamente significativos en el crecimiento de la producción total de alimentos.

Tal vez más perniciosamente que sus efectos en el nivel altamente agregado, el crecimiento poblacional también incide en los arreglos de la producción de alimentos local. El rápido crecimiento poblacional, alimentado por un alto deseo de fecundidad y/o una implementación deficiente de los tamaños de familia preferidos, puede conducir a la subdivisión de la tenencia de la tierra (por ejemplo, a través de la reducción sucesiva del tamaño de las parcelas incluidas en las herencias). Los tamaños cada vez menores de las parcelas familiares pueden modificar el cálculo individual del costo y los beneficios en diferentes intervenciones dirigidas a mejorar la productividad. Si bien la presión poblacional puede ofrecer incentivos para los cambios tecnológicos (los efectos boserupianos abordados en el Capítulo 7), la degradación de la tierra sigue representando un peligro significativo si no se cuenta con intervenciones compensatorias apropiadas (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006).

Como resultado del envejecimiento poblacional, las estrategias de sustento de los hogares podrían volverse más orientadas a la subsistencia, cambiando a cosechas con un uso menos intensivo de mano de obra, un hecho que ha sido hecho notar, entre otros, por la FAO:

> *"Estudios de la FAO (Marcoux, 1994, 2001; Stloukal, 2001, 2004) han demostrado que el envejecimiento a menudo se manifiesta más temprano, y procede más rápido, en las áreas rurales que en el sector urbano, debido a la migración de los jóvenes adultos a*

las ciudades. El envejecimiento de la población en las áreas rurales tendrá importantes implicaciones para los patrones de la producción agrícola, la seguridad alimentaria, los mercados laborales y el proceso del desarrollo mismo. Como resultado del envejecimiento, las estrategias de sustento de los hogares –las actividades productivas, el ahorro, la inversión, etc. - pueden volverse menos previsivas y más orientadas a la subsistencia. Los agricultores de mayor edad, muchos de los cuales son mujeres, tienen más probabilidades de cambiar a cultivos con un uso menos intensivo de mano de obra, o de dejar de cultivar debido a la mala salud, el retiro o la muerte. Pueden tener una menor capacidad para adaptarse al cambio tecnológico y estar menos dispuestos a invertir en la preservación de la tierra o a adoptar nuevos modos de producción, lo cual a su vez podría dar como resultado una degradación ambiental y una menor producción agrícola. La experiencia muestra que muchos de estos agricultores de mayor edad en las regiones en vías de desarrollo serán productores marginales, requiriendo de protección y subsidios gubernamentales, en caso de encontrarse disponibles." (FAO, 2004: 5)

Otro reto de salud reproductiva similar para la productividad agrícola y el avance en lo que se refiere a la meta del hambre se deriva del impacto de la pandemia del SIDA en la fuerza de trabajo rural en aquellos países altamente afectados, aunque el impacto de este problema se siente más directamente en el África subsahariana que en la región de ALC.

La migración es otro factor que puede incidir en la seguridad alimentaria. Algunos estudios apoyan la idea de que existe un impacto negativo de la emigración rural en la producción agrícola (Simmons, 1984: 171). En aquellos casos en los que los impactos se intensifican en las áreas marginales y la migración se desarrolla a tal grado que la capacidad reproductiva de una comunidad se ve erosionada, conduciendo a poblaciones que envejecen y disminuyen en tamaño, pueden surgir focos de carencias incluso en las sociedades más desarrolladas. En las economías más pobres, aquellos dejados detrás pueden ser los que tengan las mayores probabilidades de experimentar una "pobreza crónica" (Kothari, 2002), con la pobreza, por lo tanto, como un residuo de la migración.

1.6.2. El vínculo causal entre la desnutrición y los patrones reproductivos

Pasando del nivel macro al nivel micro, existe evidencia considerable de que los patrones reproductivos contribuyen significativamente a la incidencia de la desnutrición tanto en las madres como en sus hijos. El Capítulo 4 del Informe Sobre Desarrollo Humano 2003 se refiere a esto al afirmar que:

"El bajo peso al nacer suele ser el precursor de la desnutrición infantil y está directamente relacionado con la salud de la madre antes y durante el embarazo. Ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y garantizar una nutrición adecuada mejora en gran medida la salud de las madres y de sus hijos."

Senauer (2004) tiene lo siguiente que decir acerca de las vinculaciones:

"El Programa de Acción de la CIPD hizo un llamado al apoyo continuo para las disminuciones en las tasas de mortalidad infantil y de lactantes, mejorando los

> *programas de atención a la salud y nutrición para los lactantes y los niños, y destacando la importancia de la lactancia materna, a menos que esta esté contraindicada médicamente (...). Con las disminuciones en la mortalidad infantil, las familias se sienten cómodas teniendo menos hijos. Adicionalmente, la investigación ha mostrado que los hijos de un orden de nacimiento más alto tienen más probabilidades de padecer desnutrición en aquellas familias que viven en la pobreza." (Senauer, 2004: XXII-3)*

Los nacimientos múltiples pueden conducir a la premadurez y al Retraso del Crecimiento Intrauterino (RCI), las dos principales causas del bajo peso al nacer (BPN), con el RCI siendo relativamente importante en los países en vías de desarrollo y la premadurez siendo relativamente más importante en los países desarrollados. Si las parejas no tienen derecho a servicios de SSR, es probable que tengan más hijos, limitando los recursos y la atención para cada uno de ellos, lo cual podría producir desnutrición y tasas de mortalidad más altas. Los programas de SSR pueden ayudar a mejorar el estado nutricional de las mujeres y sus hijos y también contribuir al avance hacia las metas del hambre y la salud materno-infantil (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006).

> *"Un mejor espaciamiento de los hijos reduce la competición para obtener alimentos dentro del hogar y mejora la nutrición infantil." (UNFPA, 2002 a: Cap. 1)*
>
> *"Las familias más pequeñas y los nacimientos más espaciados resultantes del uso de anticonceptivos le permiten a las familias invertir más en la nutrición y la salud de cada hijo." (Singh et al., 2003: 6)*
>
> *"Garantizar el acceso universal a servicios de salud reproductiva es esencial para mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y sus hijos, en particular a través del espaciamiento apropiado de los nacimientos." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 h: 12)*
>
> *"El espaciamiento de la familia o el tener un intervalo de por lo menos dos años entre nacimientos le permite a la madre recuperarse plenamente del embarazo anterior, ofreciendo una oportunidad para la lactancia materna exclusiva durante por lo menos seis meses y una alimentación apropiada durante la primera infancia. También promueve la creación de fuertes lazos madre-hijo." (Mukelabai, 2004: XVII-1)*

Específicamente, los factores reproductivos que pueden ser responsables del agotamiento materno y la mala nutrición infantil son: el número de hermanos, los intervalos cortos entre nacimientos, la edad materna, y el deseo o no de tener el hijo. El primero de estos factores es explorado con mayor detalle en Senauer y Garcia (1991) y Marini y Gragnolati (2003), entre otros. El cuadro siguiente se reproduce a partir de este último estudio.

Cuadro 1.14: Prevalencia de desnutrición infantil por composición del hogar, Guatemala 2000

No. de niños de menos de 5 años	Retraso de crecimiento	Retraso de crecimiento grave	Emaciación	Emaciación grave	Peso bajo	Peso bajo grave
Total	44.2%	22.3%	2.8%	0.9%	22.3%	5.1%
1	33.4%	15.4%	2.4%	0.5%	15.1%	2.9%
2	49.2%	24.3%	2.8%	1.1%	24.8%	5.6%
3	52.5%	28.9%	2.7%	0.8%	26.8%	6.2%
4	51.9%	34.5%	9.3%	3.3%	36.4%	16.5%
5	53.7%	35.9%	5.3%	-	41.3%	13.2%
6	76.3%	57.1%	-	-	56.8%	13.5%

Fuente: Marini y Gragnolati, 2003, con base en la ENCOVI 2000

Estos datos deben ser tratados con cierto cuidado, sin embargo, por dos razones. Primero, porque las variables explicativas están correlacionadas significativamente entre sí. En cierta medida, la relación mostrada en el Cuadro 1.14 puede ser atribuida al efecto de la pobreza, ya que las familias pobres tienen más hijos que, a consecuencia de su pobreza, tienden a estar más desnutridos. Segundo, el Cuadro 1.14 está basado en datos de una encuesta de hogares, no una encuesta de salud reproductiva y, en consecuencia, los diferenciales se refieren a los números de niños de menos de 5 años en el hogar, no a los órdenes de nacimiento. Tanto los órdenes de nacimiento como los números de niños pueden incidir en el estado nutricional, pero los mecanismos causales no son los mismos. La existencia de un gran número de hermanos en el hogar tiene el potencial de incidir en el estado nutricional de los hijos de todos los órdenes de nacimiento debido a la competencia por los alimentos y la atención materna. Un estudio cuidadosamente diseñado por Schultz y Mwabu (2003) en Kenia tomó en consideración a los gemelos con el fin de eliminar sesgos por endogeneidad,[70] y encontró que los nacimientos adicionales no anticipados reducían el índice de peso/altura de los niños, independientemente de su orden de nacimiento. En la región de ALC al parecer no existe investigación basada en esta metodología particular, pero un estudio más antiguo de Wolfe y Behrman (1982), sobre Nicaragua, confirmó el efecto negativo de los números de hermanos en la nutrición infantil y, en consecuencia, en el desempeño educativo.

Las asociaciones entre el número de hijos, el orden de nacimiento y el estado nutricional también han sido reportadas en ALC (Winter, Morris y Murphy, 1993; Johnson y Rogers, 1993) y las Filipinas (Horton, 1988), pero es probable que este no sea el factor de SR más importante en la desnutrición. Se puede demostrar que los intervalos entre nacimientos y, en menor medida, los órdenes de nacimiento y el hecho de que el hijo fuera deseado o no por la madre, son todos determinantes pertinentes. Un análisis de la EDS 1996 del Perú, escogido por el gran tamaño de su muestra, y la EDS 2003 de Bolivia, además de la EDS 2002 de Guatemala, produjo los siguientes pesos de regresión logística para los niños en los tres quintiles de la población más pobres.

[70] El término "sesgo por endogeneidad" se refiere a los sesgos en la estimación de los coeficientes de los modelos de regresión que pueden resultar cuando las variables explicativas son medidas con un error o están correlacionadas con el término de error de la variable a ser explicada. En la mayoría de los casos estos sesgos no son grandes, pero pueden conducir a una estimación sesgada de los coeficientes de regresión y, por lo tanto, de la fortaleza de las relaciones que están siendo investigadas.

Cuadro 1.15: Coeficientes de regresión logística y niveles de significancia para el impacto de variables de salud reproductiva relacionadas en la EDS 1996 del Perú y la EDS 2003 de Bolivia en la desnutrición crónica severa (retraso de crecimiento por debajo de 3 desviaciones estándar) en niños de menos de 5 años de edad, de un orden de nacimiento 2 o superior pertenecientes a los tres quintiles de la población más pobres

	Perú, 1996		Guatemala, 2002		Bolivia, 2003	
	Coeficientes de regresión	Significancia (%)	Coeficientes de regresión	Significancia (%)	Coeficientes de regresión	Significancia (%)
Orden de nacimiento	0.105	0.0	0.047	3.3	- 0.005	84.4
Edad del niño en meses	0.022	0.0	0.015	0.0	0.015	0.0
Deseado y nacido oportunamente	- 0.023	77.3	0.333	0.0	- 0.129	22.2
Madre de 15 a 19 años de edad	0.105	77.8	- 0.435	21.1	- 0.553	19.1
Madre de 20 a 24 años de edad	0.024	87.9	- 0.027	87.3	- 0.180	34.5
Madre de 25 a 29 años de edad	0.097	44.5	- 0.064	55.0	- 0.473	0.3
Madre de 30 a 34 años de edad	0.031	77.6	- 0.210	9.5	- 0.314	2.2
Intvalo retrosp. entre nacimientos	- 0.018	0.0	- 0.014	0.0	- 0.017	0.0
Quintil más pobre	1.305	0.0	2.077	0.0	0.981	0.0
Segundo quintil más pobre	0.851	0.0	1.713	0.0	0.820	0.0

Fuente: Análisis de microdatos de encuestas EDS

Lo que el análisis anterior muestra es que, después de controlar la pobreza como una variable explicativa, el intervalo entre nacimientos retrospectivo (es decir, el intervalo desde el último nacimiento anterior) es un determinante altamente significativo de la desnutrición crónica en los tres países. El argumento en lo que respecta al orden de nacimiento es un poco más débil: es significativo en el Perú y Guatemala, pero no en Bolivia. El deseo o no de tener el hijo sólo parece ser un determinante significativo en Guatemala, aunque el signo del coeficiente de regresión en Bolivia y el Perú es negativo, tal como se esperaba. Si en los tres países todos los intervalos entre nacimientos se incrementaran a un mínimo de 36 meses, la desnutrición crónica grave en los niños de menos de 5 años de edad (el segundo en nacer y los subsecuentes) de los tres quintiles más pobres se reduciría de 11.5% a 9.9% en el Perú, de 20.6% a 17.7% en Guatemala, y de 10.8% a 9.3% en Bolivia.

Otros autores (por ejemplo, Dewey y Cohen, 2004) han investigado estas correlaciones, con resultados similares. Desai (1995) analizó datos tomados de EDS sobre niños de 0 a 2 años de edad para Bolivia, el Noreste de Brasil, Colombia, la República Dominicana, Guatemala y Trinidad y Tobago, todos aproximadamente entre 1985 y 1990, además de otros países fuera de la región de ALC. El análisis controló la edad del niño, la edad de la madre, la residencia urbana, la alfabetización y la educación después de la primaria tanto de la madre como de su pareja, la ocupación del padre, el estado civil de la madre y el índice de posesiones del hogar. Adicionalmente, controló el intervalo entre nacimientos precedente y el sesgo de selección debido a la mortalidad diferencial (usando el modelo de selección de Heckman). Con estos controles, se estimó el efecto de un hermano adicional en un índice estandarizado de la razón de talla para la edad del niño. Con la excepción de Guatemala, todos los países produjeron efectos modestos pero significativos, a un nivel del 5%, en el caso de un hermano de 0 a 5 años de edad; en algunos casos también existieron efectos

significativos en el caso de hermanos de una edad mayor. Los efectos eran generalmente más fuertes si el niño era el resultado de un embarazo no deseado, pero esta interacción no era significativa en todos los países, implicando que, en muchos casos, los niños pequeños pueden verse negativamente afectados por la presencia de un hermano de 0 a 5 años de edad, independientemente de que su nacimiento haya sido deseado o no por la madre.

Cuadro 1.16: Razones de momios ajustadas de retraso de crecimiento para intervalos entre nacimientos precedentes de niños de menos de 5 años de edad, por intervalos entre nacimientos precedentes (en meses)

	<18	18-23	24-29	30-35	36-41	42-47	48-53	54-59	60+	N
Bolivia (1994) ns	1.77	1.31	1.50	1.39	1	1.12	0.93	0.98	1.00	5,513
Guatemala (1995) ***	1.83	1.44	1.33	1.36	1	0.94	0.97	0.95	0.83	9,015
Perú (1996) ***	1.22	1.27	1.27	1.12	1	0.75	1.00	0.71	0.70	16,059

Ajustado por: sexo del hijo, orden de nacimiento, edad de la madre al momento del nacimiento, supervivencia del hijo anterior por fecha de concepción, prestador de atención prenatal, momento de la primera consulta de atención prenatal (en caso de existir), número de vacunas de toxoide tetánico, asistente de parto, residencia urbana-rural, educación de la madre, deseo o no del embarazo, tipo de alimentación para el lactante, suministro de agua potable, tipo de inodoro, si el hogar tiene refrigerador, e índice de riqueza del hogar.
Fuente: Rutstein, 2005: Cuadro 11

Rutstein ha investigado el papel de los intervalos entre nacimientos para una serie de encuestas EDS, incluyendo tres de América Latina: Bolivia (1994), Guatemala (1995) y Perú (1996). Tal como se muestra en el Cuadro 1.16, si se controlan los factores contextuales apropiados, el patrón emergente conducirá a la recomendación de que los intervalos entre nacimientos deberían ser incluso más largos que el mínimo de dos años al que se hizo referencia anteriormente. O mejor dicho, la desnutrición entre los niños de menos de 5 años se reduce al mínimo si su intervalo entre nacimientos anterior es de por lo menos 36 meses. Nótese que el Cuadro 1.15 suministra las proporciones específicas en las que podría reducirse el retraso del crecimiento si se implementara esta recomendación.

El espaciamiento entre nacimientos, por lo tanto, es necesario para mejorar el estado nutricional tanto de las mujeres como de los niños. La existencia de programas de alimentación suplementaria para mujeres embarazadas, mejorar el conocimiento por parte de las mujeres acerca de los requerimientos nutricionales de ellas mismas y sus hijos, e incrementar el poder de las mujeres para negociar el acceso a la nutrición necesaria deben ser parte de una estrategia de intervenciones múltiples, tal como lo reconoce la Fuerza de Tareas sobre el Hambre:

> *"Para romper el ciclo intergeneracional de la desnutrición, la fuerza de tareas recomienda acciones directas enfocadas e la alimentación suplementaria para las madres embarazadas con bajo peso y aquellas que se encuentran amamantando. La lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad es la mejor forma de garantizar una nutrición óptima para los bebés. Es necesario establecer sistemas para crear conciencia al respecto. Pero el riesgo de transmitir el VIH a través de la leche materna complica las decisiones que las mujeres deben tomar para garantizar una buena nutrición para sus bebés. Para reducir la desnutrición entre los niños desnutridos de menos de cinco años, la fuerza de tareas recomienda suministrar alimentos complementarios*

> *mezclados o fortificados, al igual que atención terapéutica para todos los niños y mujeres con desnutrición grave, especialmente en las áreas rurales remotas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 12)*

Finalmente, el tema específico del deseo o no de tener a los hijos ha sido investigado por Shapiro-Mendoza et al. (2005). Con base en una muestra de 3,126 hijos únicos de menos de 36 meses, incluyendo a 732 para los que existían datos paternos, tomada de la EDS 1998 de Bolivia, estos autores concluyeron que aquellos hijos de 12 a 35 meses de edad cuya concepción era reportada como inoportuna por ambos padres tenían un riesgo más alto de presentar retraso en el crecimiento (una altura para la edad de más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de referencia de 1978) que los hijos cuya concepción era reportada como planeada por ambos padres (razón de riesgo: 3.8). Si sólo la madre reportaba la concepción como no deseada o inoportuna, existía un factor de riesgo de 1.3 de presentar retraso del crecimiento con respecto al riesgo de aquellos hijos cuya concepción era planeada. Este último resultado, sin embargo, no era estadísticamente significativo.

Existen otros determinantes de la nutrición infantil y la salud infantil que tienen que ver con la población y las relaciones de género, tales como la migración, la educación de la madre, la participación en la fuerza laboral y el grado en el que la madre controla los recursos del hogar. Estos temas serán abordados en 4.4. y 4.5.

1.7. Una nueva Meta bajo el ODM 1: empleo pleno y productivo y trabajo digno para todos

El 2 de octubre del 2006, el ex Secretario General presentó a la Asamblea General su Informe sobre el Trabajo de la Organización. El párrafo 24 de este Informe introdujo cuatro nuevas Metas de los ODM, una de las cuales reza lo siguiente: "hacer de los objetivos del empleo pleno y productivo y un trabajo digno para todos, incluyendo a las mujeres y los jóvenes, un objetivo de nuestras políticas nacionales e internacionales pertinentes y nuestras estrategias nacionales para del desarrollo." La Meta existente sobre el desarrollo de trabajo digno y productivo para los jóvenes, hasta entonces contenida bajo el ODM 8, ahora está contenida en esta nueva Meta bajo el ODM 1.

1.7.1. Empleo juvenil

El tema del desempleo juvenil es un asunto serio en la región de ALC, en donde el desempleo en este grupo etario alcanza tasas mucho más altas que entre la población en general: "De hecho, en la región de ALC la tasa de desempleo juvenil es del doble que la tasa de desempleo en general, y tres veces la tasa para los adultos; en algunos países es de hasta cinco veces la tasa para los adultos de más de 45 años" (Hopenhayn, 2002: 1) y se encuentra en ascenso. De acuerdo con la OIT, con algunas excepciones, las tasas de desempleo del 2003 son mucho más altas que aquellas de 1990/1991. La situación es especialmente crítica en algunos países en los que el desempleo entre las personas de 15 a 24 años de edad alcanzó niveles de más de 30%: 35.3% (Argentina), 33.7% (Panamá), o 30.3% (Venezuela) (OIT,

2004 b). En el Caribe, el Banco Mundial (2001) estima que el desempleo juvenil representa una pérdida de 0.3-2.7% del PIB, dependiendo del país específico. Incluso en aquellos países con una mejor situación en la región, tales como México y Chile, el desempleo juvenil alcanza tasas de alrededor del doble que el promedio. En México, con un desempleo urbano abierto de 3.3%, la tasa de desempleo para las personas de 20 a 24 años de edad es de 6.5%, mientras que en Chile la primera tasa es de 8.5% y la segunda de 19.3%. Si bien existen algunas excepciones, en la mayoría de los países de la región el desempleo juvenil también es más alto para las mujeres que para los hombres. En el Caribe la diferencia es particularmente pronunciada. Anderson (2000), por ejemplo, hizo notar que entre los jóvenes de 14 a 24 años la tasa de desempleo femenino era de 42.9%, en comparación con una tasa de 23.9% en el caso de los hombres.

El bono demográfico tiene importantes implicaciones para el empleo juvenil. Tal como se vio en 1.1.1., puede permitirle a los gobiernos cosechar los beneficios de tener un segmento creciente de adultos en edad de trabajar relativo a la población dependiente. El Banco Mundial (2006 b: Ch. 1) es bastante optimista acerca de las oportunidades de inversión de capital humano en los jóvenes creadas por las estructuras etarias más favorables. Sin embargo, a pesar de ser benéfico en general, en el caso específico de los jóvenes el bono demográfico también tiene un lado oscuro potencial. A menos que estén equipados con todas las habilidades requeridas, los jóvenes enfrentarán mayores obstáculos para su ingreso a un mercado laboral ya saturado y altamente competitivo. De acuerdo con Hopenhayn, actualmente la mayoría de los empleos creados para los jóvenes se encuentran en el sector informal, cada vez es más difícil encontrar empleo, la mayoría de los nuevos empleos son de una calidad menor y son más inestables, más inseguros y pagan salarios más bajos.

La educación ha hecho que los jóvenes actuales estén más educados que sus padres. Sin embargo, a pesar de lo anterior, enfrentan una tasa de desempleo más alta. Este desempleo también está segmentado: "(...) porque los jóvenes con un mayor nivel educativo tienen una mejor perspectiva de empleo en términos de ingresos, condiciones de trabajo, estatus y movilidad sociales, competitividad tecnológica y satisfacción en el trabajo" (Hopenhayn, 2002: 4). La segmentación del desempleo (tanto el juvenil como aquel en general) está claramente sesgada por grupo de ingreso y nivel educativo. Entre 1990 y 1997, la razón entre las tasas de desempleo típicas en los cuartiles más pobres y más ricos se incrementó de manera constante en 8 de los 12 países latinoamericanos estudiados por la CEPAL. En Honduras, en 1997, la tasa de desempleo para el primer cuartil de ingresos era 13.1 veces más alta que aquella para el cuarto cuartil (el nivel de ingresos más alto); esta brecha también era muy amplia en Argentina (9.5) y Bolivia (8.3) (Hopenhayn, 2002).

Hopenhayn sugiere que, en los países latinoamericanos, son tres los grupos de inquietud particular. El primero es aquel de los adolescentes y los jóvenes que trabajan y no pueden continuar su educación (dos terceras partes de aquellos que trabajan), la mayoría de los cuales contribuyen al ingreso del hogar. Un segundo grupo vulnerable es aquel de los jóvenes que ni trabajan ni asisten a la escuela (ver sección 1.2.7.1.). El último grupo está integrado por aquellos jóvenes que abandonaron la escuela con menos de 10 años de educación (y que ahora tienen

poca oportunidad de generar ingresos que representen una movilidad social ascendente); este grupo continúa representando el 20-50% del cuartil con los ingresos más bajos.

> *"Las altas tasas sostenidas de desempleo juvenil tienen múltiples efectos en la sociedad. Primero, significan que los países no están aprovechando los recursos humanos que necesitan para incrementar su potencial productivo, en un momento de transición hacia un mundo globalizado que inexorablemente demanda esos saltos en la capacidad de productividad. Segundo, refuerzan la transmisión intergeneracional de la pobreza. Tercero, debido a la discrepancia entre una mayor educación y exposición a los medios de información masiva y menos oportunidades de empleo, pueden alentar la propagación de conductas disruptivas, el recurrir a alternativas ilegales para generar ingresos y la pérdida de valores societales básicos, todos los cuales erosionan la seguridad pública y el capital social. Cuarto, pueden desatar conflictos políticos violentos y difíciles de controlar. Quinto, pueden exacerbar los conflictos intergeneracionales cuando los jóvenes perciben una falta de oportunidades y meritocracia en un sistema que favorece a los adultos que tienen menos educación formal y capacitación, pero mayor riqueza, poder y estabilidad laboral." (Hopenhayn, 2002: 4)*

De aquí que el desempleo juvenil sea un tema estratégico del que es necesario ocuparse. Requiere de un esfuerzo integrado que incluya acciones en las áreas de la educación, el desarrollo de habilidades, la oferta de empleos, y apoyo para los empresarios jóvenes de bajos ingresos. Esas iniciativas deben involucrar a diferentes partes interesadas tanto públicas como privadas, a ONG, autoridades locales, líderes juveniles, medios de información y asociaciones de padres. Deben incluir educación formal con el fin de reducir la brecha entre los grupos de altos y bajos ingresos en el logro de la educación secundaria y superior; también deberían priorizar a los grupos vulnerables en el sistema de educación secundaria de modo que los miembros jóvenes de esos grupos puedan ingresar a la educación superior y, por último, es esencial promover el uso de computadoras y tecnologías de la información con el fin de acortar la brecha digital.

La esfera educativa debería ser completada por medio de una capacitación profesional, haciéndole frente a la falta de experiencia y capacitación de los jóvenes a través de la promoción de pasantías (y de apoyo para su colocación laboral), priorizando a los sectores juveniles más vulnerables y con base en convenios en el mercado laboral (con instituciones públicas y privadas). También se requieren acciones a nivel macro con el fin de promover políticas de empleo (coordinadas con políticas económicas) dirigidas a los jóvenes y la reglamentación de los mercados laborales. Las políticas laborales proactivas deben basarse en el entendimiento de que la creación de empleos sólo es sostenible cuando las actividades económicas relacionadas son competitivas a largo plazo. Las políticas en materia de inversión pública, innovación productiva y estabilización macroeconómica deberían hacer un mayor énfasis en la creación de empleos.

> *"Hacen falta políticas públicas compensatorias para contrarrestar las desventajas que esta generación probablemente deberá enfrentar. En ausencia de dichas políticas,*

existe un peligro aparente de que el llamado 'saliente juvenil' se traduzca en conflicto social. También es fundamental considerar la retención de los jóvenes en un sistema educativo que pueda volverlos adecuadamente calificados y competitivos como parte de una estrategia integral para la creación de empleos y puestos de trabajo." (UNFPA, 2006 a: 17)

1.7.2. Trabajo digno para otros grupos poblacionales

El otro grupo poblacional importante identificado explícitamente en el párrafo 24 del Informe del Secretario General son las mujeres. El PdA de la CIPD recomienda la implementación de políticas gubernamentales para mejorar la capacidad de las mujeres para generar ingresos más allá de las ocupaciones tradicionales, que tengan como objetivo el logro de la autosuficiencia económica y la igualdad de acceso por parte de las mujeres al mercado laboral y los sistemas de seguridad social. Eso tiene que ver con el indicador 11 del ODM 3, la proporción de mujeres con empleo asalariado en el sector no agrícola. La Fuerza de Tareas sobre la Educación y la Igualdad entre los Hombres y las Mujeres también recomienda indicadores adicionales, tales como la "proporción de mujeres con empleo, tanto asalariado como por cuenta propia, por tipo" y "las brechas de género en términos de ingresos en el empleo asalariado y por cuenta propia".

El Gráfico III.16 del *Panorama Social* de la CEPAL (2003 b) muestra que en la región de ALC aún persisten las diferencias entre los niveles de ingreso promedio del trabajo (por hora, alrededor de 2002), y también que estas no disminuyen en los niveles de educación más altos. Por el contrario, mientras que la diferencia en general en las áreas urbanas es de alrededor de 17%, es de hasta 28% en el caso de los hombres y las mujeres con 13 años de educación o más. Las diferencias son particularmente altas en Chile (de 31% entre la fuerza laboral en general y 46% entre aquellos con 13 años de educación o más), México (22% y 30%, respectivamente), Argentina, Ecuador (21% y 35%), y Brasil (21% y 40%). Tanto el hecho de que las mujeres con un mayor nivel educativo sufren una mayor desventaja, como el hecho de que esto sucede incluso en las economías más fuertes de la región, sugieren que el problema no puede sencillamente atribuirse a alguna tendencia cultural hacia la discriminación de las mujeres. Más bien, sugiere que los costos de oportunidad reales o potenciales de la reproducción pueden incrementarse a medida que el entorno económico se vuelve más competitivo y los costos de capital humano se incrementan. El uso de políticas sociales compensatorias para corregir los desequilibrios que subyacen a estas percepciones por parte de los empleadores puede ser una mejor manera de atacar el problema que el intento de resolverlo por medios legales, tal como se analiza en la sección 3.3.

La participación de las mujeres en la fuerza laboral se ha incrementado más rápido que aquella de los hombres en casi todas las regiones, a excepción del África, en donde ya era alta. De acuerdo con Kabeer (2003), estos cambios reflejan una serie de factores:

- La transición demográfica (es decir, el cambio de las tasas de natalidad y mortalidad de altas a bajas) en la mayoría de las regiones y la disminución en las tasas de fecundidad le han permitido a muchas más mujeres salir a trabajar.

- La matrícula cada vez mayor de hombres jóvenes en la educación secundaria y terciaria, lo mismo que la creciente disponibilidad de pensiones para los hombres de edad mayor, explican en parte la decreciente participación masculina.
- La naturaleza cambiante de los mercados laborales ha dado como resultado aquello que puede describirse como una 'doble feminización' de la fuerza laboral a nivel internacional. Las mujeres han incrementado su proporción en el empleo, al tiempo que el empleo mismo ha comenzado a adoptar algunas de las características 'informalizadas' del trabajo convencionalmente asociado con las mujeres.

Una de las características distintivas del empleo en la región de ALC tiene que ver con la alta incidencia del empleo en los servicios domésticos. Una alta proporción de mujeres pobres y no calificadas –particularmente aquellas que han migrado a partir de áreas rurales- se encuentran en el servicio doméstico, a menudo 'viviendo' con sus empleadores. Se estima que, a principios de la década de 1990, el 25% de las mujeres trabajadoras en Honduras y el 14% en El Salvador se encontraban en ese sector de trabajo. En el México urbano fue la categoría más grande (32%) entre las jefas de familia trabajadoras, lo mismo que entre las cónyuges. Aunque las condiciones de trabajo varían, los salarios tienden a ser muy bajos para aquellas que viven con sus empleadores. Las horas de trabajo son largas, con pocas oportunidades de vida social. En el caso del Perú se ha observado que el servicio doméstico es sólo ligeramente mejor que mendigar o la prostitución (Kabeer, 2003). En algunos países, particularmente Colombia y México, las exportaciones agrícolas no tradicionales han generado empleo estacional para las mujeres. En México, en 1990, las mujeres constituían alrededor del 15% de la fuerza laboral agrícola, pero en el sector frutícola y de la floricultura su participación se incrementaba a 50%. Las mujeres también han encontrado empleo en este sector en el Caribe, una situación que ha llevado a una disminución en la disponibilidad de alimentos para el mercado local, que tradicionalmente eran suministrados por las mujeres (Kabeer, 2003).

La evidencia acerca de los niveles de pobreza relativa de los hombres y las mujeres continúa siendo un tanto controvertida, incluyendo la situación de los pobres trabajadores. La OIT (2004 a) estima que 330 millones de los 550 millones de pobres trabajadores que existen en el mundo (de acuerdo con el criterio de US$ 1 por día), es decir, el 60%, son mujeres, pero inmediatamente añade que esta afirmación está basada en la suposición de que la distribución por sexo de la pobreza mundial es de aproximadamente una tercera parte de hombres y dos terceras partes de mujeres: "Es importante hacer notar, sin embargo, que esta llamada 'feminización de la pobreza' todavía tiene que ser firmemente sustanciada por los datos, y a la suposición no le faltan detractores" (OIT, 2004 a: 4; ver también la discusión en 1.2.7.2. de este documento). Por otra parte, la estimación se aplica a nivel mundial y no ha sido replicada para regiones geográficas separadas. Un análisis exploratorio con datos de la PNAD 2005 del Brasil -usando un ingreso per cápita de R$ 150 por mes como la línea de pobreza e incluyendo a todas las personas de más de 15 años que declararon haber trabajado, incluso por tan sólo unas horas, durante el periodo de referencia- encuentra 11.27 millones de hombres trabajadores pobres y 7.27 millones de mujeres trabajadoras pobres,

es decir, 39.2%. En términos relativos, la pobreza de las mujeres trabajadoras también es ligeramente menor: 20.9%, en comparación con 23.5% para los hombres trabajadores. Un detalle interesante es que la distribución desfavorable de las mujeres trabajadoras entre las categorías de composición de los hogares representa un porcentaje sustancial de su pobreza. Si a las mujeres trabajadoras se les distribuyera entre estas categorías (relación con el jefe de familia, número de niños en el hogar, presencia de un cónyuge, y número de horas trabajadoras) en la misma forma que los hombres, su pobreza descendería a 14.4%. La diferencia es particularmente importante en la categoría de cónyuges de jefes de familia sin hijos que trabajan menos de 30 horas a la semana.

Las mujeres, sin embargo, ciertamente se encuentran en desventaja en términos de su acceso al crédito comercial. Como resultado de ello, hacen falta políticas económicas con una orientación de género –tales como los programas de microfinanciación para microempresas- con el fin de ayudarle a las mujeres pobres y sin tierra a iniciar su propio negocio, generando también utilidades y creando oportunidades de ingreso. El MDGR de Paraguay (Paraguay, 2003) se refiere explícitamente al microcrédito como una de las estrategias a través de las cuales es posible mejorar la equidad de género en el país. El informe venezolano también le presta atención al tema (República Bolivariana de Venezuela, 2004). El Grameen Bank (y sus replicaciones en la región de ALC, tales como Prodem/Bancosol en Bolivia, Cajas Municipales en el Perú, y Banco ADEMI en la República Dominicana) es uno de esos ejemplos, en el que la provisión de crédito a las mujeres pobres ha sido anclado no sólo en garantías colaterales, sino en sistemas de rendición de cuentas, supervisión, participación y gestión entre pares.

> *"Otra vía para incrementar el ingreso para las mujeres jóvenes es a través del desarrollo de microempresas. (...) Con el fin de tener un mayor impacto, sin embargo, es necesario que los programas de microfinanciación se articulen con otros tipos de productos y servicios, incluyendo capacitación, transferencia de tecnología, servicios para el desarrollo de negocios y asistencia para comercialización, entre otros. También es necesario prestarle más atención al ahorro innovador y a los instrumentos de seguros para las mujeres de bajos ingresos." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 12)*

La combinación de servicios de microfinanciación y servicios de SSR en los países en vías de desarrollo tiene un impacto en la reducción de la pobreza y el mejoramiento del acceso por parte de las mujeres a los servicios de salud. La microfinanciación puede ser usada para mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva como cuando, por ejemplo, la microfinanciación es ofrecida para suministrar capacitación en habilidades empresariales y préstamos revolventes a prestadores de servicios de salud reproductiva a pequeña escala (Commercial Market Strategies Project, 2002).

La sección 3.3 contiene observaciones más específicas acerca del empleo de las mujeres y el ejercicio de los DSR. Algunos países en la región ya han registrado avances en la evaluación del empleo y el trabajo digno para la población en general en sus MDGR nacionales. Los MDGR 2002 y 2005 de Argentina, por ejemplo, ya reconocen la promoción del empleo

digno como un reto importante, clasificándolo no sólo como una Meta sino, de hecho, como su Objetivo 3. Para fines de monitoreo, estos MDGR sugieren los siguientes indicadores, que pueden no ser adoptados por el Sistema de las Naciones Unidas:

- Tasa de Desempleo;
- Tasa de Empleo no Registrado;
- Proporción de Trabajadores que Ganan Salarios Menores a la Canasta Básica Total;
- Porcentaje de Personas Desempleadas Cubiertas por los Programas de Seguridad Social;
- Tasa de Empleo Infantil.

Brasil, que no creó un Objetivo específico para el empleo y el trabajo digno, incluyó un indicador sobre el trabajo esclavo en su MDGR 2005 (Brasil, 2005: 43).

El tema del trabajo infantil y el empleo infantil ha atraído un interés especial, no sólo en Argentina, sino también en otros países de la región. El MDGR nacional 2005 del Brasil, por ejemplo, si bien no propone ningún indicador específico, analizó algunos de los programas específicos del gobierno federal en el área del combate al trabajo infantil, tales como el Programa para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (PETI), que beneficia a alrededor de 931,000 niños de menos de 15 años de edad en el país.

La literatura económica refleja una inquietud bastante extendida acerca de la relación entre el trabajo infantil y los tamaños de familia. Sin embargo, la naturaleza de esta relación no se presta a generalizaciones fáciles. En la medida en que a los niños trabajadores se les considera como una categoría residual de los niños en edad escolar que no están actualmente matriculados, la discusión simplemente se convierte en un reflejo de aquella que se presentará en la sección 2.2 del siguiente capítulo. Sin embargo, esta es una representación demasiado simple. Algunos niños trabajadores también se encuentran estudiando, mientras que estar matriculado no necesariamente significa que el niño no está trabajando. Un tema más difícil tiene que ver con la dirección de la relación. Aunque es posible justificar el argumento de que los tamaños de familia más grandes le hacen más difícil a las familias invertir en la educación de sus hijos, y más atractivo explotar su capacidad de generación de ingresos, también es posible que las oportunidades de generación de ingresos para los niños terminen por ofrecer un incentivo para que las familias tengan hijos adicionales. Singh y Schuh (1986), por ejemplo, concluyeron que el trabajo infantil tiende a incrementar la fecundidad en el Brasil rural. La mayoría de los economistas, por lo tanto, consideran que el trabajo infantil y el tamaño de la familia son determinados conjuntamente, y que los análisis simples multivariados que toman uno o el otro como su variable dependiente tienden a producir resultados sesgados. Incluso existe algún trabajo en el área del diseño de modelos puramente teóricos que se está realizando con el fin de dilucidar estas relaciones (por ejemplo, Bandyopadhyay y Roy, 2003; Hazan y Berdugo, 2002).

Patrinos y Psacharopoulos (1997) analizaron los efectos de ser indígena, el número de hermanos, las actividades de los hermanos y la estructura etaria de los hermanos, en el progreso educativo de los niños y las actividades infantiles no escolares, con base en la Encuesta sobre Niveles de Vida 1991 del Perú. El análisis muestra que el tamaño de la familia es importante,

pero también que las actividades de los hermanos deberían ser tomadas en cuenta. También se encontró que la estructura etaria de los hermanos era importante, pero en conjunto con sus actividades; es decir, tener un mayor número de hermanos más jóvenes implicaba menos escolaridad, una mayor distorsión edad-grado en el salón de clases, y más trabajo infantil. Ray (2000) también estudió encuestas de hogares nacionales del Perú (y Pakistán) y documentó que el número de hijos en una familia incrementaba significativamente la oferta de mano de obra infantil en el Perú. En México, Bando, López-Calva y Patrinos (2005), que usaron datos del programa PROGRESA, encontraron que el número de hijos de menos de 12 años de edad tenía un impacto negativo en la probabilidad de que un niño fuera a la escuela y un efecto positivo en la probabilidad de que trabajara, pero esto se volvió insignificante después del inicio de PROGRESA.

Si en lugar del número total de hermanos se analiza el orden de nacimiento, el patrón puede ser diferente de aquel que uno esperaría intuitivamente. Emerson y Souza (2002), que estudiaron los datos de la PNAD del Brasil, encontraron que los hijos primogénitos tenían menos probabilidades de asistir a la escuela, y que los últimos hijos en nacer tienen menos probabilidades de trabajar. Las niñas primogénitas tenían menos probabilidades de asistir a la escuela, pero no tenían más o menos probabilidades de trabajar. La edad de la madre estaba negativamente correlacionada con la probabilidad de que un hijo varón trabajara, y un tamaño de familia más grande implicaba una probabilidad más alta de trabajo tanto para los hombres como para las mujeres. Los últimos hombres en nacer, por lo tanto, tenían menos probabilidades de trabajar que sus hermanos primogénitos. Estos autores plantearon la hipótesis de que las familias pobres pueden enviar a un hijo a la escuela sólo si por lo menos algunos de ellos trabajan, y que los padres tienden a enviar al hijo o la hija mayor a trabajar porque él o ella puede obtener el salario más alto y, por lo tanto, el costo de oportunidad de educar a los hijos de mayor edad es más alto que aquel para los más jóvenes.

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 1 (Parte 4):

Conclusiones generales

5. Efectos de conversión

- El efecto de conversión es el tercer canal (después del crecimiento y los efectos de distribución) por medio del cual los factores de población influencian la pobreza. Eso tiene que ver con las capacidades, o sea, la eficiencia del uso que se hace de los recursos del hogar e individuales para alcanzar un cierto nivel de vida. Como tal, es especialmente relevante para las Metas 2 (Hambre) y 3 (Educación) de los ODM.
- Con respecto al hambre, los efectos de conversión son relacionados a la aptitud de las familias a decidir por una comida barata, segura y nutritiva, y con sus habilidades de buscar asistencia adecuada en el caso de cualquier enfermedad que pueda afectar la eficiencia de la ingestión de alimentos. Un componente de eso, por lo tanto, tiene que ver con el acceso a la información y la capacidad de actuar en función de ella.

- Las familias muy numerosas crean costos marginales crecientes de congestión, reduciendo rápidamente los retornos marginales netos de bienes que una vez fueron públicos y causando una competencia por recursos; las economías externas son deshechas por diseconomías resultantes de la infección; y ambas secuencias son más probables en hogares pobres. Un gran número de hermanos arroja mayores probabilidades de daño en sus viviendas pequeñas y hacinadas; y, como 70% del consumo/ingreso de familias que viven cerca de la línea de pobreza es consumo de alimentos, hay menos espacio para las economías de escala.
- Además, como las tasas de mortalidad infantil son más altas en hogares pobres, la generación de un miembro adicional del hogar es más costosa para esos hogares, en términos de embarazos perdidos. Esta es una cuestión empírica que justifica investigaciones a nivel micro para complementar las de nivel macro, sobre el bono demográfico. Aquellos grupos en la sociedad que están en la vanguardia de tal cambio y que tienen la posibilidad de sacarle provecho por medio de la educación de sus hijos y encontrándoles buenos empleos, se beneficiarán en sus ingresos y la acumulación de bienes.
- La alta fecundidad puede afectar las aptitudes de hogares pobres a traducir un dado nivel de consumo o ingreso per capita (o adulto-equivalente) en bienestar o capacidades (salud o educación). En el caso de la educación, el número de hermanos en el hogar afecta la capacidad de los padres y la motivación para invertir en la educación. Efectos de género también pueden ser relevantes. Aunque la evidencia directa de ese efecto en la región de ALC ha sido escasa hasta recientemente, parece plausible que las mujeres sean administradoras más eficientes de los recursos del hogar que los hombres cuando se trata de convertir los recursos en resultados deseados en educación y salud. Por último, la migración puede afectar la eficiencia de la conversión: la noción de mala aplicación de la tecnología es a veces utilizada para referirse al uso de los migrantes, no familiarizados con su nuevo ambiente, de tecnología inapropiada e innovaciones para la extracción de recursos naturales.

6. El vínculo entre crecimiento poblacional y hambre

- La reducción de la pobreza y malnutrición tiene un impacto positivo en todos los otros ODM, puesto que mejora la salud de las personas y estimula la productividad laboral y estudio, asistiendo a romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza. De esa forma, la realización de la Meta para reducir a la mitad el hambre en el mundo tiene una importancia en la realización de los otros Objetivos.
- De 24 países evaluados en la región de ALC, 7 ya alcanzaron la Meta de 2015, uno está en buen camino (más de 90% de la tasa de avance), 4 se están quedando atrás (70-90%), 3 están atrasados (menos de 70%) y 9 están completamente fuera del camino – aun así, lamentablemente, es el mejor desempeño en el mundo (países reduciendo el número de personas con hambre, estimaciones de 2003 para el período 1999-2001).

- Aunque la preocupación con el crecimiento poblacional como un factor subyacente a la escasez de comida es mucho menor que fue en el pasado, no puede ser enteramente descartada. Eso afecta los arreglos de producción local de alimentos, quizás de una manera incluso más perniciosa que sus efectos a nivel altamente agregado. El rápido crecimiento poblacional impulsado por una alta fecundidad deseada y/o baja implementación de los tamaños preferidos de las familias puede conducir a la subdivisión de la tenencia de tierras. La migración es otro factor que puede afectar la seguridad alimentar. Algunos estudios apoyan la idea de un impacto negativo de la emigración rural sobre la producción agrícola.
- Pasando del nivel macro al nivel micro, existe evidencia sustancial de que los patrones reproductivos – número de hermanos, intervalos intergenésicos cortos, edad materna y deseo por los niños – contribuyen significativamente a la incidencia de la desnutrición en tanto las madres como los hijos.
- El debido espaciamiento de los nacimientos permite a la madre recuperarse plenamente del embarazo anterior. Reduce también la competición por comida dentro del hogar y mejora el estado nutricional de los niños. Aunque convencionalmente el intervalo mínimo entre nacimientos ha sido establecido en 24 meses, la evidencia reciente indica que la desnutrición en niños menores de 5 años es minimizada si el intervalo entre éste y el nacimiento anterior es de por lo menos 36 meses.
- Programas de alimentación suplementar para mujeres embarazadas, la mejoría del conocimiento de las mujeres acerca de los requerimientos nutricionales suyos y de sus hijos y el aumento del poder de las mujeres para negociar el acceso a la nutrición necesaria deben formar parte de una estrategia de múltiples intervenciones.

7. Una nueva Meta en el Objetivo 1: pleno y productivo empleo y trabajo decente para todos

- En octubre del 2006, la Meta existente de desarrollo de trabajo productivo y decente para la juventud, antes en el Objetivo 8, fue reubicada como nueva Meta en el Objetivo 1 – a partir de la presentación del Report on the Work of the Organisation a la Asamblea General por parte del entonces Secretario-General.
- La cuestión del desempleo de la juventud es un tema serio en la región de ALC, donde el desempleo en dicho grupo etario alcanza tasas mucho mayores que entre la población en general: la tasa de desempleo de los jóvenes es el doble de la tasa general de desempleo y tres veces la tasa para los adultos y, en algunos países, puede llegar a cinco veces la tasa de adultos con más de 45 años.
- Aunque el bono demográfico es un fenómeno potencialmente beneficioso para la población en general, estos beneficios se aplican menos a los jóvenes que a otros grupos etarios. Si los jóvenes no son equipados con todas las aptitudes necesarias, enfrentarán obstáculos más grandes para la entrada en un mercado de trabajo altamente lleno y altamente competitivo. Por otro lado, de forma a obtener los beneficios de ese bono demográfico, las sociedades deben educar y equipar sus

jóvenes. Sin embargo, eso no quiere decir que la situación laboral de los jóvenes sería más favorable si hubiera persistido la alta fecundidad del pasado.

- La cuestión del desempleo de los jóvenes es estratégica y requiere un esfuerzo integrado incluyendo acciones en el área de educación, desarrollo de aptitudes, oferta de empleo y apoyo a la juventud y empresarios de bajo ingreso. Tales iniciativas deben involucrar varios actores: públicos y privados, ONGs, autoridades locales, líderes jóvenes, los medios de comunicación y asociaciones de padres. Dicho esfuerzo integrado debe priorizar grupos vulnerables en educación secundaria de forma que los jóvenes miembros de esos grupos sean capaces de ingresar a la educación superior. También es esencial promover el uso de computadores y tecnologías de la información de forma a estrechar la brecha digital.
- Acciones a nivel macro deben promover políticas de empleo (coordinadas con políticas económicas) para los jóvenes y la regulación de los mercados de trabajo. Políticas proactivas de trabajo deben ser basadas en la conciencia que la creación de empleos es sostenible solamente cuando las actividades económicas involucradas son competitivas a largo plazo. La inversión pública, innovación productiva, y políticas macroeconómicas de estabilización deben enfatizar la creación de empleos.
- Además de la juventud, las políticas gubernamentales deben ser diseñadas de forma a garantizar el acceso de otros grupos poblacionales al mercado de trabajo y sistemas de seguridad social. La capacidad de las mujeres para generar ingreso fuera de las ocupaciones tradicionales debe ser mejorada, con vistas a la realización de su independencia económica. Diferencias de género entre niveles promedios de ingreso laboral en la región de ALC persisten y no disminuyen en los altos niveles de educación, lo cual implica que los costos reales o potenciales de oportunidad para la reproducción pueden aumentar cuando el ambiente económico se hace más competitivo y los costos de capital humano aumentan. Políticas sociales compensatorias para corregir los desequilibrios de esas percepciones de parte de los empleadores pueden ser una mejor forma de atacar el problema que intentar resolverlo por medios legales.
- Una alta proporción de las mujeres pobres y descalificadas – particularmente las que migraron de áreas rurales – se encuentran en el servicio doméstico, con frecuencia coresidentes con sus empleadores. Aunque las condiciones laborales varían, la remuneración de las coresidentes tiende a ser muy baja. Además, el horario de trabajo es prolongado, con pocas oportunidades de vida social. En el inicio de los 90, se estimaba que 25% de las mujeres trabajadoras en Honduras y 14% en El Salvador estaban en ese tipo de trabajo. En México urbano, era la categoría más grande (32%), entre las mujeres trabajadoras, tanto las jefas de hogar como las esposas.
- No es enteramente claro si, en la región de ALC, la mayoría de los trabajadores pobres son mujeres, como estimado por la OIT a nivel mundial. Dicha estimación se basa en suposiciones bastante fuertes. Un análisis ilustrativo para el caso de Brasil (2005) llegó a una estimación justamente por debajo de los 40%. Interesantemente, el porcentaje

de mujeres trabajadoras que son pobres, comparadas a los hombres trabajadores en la misma situación, mantiene una fuerte relación con diferencias de la estructura del hogar y la posición dentro del hogar de los hombres y mujeres que trabajan.

- Las mujeres también están en desventaja en términos de su acceso al crédito comercial. Por eso, políticas económicas orientadas por género – tales como programas de micro-crédito para micro-empresas – se hacen necesarias, de forma a asistir las mujeres pobres y sin tierra a empezar sus propios negocios, generando también lucro y creando oportunidades de ingreso.
- El tema del trabajo y empleo infantil ha atraído interés especial en algunos países de la región de ALC. La literatura económica refleja una preocupación generalizada con la relación entre el trabajo infantil y el tamaño de las familias. Sin embargo, la naturaleza de dicha relación desafía generalizaciones fáciles. Mientras que es posible defender el argumento de que familias más numerosas dificultan la inversión en la educación de los hijos y estimulan la explotación de sus capacidades de generación de ingreso, también es posible que las oportunidades de generación de ingreso para los niños terminen por proveer a las familias un incentivo para tener más hijos. La mayoría de los economistas, por esta razón, consideran que el trabajo infantil y el tamaño de las familias son conjuntamente determinados y que simples análisis multivariados que consideran uno u otro como su variable dependiente suelen producir resultados sesgados.
- Cuando se analiza el orden de nacimientos, más que el número total de hermanos, el padrón puede ser diferente de lo que uno podría esperar intuitivamente. Un estudio con datos de la PNAD de Brasil encontró que los primeros hijos varones son menos propensos a estar en la escuela y que los últimos son menos propensos a trabajar. Las primeras hijas son menos propensas a ir a la escuela, pero no menos propensas a trabajar. La edad de la madre se correlacionó negativamente a la probabilidad de que un hijo varón trabaje, mientras que una familia más numerosa implicaba en una mayor probabilidad de trabajar, tanto para niños como para niñas. El análisis verificó la hipótesis de que familias pobres pueden enviar un niño a la escuela solamente si algunos de ellos trabajan y que sus parientes suelen enviar el más viejo a trabajar porque él o ella alcanza un salario mejor y, de esa forma, el costo de oportunidad de la educación de los hijos mayores es más alto que de los más pequeños.

ODM 2:
Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3: Lograr que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Probablemente el segundo ODM más importante sea el de lograr la enseñanza primaria universal, uno de los pilares del desarrollo humano más reconocidos. Las prioridades contempladas por los ODM son integrales y se refuerzan mutuamente, de modo que, si bien mejorar la educación es una meta de desarrollo por sí misma, también es ampliamente reconocida como la principal posibilidad de movilidad social y, por lo tanto, de escapar de la pobreza (ODM 1).

El capítulo anterior demostró la importancia de la educación como un factor intermedio en los diferenciales de pobreza que distinguen a algunos grupos raciales y étnicos en la región de ALC. La educación no debe ser discriminatoria y siempre debería promover la igualdad y, específicamente, la igualdad entre los géneros (ODM 3). Es por esto que el indicador de género de los ODM se centra en la educación, aunque esto es menos pertinente en la región de ALC que en otras, considerando el hecho de que en la mayor parte de la región de ALC los indicadores educativos de las mujeres son similares, o incluso superan, a aquellos de los hombres. Finalmente, la educación tiene ramificaciones importantes y a menudo ignoradas para el ODM 4, en el sentido de que se ha demostrado consistentemente que la educación materna constituye uno de los determinantes más importantes de la mortalidad infantil y de lactantes.

El MDGR regional de la CEPAL expresa la primacía de la educación y su promoción a través de un enfoque basado en los derechos humanos, de acuerdo con el cual la educación debería ser considerada como un derecho humano y, por lo tanto, como una obligación del Estado.

> *"Además de ser un derecho vinculado al desarrollo pleno de las personas, la educación incide decisivamente en las oportunidades y la calidad de vida de los individuos, las familias y las colectividades. El efecto de la educación en la mejora de los niveles de ingreso, la salud de las personas, los cambios en la estructura de la familia (en relación con la fecundidad y la participación en la actividad económica de sus miembros, entre otros), la promoción de valores democráticos, la convivencia civilizada y la actividad autónoma y responsable de las personas ha sido ampliamente demostrado." (CEPAL, 2005 a: 88)*

El objetivo de lograr la enseñanza primaria universal, al igual que la Declaración del Milenio en su conjunto, es producto de un consenso internacional que establece prioridades para los diferentes países del mundo. La educación primaria es considerada como un mínimo

universal que todos los países deben garantizar para sus niños.[1] Sin embargo, en la región de ALC se piensa que, en esencia, la educación primaria universal ha sido alcanzada (CEPAL 2005)[2] y muchos países consideran, en sus MDGR nacionales, asuntos tales como la calidad de la educación primaria y la desigualdad racial y étnica en la educación, mientras que otros consideran objetivos más ambiciosos, tales como la educación secundaria (también promovida en la región por la CEPAL y la UNESCO).

La tasa promedio de terminación de educación primaria en la región de ALC es de 88.3%. Si bien aquellos países con altos niveles de desarrollo humano, tales como Argentina (97%), Chile (96.5%) y Uruguay (96.6%), se están acercando a la universalidad, algunos otros países de la región todavía están rezagados, con tasas de terminación apenas por encima del 50%: Guatemala (59%), Nicaragua (61.2%) y Honduras (64.2%).

> *"No obstante los avances logrados en los años noventa, la cobertura de la educación secundaria en la región sigue siendo muy baja. En el año 2001, el promedio regional de la tasa neta de matrícula en este nivel era del orden del 65%, con muy pronunciadas diferencias entre países. Así, en Argentina, Chile y Cuba se han alcanzado cifras cercanas o superiores al 80%, en tanto que en República Dominicana, Guatemala y Nicaragua es cercana o inferior a 40%." (CEPAL, 2005 a: 101)*

En lo que respecta a la tasa de alfabetización entre la población de 15 años de edad en adelante, las estadísticas de 2002 muestran un promedio para ALC de 87.4%. Existe una importante desigualdad en la región, con países tales como Argentina (97%), Chile (95.7%), Costa Rica (95.8%), Uruguay (97.7%) y Cuba (96.9%) por un lado, y otros países con cifras no tan prometedoras, como Haití (51.9%), Guatemala (69.9%) y Nicaragua (76.7%).[3] También existen importantes diferencias entre grupos poblacionales. Las tasas de terminación de educación primaria en Bolivia, por ejemplo, son de sólo 68.4% para las mujeres indígenas, en comparación con 86.3% para las mujeres no indígenas. En Guatemala, estos porcentajes son de 30.0% y 72.7%, respectivamente, y en México de 65.0% y 90.2% (Del Popolo y Oyarce, 2005).

En las siguientes páginas se aborda cómo es que la población incide en la educación, a nivel primaria y secundaria, con base en la siguiente lista:

2.1. El vínculo entre las tendencias macrodemográficas y las inversiones potenciales en educación
2.2. El vínculo entre el logro educativo y los patrones reproductivos en las familias de origen
2.3. El vínculo entre los resultados educativos y la SSR de adolescentes
2.3.1. El embarazo adolescente y el logro educativo
2.3.2. Educación sexual y en habilidades para la vida
2.4. Fuga y ganancia de cerebros

[1] Observaciones Generales 02/90 y 13/99. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

[2] De acuerdo con la CEPAL, el indicador de promedio simple para la razón de matriculación neta (RMN) en la educación primaria para la región fue de 93% en 2002, un avance notable considerando que, en décadas pasadas, la RMN, alrededor de 1990, era de 86%.

[3] Datos tomados de CEPAL (2005 a), Estadísticas 2002.

Los planificadores de la educación en la región de ALC están cada vez más concientes del efecto macro asociado con el bono demográfico, que está reduciendo la presión demográfica sobre los sistemas educativos, toda vez que las tasas de matrícula ya no están incrementándose o pueden incluso comenzar a disminuir (Bella, 2004). Desde luego, este fenómeno tiene diferentes grados de importancia en los países de la región. En consecuencia, el capítulo divide a la región en grupos y ofrece un análisis acerca de los efectos que dicho fenómeno tiene en cada uno de ellos.

Otra pregunta importante es hasta qué punto el tamaño de las familias influye en los resultados educativos de los niños en la región. De acuerdo con la evidencia que se discute a continuación, los hijos de familias grandes tienen un menor desempeño escolar que los hijos de familias pequeñas, aunque existen problemas econométricos en lo que respecta a las especificaciones correctas del modelo para medir la fortaleza de estas relaciones. Al asegurarse de que las familias sólo tengan los hijos que desean, la SSR contribuye, por lo tanto, a la educación primaria universal.

En el caso de la educación secundaria, los temas de SSR plantean nuevos retos en lo que se refiere a garantizar la terminación de la educación entre los adolescentes de 12 a 18 años de edad. Los embarazos no planeados inciden en los resultados educativos de las madres adolescentes, si bien hasta ahora no existe mucha investigación científica acerca de la intensidad precisa de sus efectos. Este aspecto es bastante importante, dadas las altas tasas de fecundidad adolescente en la región y la necesidad contemporánea de avanzar la educación para proveer las habilidades requeridas por el entorno de trabajo. Con el fin de abordar estos problemas, el texto enfatiza la importancia de la educación de la sexualidad y sus efectos potenciales en el mejoramiento de los resultados educativos.

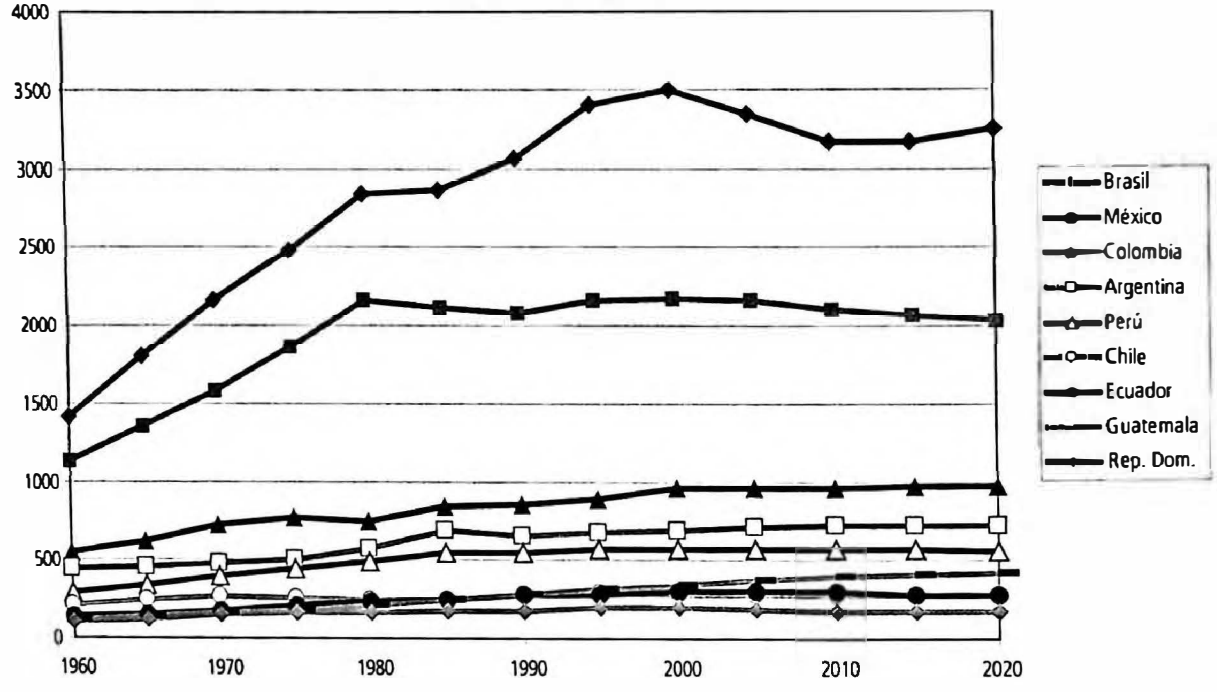
Finalmente, la migración también está relacionada con la educación, y su influencia cobra forma a través de procesos tales como la *fuga de cerebros* y la *ganancia de cerebros*. La recuperación de cerebros es un resultado teóricamente posible del proceso migratorio, pero en América Central y el Caribe conduce en su mayor parte a una fuga de cerebros. En consecuencia, la migración puede dejar a los países emisores sin las habilidades necesarias para promover el desarrollo, tal como ya se está haciendo evidente en el caso de los sectores de la salud y la educación en algunos países de la región, particularmente en el Caribe.

2.1. El vínculo entre las tendencias macrodemográficas y las inversiones potenciales en educación

Las tendencias demográficas agregadas en la región de ALC en el transcurso de las próximas 2 o 3 décadas tienen dos importantes implicaciones para las inversiones en la educación. Por un lado, el tamaño de la población en edad escolar en la mayoría de los países de la región se está estabilizando. En algunos países, tales como Brasil, incluso está comenzando a disminuir. Sólo aquellos países con un alto nivel de fecundidad, como Guatemala, todavía enfrentan poblaciones con una edad escolar en incremento a corto y mediano plazo. Esta desaceleración es el efecto del bono demográfico, tal como se aplica a la educación. El Gráfico 2.1 muestra cómo es que la situación varía de un país a otro en la

región de ALC. A medida que la necesidad de mantenerse a la par con las cohortes en edad escolar en incremento constante desaparece gradualmente, los países están ahora en posición de invertir en la cobertura y la calidad de la educación.

Gráfico 2.1: Presión demográfica sobre los sistemas educativos en la región de ALC medida en términos del tamaño de la cohorte de niños de 6 años de edad



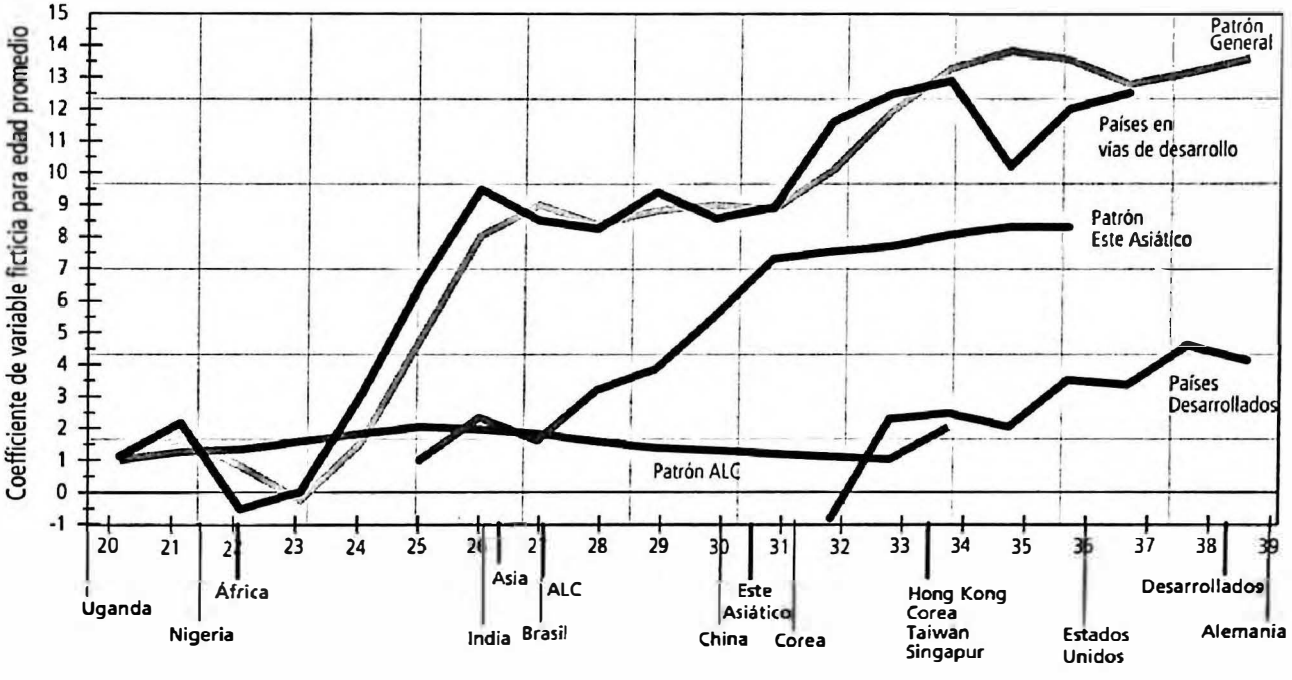
Fuente: Reelaborado con base en Cabrol, 2002: Gráfico 7

Los beneficios potenciales de los tamaños de cohorte reducidos -y, por lo tanto, del reducido "desplazamiento"- para las tasas de matrícula y los años de educación concluidos no han sido analizados extensamente. En 1999 Behrman, Duryea y Székely realizaron un estudio a gran escala con base en encuestas de hogares de la región de ALC, combinado con datos censales y macroeconómicos. Si bien encontraron una correlación negativa entre el logro educativo y los tamaños de cohorte, los efectos fueron débiles en comparación con aquellos de las variables macroeconómicas, particularmente los efectos adversos de la caída económica de la década de 1980 que, en su opinión, perseguirá a la región de ALC en las décadas venideras en la forma de oportunidades de educación perdidas de la cohorte que ingresó a la fuerza laboral en la década de 1990.

En un articulo posterior (Behrman, Duryea y Székely, 2001) describen la relación entre la edad promedio de la población (una medida del grado de avance en la transición demográfica) y el patrón etario de avance al 4.º grado. Esta gráfica se muestra en el Gráfico 2.2, en la que se grafican las estimaciones del coeficiente de edad promedio de país para el avance educativo: la probabilidad de que un estudiante perteneciente a la cohorte en edad escolar en el año de referencia, avance a 4.º grado. Ellos escogieron esta variable con el fin de capturar el efecto de "desplazamiento" que se esperaría tuviera lugar cuando grandes proporciones de una población demandan un servicio. La probabilidad de avance al 4.º grado es baja en el caso de las edades

promedio de país jóvenes, y luego se incrementa a medida que la edad promedio de país se incrementa, con declives relativamente pronunciados para los rangos de edad promedio de país de 23 a 27 años y 31 a 35 años. Este patrón es consistente con el argumento del desplazamiento, y también con otro de sus resultados (que no se muestran aquí), a saber, que el gasto en educación pública por niño (que presuntamente tiene un efecto en la calidad de la educación) es inicialmente bajo, y comienza a incrementarse cuando un país envejece.

Gráfico 2.2: Patrón etario del avance a 4.° grado en diferentes regiones



Fuente: Behrman, Duryea y Székely, 2001: Figure 14

A partir del Gráfico 2.2 parecería que, en promedio, la región de ALC ya se ha beneficiado del efecto positivo para el rango de edad de 23 a 27 años, aunque con un potencial a futuro en lo que respecta a beneficios a partir del rango de edad de 31 a 35 años. El Este Asiático, en promedio, está preparado para beneficiarse de los incrementos para el rango de edad de 31 a 35 años. Las cuatro economías con un rápido crecimiento en el Este Asiático, en promedio, al parecer ya se han beneficiado de la mayor parte de este último rango de edad. Al separarse los perfiles por regiones, parecería que la naturaleza de la relación en la región de ALC es diferente a la de otras regiones. Mientras que el patrón para los países en vías de desarrollo, el Este Asiático y los países desarrollados se ajusta al patrón general, la relación entre la edad promedio de país y la probabilidad de avanzar al 4.o grado en ALC es mucho más plana. Al parecer la razón por la que ALC diverge de otras regiones no es que la región haya estado sujeta a un evento negativo en una década específica. De hecho, los efectos durante las décadas de 1990 y 1980 son significativamente más altos que aquellos observados en la década de 1960, incluso después de controlar los efectos fijos por país y por año y la edad promedio de país. Esto sugiere que, en promedio, la región no ha podido beneficiarse de la oportunidad demográfica para mejorar sus perspectivas educativas.

Soares (2006 b), que analizó datos censales sobre población y matrícula por edad de 11 países latinoamericanos recolectados entre 1971 y 2001, pinta una imagen más optimista.[4] Él descompuso el cambio en la matrícula para el grado k se descompuso de la siguiente manera:

$$\Delta M_k = m_k n_k \Delta P + P m_k \Delta n_k + P n_k \Delta m_k$$

El primer término, $m_k n_k \Delta P$, representa la matrícula adicional resultante del crecimiento poblacional total. Si la población está creciendo, este término será positivo, y si está disminuyendo, será negativo. El segundo término, $P m_k \Delta n_k$, representa el crecimiento en la matrícula resultante de los cambios en el peso relativo del grupo etario k, dado el crecimiento poblacional total. Esto significa que si la población en edad escolar está creciendo más lentamente que la población adulta, $P m_k \Delta n_k$ será negativo, indicando aquello a lo que se puede llamar *bono demográfico relativo*. La suma de los dos primeros términos es el *bono demográfico absoluto*. También se puede escribir simplemente como $m_k \Delta P_k$. El único país con un bono demográfico absoluto considerable en el periodo de 30 años considerado aquí es Brasil. El término final, $P n_k \Delta m_k$, representa la matrícula[5] creada que condujo a una mayor inclusión educativa, ya que es el único término en el que la tasa de matrícula neta cambia.

Cuadro 2.1: Bono demográfico y educación en países latinoamericanos

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Brasil	México, Panamá	Uruguay, Argentina, Ecuador	Bolivia, Honduras, Guatemala, Venezuela, Costa Rica
La desaceleración demográfica facilitó un incremento en las tasas de matrícula	Bono relativo sustancial	Sin cambios sustanciales	Incrementos en tasas de matrícula, en ocasiones a niveles muy altos, como en Costa Rica, a pesar del alto crecimiento demográfico

Fuente: Soares, 2006 b

Es posible aplicar la misma metodología a cualquier país para el que existan disponibles datos sobre población y matrícula por edad. Al hacer esto, los datos sugieren que los 11 países pueden ser clasificados en cuatro grupos. El primer grupo es el grupo del bono demográfico clásico y sólo incluye a un país, Brasil, que representa un gran porcentaje de la población latinoamericana. En el Brasil la desaceleración demográfica facilitó un incremento en las tasas de matrícula. En México y Panamá no existe un bono absoluto del tipo encontrado en el Brasil, pero existe un bono relativo sustancial. El tercer grupo está integrado por países en los que el avance ha sido lento por algún tiempo: Uruguay y Argentina. Esta situación también parece aplicarse al Ecuador. Descomponer un cambio que no tuvo lugar no resulta de mucha utilidad, de modo que no hay mucho que decir acerca de este grupo. El grupo final está integrado por Bolivia, Honduras, Guatemala y, en menor medida, Venezuela y Costa Rica. Estos países mostraron incrementos en las tasas de matrícula, en ocasiones a niveles muy altos, como en Costa Rica, a pesar del alto crecimiento demográfico. Algo aún más impresionante es que tres

[4] Se usaron 3 años censales para 5 países: Bolivia, Brasil, Costa Rica, Uruguay y Venezuela; para los 6 países restantes (Argentina, Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Panamá) sólo 2.

[5] Este asume que no quedan lugares vacantes por llenar y que, por lo tanto, la población total matriculada y el número total de lugares ofrecidos son siempre los mismos.

de estas cinco naciones están entre las más pobres en América Latina, mostrando que si bien es cierto que el cambio demográfico puede ayudar o representar un obstáculo, ciertamente no es el único determinante del logro educativo. Tres casos ilustran patrones paradigmáticos típicos a partir de los cuales es posible inferir los demás.

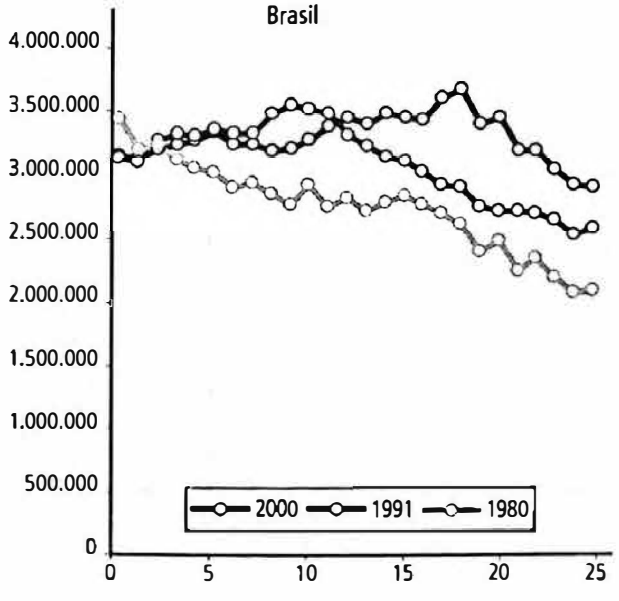
Grupo uno: Brasil, el único caso con un bono demográfico absoluto

El Gráfico 2.3 muestra que, de 1980 a 1991, la población de casi todas las edades se incrementó, siendo la única excepción aquellos con uno o ningún año de edad. Diferencias de hasta medio millón de niños muestran que el incremento poblacional fue considerable para los grupos etarios de menos de 15 años. La comparación entre el 2000 y 1991 cuenta una historia diferente: mientras que para la población de 12 años de edad en adelante el incremento poblacional es bastante grande, existe una disminución considerable en el caso de la población de 5 a 11 años de edad.

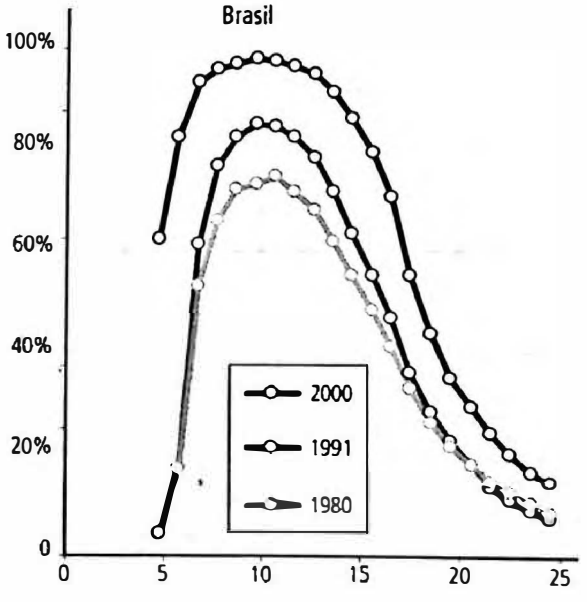
El Panel 2 muestra que la matrícula neta no se incrementó mucho de 1980 a 1991, pero sí bastante de 1991 a 2000. Las historias demográficas y de matrícula parecen coincidir. El cálculo de los tres efectos de la descomposición usando el periodo 1991-2000 da lugar al Cuadro 2.2, que muestra que la mayor parte de la capacidad de matrícula adicional creada en el periodo permitió un mayor acceso. Como existió un crecimiento poblacional de 1991 al 2000, el componente del crecimiento poblacional total siempre es positivo; en otras palabras, muestra una carga demográfica. Sin embargo, para las edades de 6 a 11 años, el bono relativo es mayor que el componente del crecimiento poblacional total, produciendo un bono absoluto positivo y permitiendo un margen considerable para los incrementos en las tasas de matrícula netas.

Gráfico 2.3: Tamaño de cohorte y tasas de matrícula para el Brasil, 1980, 1991 y 2000

Panel 1: Tasas de matrícula



Panel 2: Tamaños de cohorte



Fuente: Soares, 2006 b

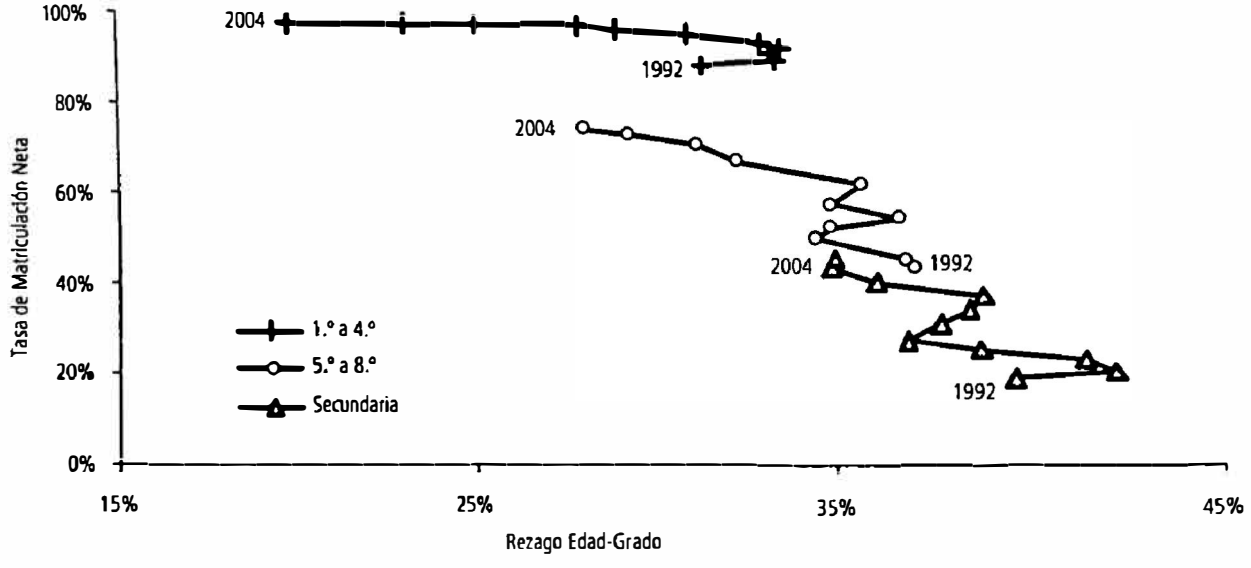
Cuadro 2.2: Matrícula creada por edad, Brasil 1991-2000

Edad	Mayor acceso	Bono demográfico absoluto		Bono demográfico relativo
		Total	Crecimiento poblacional total	
5-9	112.1%	-12.1%	29.2%	-41.3%
10-14	91.9%	8.1%	77.6%	-69.5%
15-19	68.9%	31.1%	27.0%	4.0%
20-24	73.9%	26.1%	20.7%	5.4%

Fuente: Soares, 2006 b

Usando un tipo de análisis de datos de matrícula brasileños por municipalidad completamente diferente, con base en una regresión jerárquica con o sin correlación espacial, Riani y Rios-Neto (2006) muestran que en el caso de los niños de 7 a 14 años de edad (pero no en el de aquellos de 15 a 17), el tamaño relativo de su cohorte de edad en la municipalidad es el principal determinante de las tasas de matrícula. Si se toman en cuenta también las mismas cohortes de edad en municipalidades vecinas, la importancia de este factor se reduce, y la disponibilidad de maestros locales se convierte en un factor importante, pero continúa siendo significativa, implicando que la menor presión demográfica sobre el grupo etario pertinente en realidad mejora las posibilidades de que los niños se matriculen en la educación primaria.

Gráfico 2.4: Diagrama de fases de matrícula neta por porcentaje de rezago educativo para el Brasil, 1992-2004



Source: Soares, 2006 a: Figura 5

En otro artículo, Soares (2006 a) presenta el diagrama de fases en el Gráfico 2.4, el cual muestra que el rezago educativo, una medida de la calidad, también ha disminuido, particularmente a nivel primaria. En lugar de un crecimiento "vertical" (para mantenerse a la par con un población en edad escolar en expansión), el empuje del crecimiento ahora está dirigido hacia la "izquierda", es decir, disminuyendo el número de años que los niños están retrasados con respecto a su nivel de grado normal. Vélez, Medeiros y Soares (2002), que

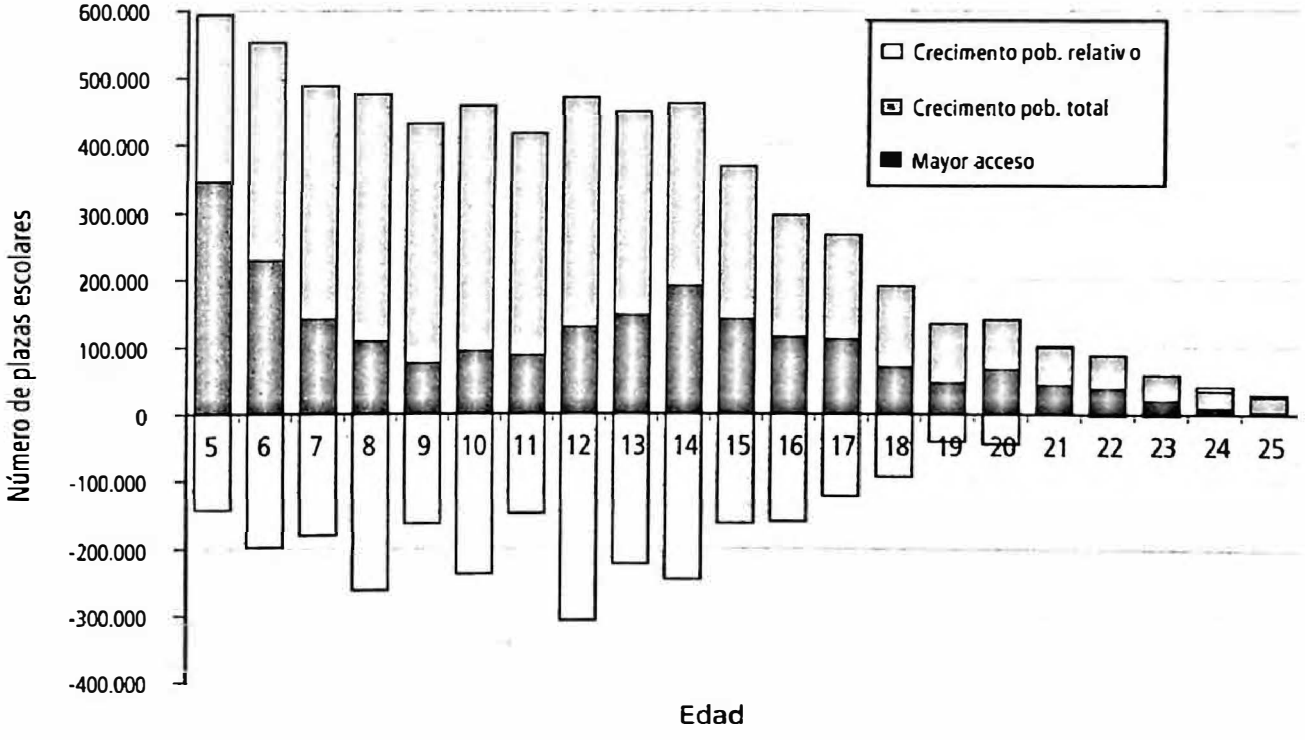
investigaron el desafío de reducir la desigualdad educativa en el Brasil, adoptan un ángulo ligeramente diferente. Ellos concluyen que en realidad existe una ventana de oportunidad, parte de la cual ya se ha perdido, pero que, dada la naturaleza lenta del cambio demográfico, esta ventana está abierta y todavía existe bastante tiempo para aprovecharla.

Existe, sin embargo, un inconveniente. Si bien es cierto que la presión demográfica cada vez menor sobre el sistema educativo le facilita a los jóvenes prolongar su educación, esa prolongación también se está volviendo cada vez más necesaria, ya que hoy en día la competencia que los jóvenes enfrentan por parte de los trabajadores de mayor edad es más férrea que en el pasado, como resultado del mismo bono demográfico que también es responsable de la menor presión demográfica sobre el sistema educativo. En términos financieros, Turra y Rios-Neto (2001: Table 2) muestran que el efecto del ahorro en la educación resultante de los cambios en la fecundidad entre 1995-2000 y 2015-2020 a lo largo del curso del ciclo de vida es del orden del 19%, más otro 3% resultante de una mortalidad más baja. Si bien este efecto es sustancial, es necesario tener en mente que, en términos absolutos, este ahorro es relativamente modesto comparado con el gasto mucho más alto en el que el Brasil habrá de incurrir con su costoso sistema de pensiones (ver 1.2.7.3.).

Brasil es probablemente el caso clásico de una demografía que ayuda a alcanzar la matrícula casi universal. De los once países analizados aquí, México muestra un patrón similar, aunque más débil.

Grupo dos: México y Panamá, bono relativo sustancial

Gráfico 2.5: Matrícula creada en México, por edad (1990-2000)



Fuente: Soares, 2006 b

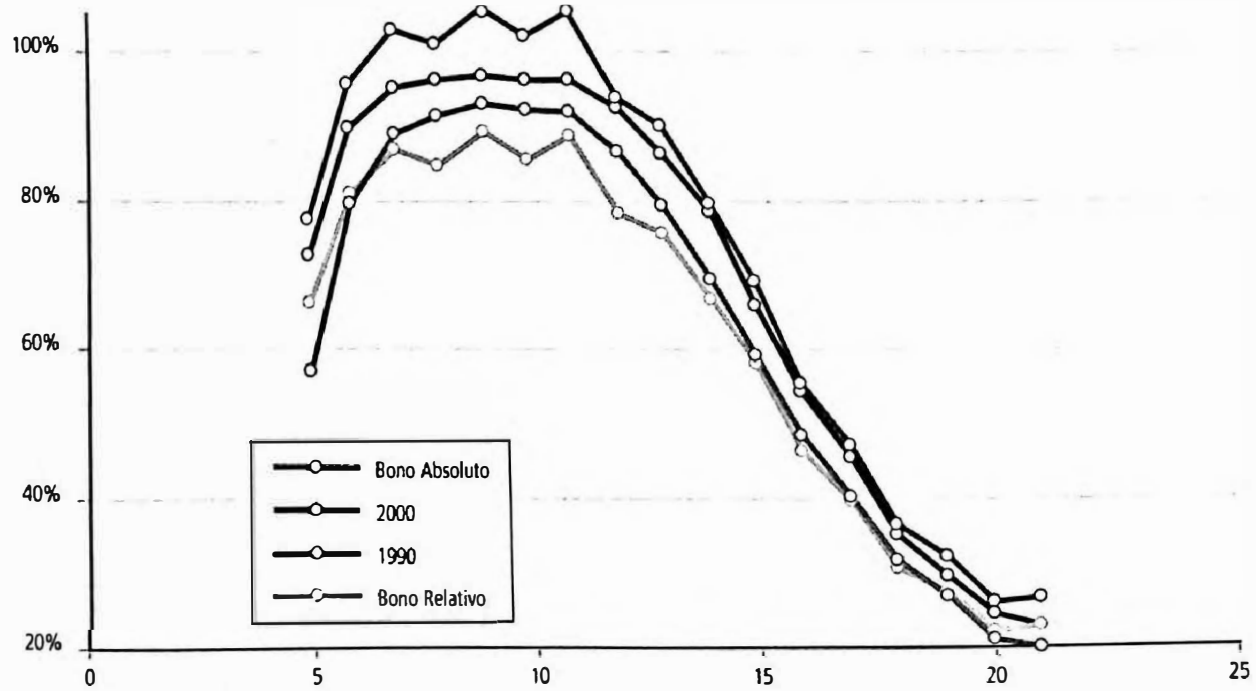
En el Gráfico 2.5 se muestra la capacidad de matrícula creada en México entre 1990 y 2000, por edad, para estudiantes de entre 5 y 25 años de edad. Las barras de color gris oscuro muestran la parte de esta matrícula que contribuyó a un mayor acceso: 345,000 niños en el caso de los niños de 5 años de edad. Las barras de color gris claro muestran el tamaño de la matrícula, que se mantiene a la par con el crecimiento poblacional: una carga de 248 por cada 1,000 en el caso de los niños de 5 años de edad. Las barras blancas muestran el bono demográfico relativo resultante de más adultos por niño: un bono de 143 por cada 1,000 en el caso de los niños de 5 años de edad. Nótese que la cantidad total de la matrícula creada corresponde a la suma de las tres barras (por ejemplo, 450,000 en el caso de los niños de 5 años de edad), y no a la parte superior de las barras sombreadas. El Cuadro 2.3 muestra los mismos datos en términos porcentuales, con subtotales para las edades de 5 a 15 y 5 a 25 años.

Cuadro 2.3: Matrícula creada por edad, México 1990-2000

Edad	Mayor acceso	Bono demográfico absoluto		Bono demográfico relativo
		Total	Crecimiento poblacionaltotal	
5-9	56.2%	43.8%	103.1%	-59.2%
10-14	59.1%	40.9%	148.2%	-107.3%
15-19	72.1%	27.9%	113.3%	-85.4%
20-24	46.5%	53.5%	64.4%	-10.9%

Fuente: Soares, 2006 b

Gráfico 2.6: Tasas de matrícula neta contrafactuales para México, 1990-2000

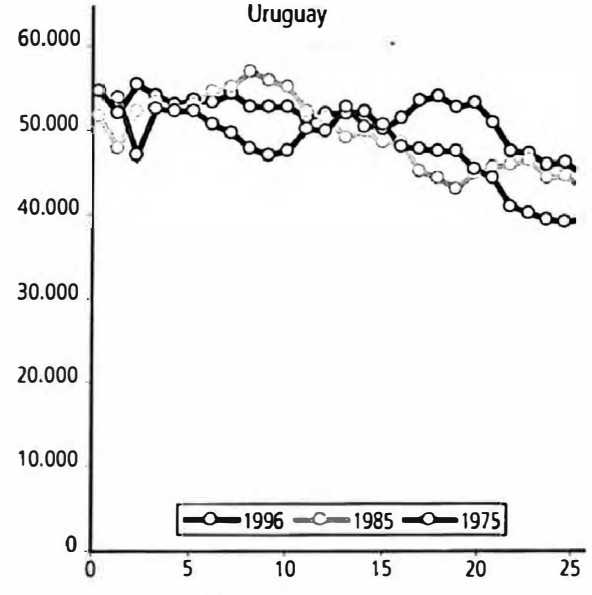


Fuente: Soares, 2006 b

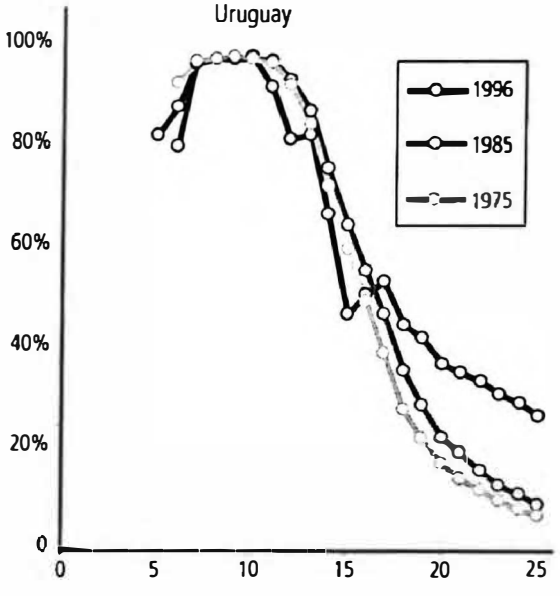
Finalmente, es posible crear una gráfica para mostrar la contribución contrafactual[6] a las tasas de matrícula netas de cada término de la descomposición anterior. El Gráfico 2.6 muestra las tasas de matrícula netas en 1990 y 2000. La diferencia entre las curvas representa, evidentemente, un mayor acceso a la educación por edad. La curva más alta muestra qué es lo que habría sucedido si no hubiera existido un crecimiento poblacional en absoluto para cada edad: las tasas de matrícula netas habrían rebasado el 100%, ya que se habría creado una capacidad educativa para niños no existentes. Esto muestra la carga demográfica absoluta. Es necesario tener en mente, sin embargo, que los recursos potenciales también crecen con la población total. El contrafactual representado por la curva más baja muestra el bono demográfico relativo.

Gráfico 2.7: Tamaño de cohorte y tasas de matrícula para Uruguay, 1975, 1985 y 1996

Panel 1: Tamaño de Cohorte



Panel 2: Tasas de Matricula



Fuente: Soares, 2006 b

Grupo tres: Uruguay, Argentina y Ecuador, sin gran cambio demográfico o en matrícula

El caso de Uruguay es similar al de Argentina y, en menor medida, al de Ecuador. Es un caso en el que "no está pasando gran cosa". El Panel 1 del Gráfico 2.7 muestra que el tamaño de cohorte es más o menos constante: el tamaño de la población por edad no cambió mucho de 1985 a 1996, y tampoco cambió mucho de 1975 a 1985. El Panel 2 cuenta la misma historia en términos de tasas de matrícula de 1975 a 1985. De 1985 a 1996 existe una disminución en la matrícula en el grupo etario de 10 a 15 años, y un incremento en el de 16 a 25. Este hecho es bastante curioso, pero al parecer tiene poca relación con el cambio demográfico.

Grupo cuatro: Bolivia, Honduras, Guatemala, Venezuela y Costa Rica, sin alivio a la vista

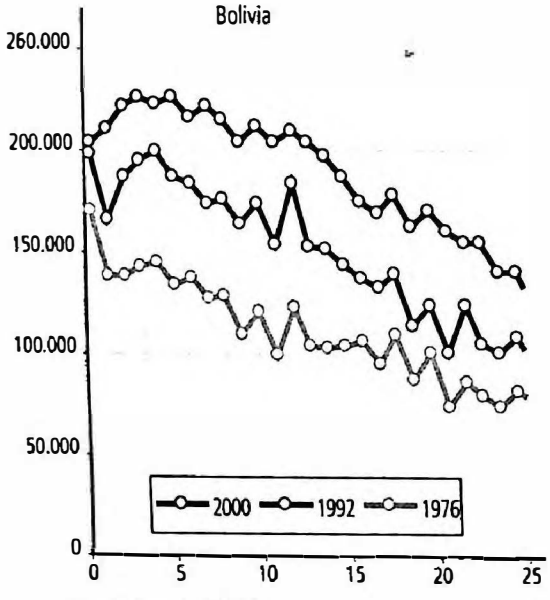
Bolivia es probablemente el polo opuesto de Uruguay. Los datos censales para 1976, 1992 y 2000 muestran incrementos constantes e incesantes en la población en edad

[6] The term "counterfactual" refers to simulated scenarios of things that did not actually happen but whose hypothetical outcomes – under certain theoretical assumptions – can be plausibly predicted.

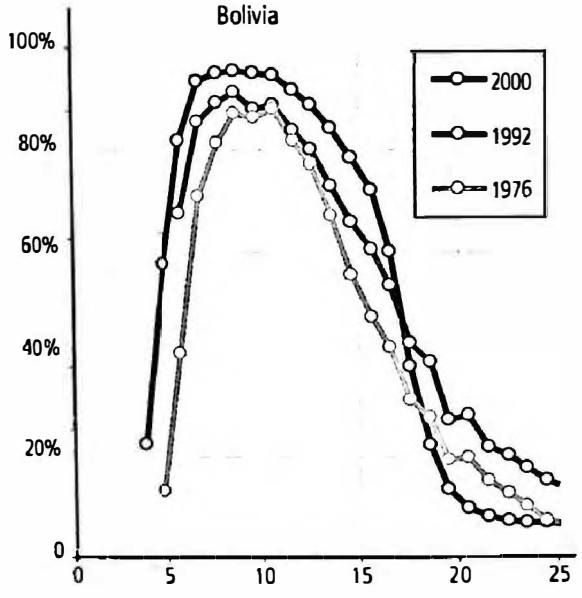
escolar. Los incrementos poblacionales parecen ser de alrededor de 50 mil niños por cada grupo de un año de edad, lo cual implica un crecimiento de 25-50% de un censo al siguiente. A pesar de la presión demográfica, Bolivia ha podido incrementar las tasas de matrícula netas, por lo menos en el caso de la escuela primaria, en una proporción considerable. Entre 1992 y 2000, las tasas de matrícula netas para la población de seis a 15 años de edad se incrementaron en una proporción de entre 5 y 10 puntos porcentuales, acercándose a una matrícula casi universal. Si se considera que esto tuvo poca relación con el cambio demográfico, ¿cuál fue el factor responsable de estos incrementos en la matrícula neta?

Gráfico 2.8: Tamaño de cohorte y tasas de matrícula en Bolivia, 1976, 1992, 2000

Panel 1: Tamaño de Cohorte



Panel 2: Tasas de Matricula



Fuente: Soares, 2006 b

El Cuadro 2.4 muestra que sólo el 17-41% de la matrícula en el rango de edad de 7 a 18 años condujo a un mayor acceso. Esto contrasta con el más del 100% en el caso del Brasil y más de 60% para México. La única explicación es que el sistema escolar boliviano ha creado una capacidad de matrícula extraordinaria de forma que, a pesar de su pesada carga demográfica, la matrícula se ha incrementado y se sitúa en niveles cercanos a aquellos de sus vecinos más ricos.

Cuadro 2.4: Matrícula creada por edad, Bolivia 1992-2000

Edad	Mayor acceso	Bono demográfico absoluto		Bono demográfico relativo
		Total	Crecimiento poblacional total	
6-9	31.2%	68.8%	83.6%	-14.8%
10-14	29.4%	70.6%	78.4%	-7.7%
15-19	15.0%	85.0%	80.9%	-4.1%
20-24	162.6%	-62.6%	-44.9%	-17.7%

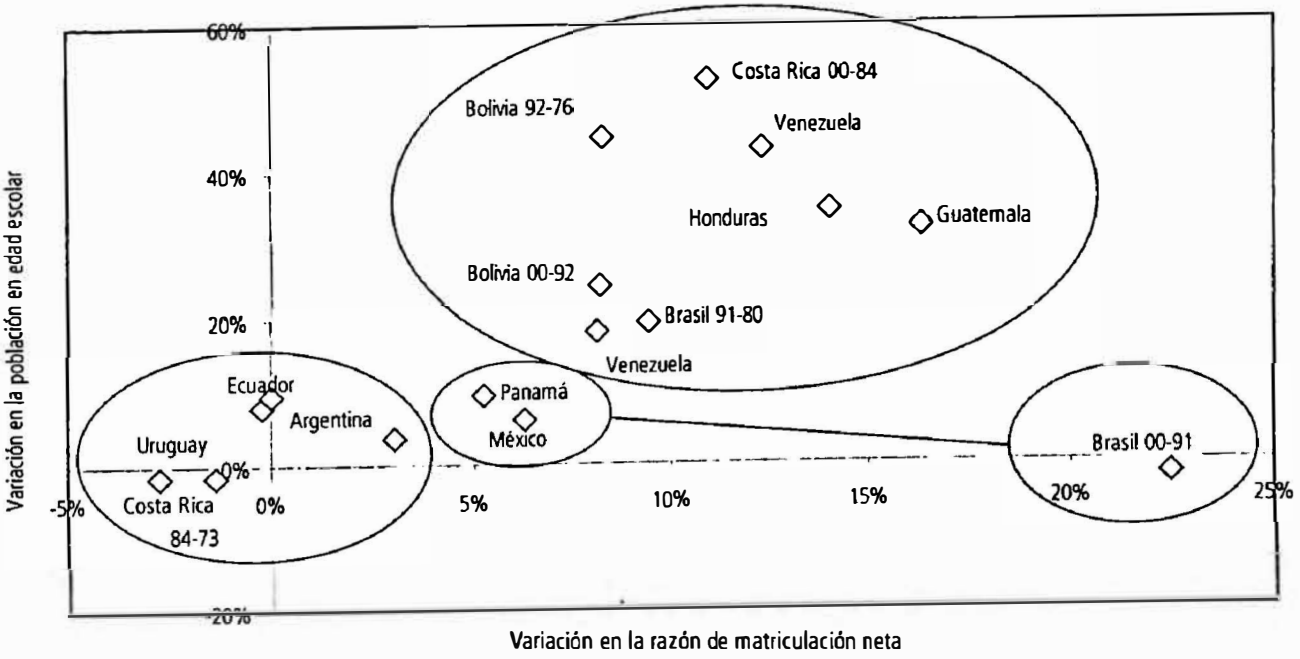
Fuente: Soares, 2006 b

Cuadro 2.5: Resumen de mediciones del bono educativo en 11 países latinoamericanos

País	Años	Porcentaje de matrícula que conduce a				Total	Cambio en	
			Carga o bono demográfico					
		Más acceso	Total	Crecimiento poblacional	Bono relativo		Matrícula neta	Población en edad escolar
		Grupo con bono demográfico						
Absoluto								
Brasil	2000- 1991	107%	-7%	57%	-63%	100%	22.5%	-1.7%
Relativo grande								
México	2000-1990	53%	47%	135%	-88%	100%	6.3%	6.1%
Panamá	2000-1990	39%	61%	133%	-71%	100%	5.2%	9.7%
		Grupo con nada que descomponer						
Argentina	2001-1991	46%	54%	153%	-99%	100%	3.0%	3.8%
Uruguay	1996-1985	60%	40%	-545%	585%	100%	-2.8%	-1.6%
Ecuador	2001-1990	1%	99%	252%	-154%	100%	0.0%	9.6%
		Grupo con bono pequeño						
Bolivia	2000-1992	30%	70%	81%	-11%	100%	8.2%	24.5%
Venezuela	2001-1990	35%	65%	93%	-28%	100%	8.1%	18.3%
Costa Rica	2000-1984	24%	76%	83%	-6%	100%	10.9%	52.2%
Honduras	2001-1988	40%	60%	71%	-12%	100%	14.0%	34.7%
Guatemala	2002-1994	46%	54%	57%	-3%	100%	16.3%	32.4%

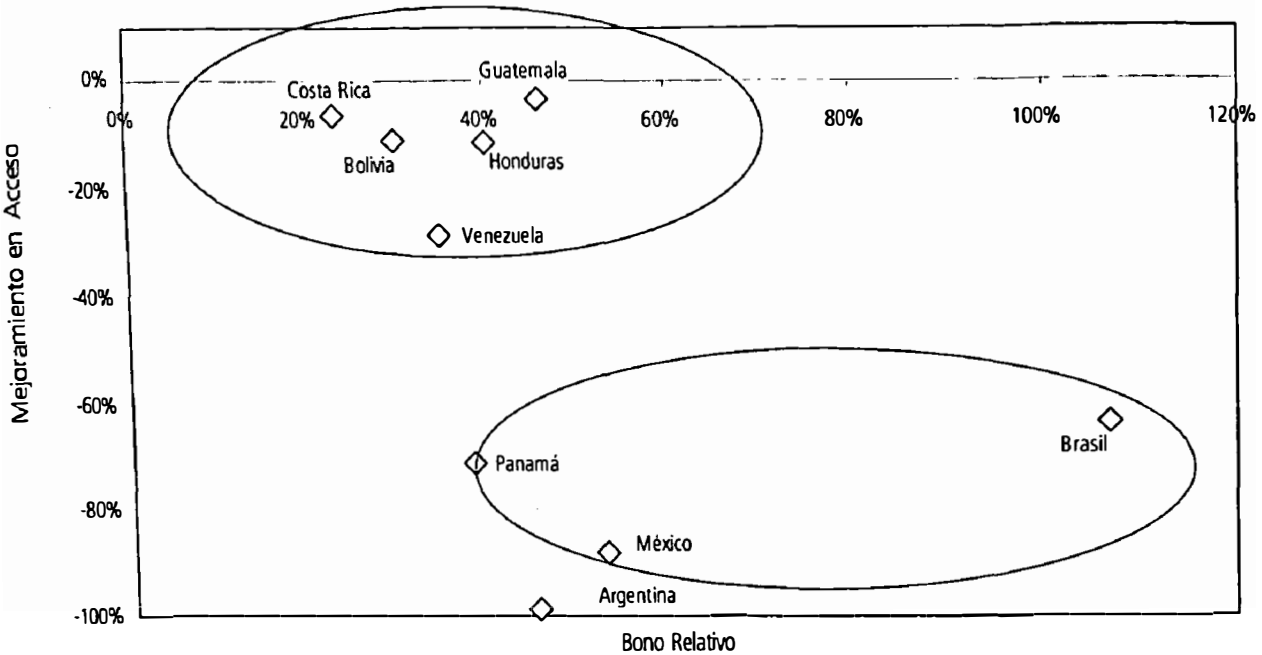
Fuente: Soares, 2006 b

Gráfico 2.9.A: Cambios en tasas de matrícula netas vs. población en edad escolar



Fuente: Soares, 2006 b

Gráfico 2.9.B: Mejoramiento en acceso vs. bono relativo



Fuente: Soares, 2006 b

El caso de Bolivia es interesante, ya que muestra que es posible nadar contra la corriente. Es particularmente interesante que un país pobre pueda lograr estos resultados. Guatemala, Honduras y, en menor medida, Venezuela y (sorprendentemente) Costa Rica exhiben una conducta similar.

2.2. El vínculo entre el logro educativo y los patrones reproductivos en las familias de origen

> *"Las familias más pequeñas posibilitan mayores inversiones en la salud y la educación de cada niño. Cuando hay grandes cantidades de hijos en las familias pobres, algunos hijos no reciben educación. Para otros, es posible que la educación quede demorada, interrumpida o abreviada." (UNFPA, 2002 a: Cap. 1)*

> *"Una de las razones para una trampa de pobreza es una trampa demográfica, cuando las familias empobrecidas deciden tener muchos hijos. Estas decisiones son entendibles y, no obstante, los resultados pueden ser desastrosos. Cuando las familias empobrecidas tienen grandes números de hijos, las familias no pueden permitirse invertir en la nutrición, la salud y la educación de cada hijo. Es probable que solo puedan darle educación a un hijo, y que solo envíen a la escuela a un hijo varón. Las altas tasas de fecundidad en una generación, por lo tanto, tienden a conducir al empobrecimiento de los hijos y también a altas tasas de fecundidad en la siguiente generación." (Sachs, 2005: 65)*

El hecho de que las familias con menos hijos tienden a invertir más en la educación de cada uno de ellos es confirmado por una serie de estudios empíricos de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. En el Reino Unido, por ejemplo, Iacovou (2001) encontró

que, incluso al controlar un gran número variables socioeconómicas de las familias, los resultados de las pruebas de lectura para los adolescentes de 16 años de edad disminuían casi linealmente con el tamaño de la familia: los resultados en el caso de los hijos de familias con 8 hermanos descendieron 0.85 desviaciones estándar por debajo de aquellos de los hijos sin hermanos o hermanas. En el caso de la calificación educativa más alta de los jóvenes de 23 años de edad, las diferencias fueron menos pronunciadas, pero seguían siendo sustanciales. En términos generales, Iacovou también encontró que los hijos más jóvenes tienden a tener un desempeño educativo inferior en comparación con sus hermanos y hermanas de mayor edad. Otros efectos importantes son el mejor desempeño de los hijos nacidos durante una fase posterior de la vida de sus padres y de los hijos de familias con un mayor espaciamiento entre nacimientos (Powell y Steelman, 1993).

En los países en vías de desarrollo, la mayoría de los estudios empíricos sobre el logro educativo han encontrado que, en promedio, los hijos de familias grandes alcanzan una menor escolaridad que los hijos de familias más pequeñas (King, 1987; Knodel y Wongsith, 1991; Marteleto, 2001; Patrinos y Psacharopoulos, 1997). Esto por lo general es explicado por la dilución de los recursos, de modo que son menos los recursos financieros e interpersonales que se pueden asignar a cada hijo. Adicionalmente, el embarazo no planeado puede socavar las inversiones en la educación al desestabilizar los planes de los padres para invertir en sus hijos ya nacidos. Knodel et al. (1990) reportan que la rápida disminución de la fecundidad en Tailandia contribuyó a mayores niveles de matrícula escolar. Usando simulaciones basadas en datos de encuestas, estimaron que las proporciones que asisten a la escuela secundaria baja y superior casi se duplicarían como resultado de los tamaños de familia más pequeños. Advierten, sin embargo, que sus hallazgos dependían del contexto sociocultural de Tailandia, en donde la mayoría de la carga de la educación para los niños recae en los padres. De acuerdo con el Instituto Alan Guttmacher y el UNFPA (Singh et al., 2003), tal como se cita en la Introducción, "las familias con menos hijos, y con hijos más espaciados, pueden permitirse invertir en la educación de cada hijo." Por lo tanto, lograr el acceso universal a servicios de SSR inevitablemente contribuirá al logro de la educación primaria universal, ya que la SSR ayuda a reducir el número de hijos por hogar y permite más recursos educativos para cada hijo.

Algunos estudios han encontrado una asociación positiva entre el tamaño de la familia y la educación (Chernichovsky, 1985; Hossain, 1988), posiblemente debido a la existencia de grandes economías de escala en la producción de capital humano al interior de las familias. Encuestas realizadas por Lloyd (1994) y Kelley (1996) concluyen que los efectos por lo general son negativos, aunque modestos en tamaño, y que a menudo son mediados por factores contextuales tales como el nivel de desarrollo económico, el gasto gubernamental en educación y la fase de la transición demográfica. En los países más desarrollados de América Latina y en el Sureste de Asia, se encontró que los impactos negativos del tamaño de la familia eran más grandes que en el Sur de Asia o el África subsahariana. Algunos estudios también han encontrado efectos más grandes en las áreas urbanas que en las rurales. En países en los que la educación es en su mayoría pública y gratuita, las tasas de matrícula

son menos sensibles al tamaño de las familias, pero el logro educativo continúa estando significativamente vinculado a él, ya que los hijos de mayor edad están cada vez más expuestos al riesgo de ser sacados de la escuela para contribuir a las responsabilidades del hogar.

Foster y Roy (1997) desarrollaron un modelo de periodos múltiples en el que los padres repetidamente enfrentan una disyuntiva entre la procreación y el ofrecimiento de educación a sus hijos en edad escolar, y mostraron que un programa de planificación familiar puede influir en la educación al reducir la fecundidad en un entorno rural de bajos ingresos en Bangladesh (1978). El efecto de la planificación familiar representó un incremento de 15% en la escolaridad promedio para las niñas, y un incremento del 12% para los niños. Además, encontraron que:

- Un incremento en el número de hijos en edad escolar y de mayor edad reduce la fecundidad subsecuente y aumenta el logro educativo;
- El mecanismo primario a través del cual el número de niños en edad escolar y de mayor edad incide en la escolaridad es a través de su efecto en la fecundidad;
- Las estimaciones a corto plazo de aquellos programas de planificación familiar que no dan cuenta de los efectos indirectos que se presentan a través de los cambios en el tamaño y la composición de las familias tienden a sobreestimar las reducciones en la fecundidad y a subestimar los aumentos en la escolaridad.

Aparentemente esta metodología no ha sido replicada en la región de ALC.

El caso del Brasil

En Brasil, dos estudios han examinado al papel del tamaño de las familias en la educación de los niños y han mostrado una relación negativa en general. Psacharopoulos y Arriagada (1989) encontraron un pequeño impacto negativo en general del número de hermanos en la matrícula escolar y el logro educativo, pero no encontraron ningún efecto en las tasas de deserción escolar. Marteleto (2001) encontró efectos negativos del número de hermanos en los años promedio de escolaridad y la matrícula escolar para las cohortes de niños nacidos pre y post la transición demográfica. Dos estudios más antiguos sobre Colombia (Birdsall, 1980) y la Nicaragua pre-revolucionaria (Wolfe y Behrman, 1982; Behrman y Wolfe, 1987), también encontraron efectos significativos del número de hermanos. Lam y Marteleto (2005) realizaron un extenso estudio sobre las encuestas de hogares brasileñas durante el periodo 1977-1999, en el que consideraron tanto el efecto demográfico agregado discutido en la sección anterior como el efecto a nivel micro de ser criado en un hogar con más o menos hermanos. Ambos efectos resultaron ser significativos, aunque el primero fue más fuerte que el segundo. Se mostró que la matrícula escolar era negativamente afectada por la tasa de crecimiento de las poblaciones de 7 a 14 años de edad, con los efectos más negativos en los hombres de mayor edad de los hogares más pobres, que pueden ser los más sensibles debido a la disyuntiva de tener que escoger entre el trabajo y la escuela. Se encontró que el efecto de tener hermanos en el grupo de 0 a 6 años de edad era más negativo que el efecto del número de hermanos de 7 a 17 años de edad, y ligeramente más negativo en el caso de las niñas que en el caso de los niños. El nivel educativo cada vez mayor de los padres fue un determinante aún más importante.

Andersen (2000) encontró una relación entre el número de hermanos y los logros educativos de aquellos adolescentes de 13 a 19 años de edad que residían en el hogar de sus padres en la mayoría de los países de la región, pero en algunos países, tales como Bolivia, la relación no era significativa. Esta autora también hace notar que las brechas de escolaridad dependen del orden de nacimiento del hijo y del sexo de sus hermanos o hermanas. Finalmente, hace notar que los resultados son más favorables para las niñas que para los niños y, en algunos casos, favorecen a los hijos que viven en hogares jefaturados por mujeres. En México, Mier y Terán y Rabell (2001: 802) encontraron (a través de un modelo de regresión a multinomial que controló el sexo del hijo, la educación materna y otras variables contextuales) que en las familias de bajos ingresos los hijos de 12 a 14 años de edad tenían un 85% de posibilidades de estar en la escuela al nivel adecuado si el hacinamiento en el hogar era bajo o medio, pero sólo un 66% si el hacinamiento era alto; en familias hasta con 4 hijos, la probabilidad era de 79%, pero en las familias más grandes disminuía a 67%.

La Encuesta Nacional de Hogares de Venezuela (2000) provee algunos elementos analíticos, ya que contiene información acerca de la situación educativa de los niños de 10 a 14 años de edad. El Cuadro 2.6 muestra los resultados de una regresión en la que la brecha de escolaridad fue relacionada con una serie de variables socioeconómicas, incluyendo el número total de hijos de la mujer entrevistada. Las variables de control fueron elegidas no tanto con base en su pertinencia teórica, que puede ser remota en el caso de variables tales como la presencia de un refrigerador en el hogar, sino con el fin de reducir tanto como fuera posible cualquier relación espuria que pudiera deberse a otros factores que no fueran el impacto real de los números de hermanos en el desempeño educativo.

Cuadro 2.6: Venezuela – Resultados de una regresión multivariada de la brecha de escolaridad de niños de 10 a 14 años de edad con respecto a varias variables socioeconómicas

Explanatory variables	Coefficients	Significance
Hijos de 0 a 4 años en el hogar	0.080	0.0%
Hijos de 5 a 9 años en el hogar	0.094	0.0%
Hijos de 10 a 14 años en el hogar	0.158	0.0%
Jefa de familia	-0.085	14.4%
Jefe de familia de 15 a 29 años	0.088	30.1%
Jefe de familia de 30 a 39 años	-0.030	46.7%
Jefe de familia de 40 a 49 años	0.015	70.2%
Familia incompleta	0.116	4.5%
Educación de jefe de familia	-0.061	0.0%
Edad del hijo	0.234	0.0%
Hija	-0.377	0.0%
La madre trabaja	0.016	62.3%
Recámaras por persona	-0.217	1.3%
Piso de tierra	0.646	0.0%
Teléfono en el hogar	-0.278	0.0%
Televisor en el hogar	-0.375	0.0%
Refrigerador en el hogar	-0.596	0.0%
Ingreso per cápita	-0.00000061	4.9%
Log (ingreso per cápita)	0.018	13.9%

Fuente: Computado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares, primer semestre de 2000

Aun con este conjunto más amplio de controles, incluyendo la edad y el sexo del hijo y el ingreso per cápita, los números de hijos en el hogar de 0 a 4, 5 a 9, y 10 a 14 años son todos determinantes significativos de la brecha de escolaridad entre los niños de 10 a 14 años de edad. Esto significa que los hijos de 10 a 14 años de edad tienen un menor desempeño en la escuela, en la medida en que tienen más hermanos en cualquiera de estos grupos etarios, pero particularmente hermanos de la misma edad aproximadamente. Sorprendentemente, algunos indicadores de la infraestructura de los hogares obtienen una calificación mucho más alta en términos de significación que el ingreso per cápita per se, que se encuentra apenas por debajo del nivel del 5%. La existencia de familias incompletas tiene una influencia negativa en el desempeño educativo, tal como sería de esperar, pero el efecto también es apenas significativo, mientras que el trabajo fuera del hogar de la madre no tiene un efecto discernible. Los hijos de los hogares jefaturados por mujeres tienen un desempeño ligeramente mejor que aquellos de los hogares jefaturados por hombres, pero el efecto no es significativo. Las niñas, por otro lado, tienen un desempeño escolar significativamente mejor que el de los niños.

A pesar de la significación estadística de la relación entre los números de hermanos y el desempeño escolar, el efecto agregado real de una composición de los hogares diferente en la brecha de escolaridad sería moderado, mas no dramático. Aplicando los coeficientes del modelo mostrados arriba, es posible inferir que la brecha se reduciría en alrededor de 0.1 años si todos los niños de 10 a 14 años de edad vivieran en hogares con, a lo sumo, un hermano de menos de 15 años de edad. Considerando que la brecha de escolaridad promedio de los niños en el grupo etario de 10 a 14 años, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares 2000 de Venezuela, era de 0.76 años, esto implica una reducción de alrededor de 13-14%.

El caso de Nicaragua

Con base en la MECOVI 1998 de Nicaragua, se ha intentado cuantificar el impacto educativo de los patrones reproductivos usando no la brecha educativa, sino el número real de años de educación completados a la edad de 20 años como la variable dependiente (Hakkert y Martine, 2002). Con este fin, fue necesario usar un procedimiento de estimación de datos censurados[7]. Los resultados sugieren que la asociación entre los niveles educativos más altos y los tamaños de familia persiste incluso si los números son estandarizados para eliminar el sesgo resultante del hecho de que los hogares más pobres tienden a tener más hijos. Sin embargo, el efecto es más pronunciado entre los hogares no pobres que entre los pobres, reduciendo con ello las posibilidades de escapar de la pobreza adaptando los patrones reproductivos. Las niñas tienen un mejor desempeño que los niños, aunque existen algunas excepciones. No se ha encontrado una relación consistente entre el número de años de escolaridad y el sexo del jefe de familia.

[7] El término "estimación de datos censurados" se refiere a una situación en la que no toda la información de interés (por ejemplo, la edad al dejar la escuela) puede ser observada (por ejemplo, porque algunos de los entrevistados todavía están en la escuela). Al hacer ciertas suposiciones acerca del proceso (por ejemplo, que la edad esperada al salir de la escuela de un niño que todavía asiste a la escuela es la misma que aquella de todos los niños con edades mayores o iguales a la de ese niño) sigue siendo posible derivar estimaciones razonables a través de los llamados "procedimientos de datos censurados"..

El Cuadro 2.7 muestra los resultados de regresión obtenidos por Andersen (2000), que relacionan las brechas educativas de los adolescentes con una serie de variables explicativas, incluyendo la presencia de hermanos o hermanas más jóvenes o mayores en el hogar. Su método está basado en la descomposición de Fields.[8] Resumiendo los coeficientes de Fields para las variables relacionadas con la estructura familiar (la presencia de hermanos mayores o más jóvenes), el resultado es de 0.0296 en el área urbana y 0.0162 en el área rural. Aunque este es menor que la influencia del ingreso familiar y la educación del padre y la madre, que suma 0.1824 en el área urbana y 0.1122 en el área rural, los efectos son significativos: con la excepción de la presencia de una hermana mayor, la presencia de otros hermanos siempre reduce los logros educativos del niño.

Finalmente, es necesario hacer referencia al estudio realizado por Aldaz Carroll y Morán (2001) sobre 16 países latinoamericanos, en el que se usó una metodología de regresión logit[9] para controlar diversos factores intervinientes. Estos últimos incluyeron el nivel educativo de ambos padres, el género (que indicó una fuerte ventaja de las niñas sobre los niños), el ingreso del hogar, la residencia urbana-rural y, en algunos países, la maternidad soltera o adolescente y la situación de trabajo de la madre. Tal como se muestra en el Cuadro 2.8, los coeficientes para el número de hermanos fueron negativos y fuertemente significativos en todos los países, a excepción de Costa Rica, en donde fue significativo sólo al nivel del 10%. En algunos países, tales como Paraguay, El Salvador, Bolivia y México, encontraron, sin embargo, que el efecto perjudicial del número de hermanos en la probabilidad de concluir la educación secundaria desaparecía en el caso de los hijos de hogares de altos ingresos.

Cuadro 2.7: Nicaragua – Resultados de regresión para la brecha educativa urbana y rural de adolescentes de 13 a 19 años, por diferentes variables explicativas

	Coeficientes		Valores t		Coef. de Fields	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Log (Ingreso del hogar)	-0.3716	-0.1765	-7.47	-5.23	0.0470	0.0130
Educación más alta de los padres	-0.2264	-0.3181	-10.97	-11.60	0.1354	0.0992
Edad de jefe al momento del nacimiento	-0.0301	-0.0067	-4.21	-0.65	0.0031	-0.0018
Jefatura femenina	-0.1051	-0.3198	-0.38	-1.71	-0.0007	0.0008
Familia incompleta	-0.1426	-0.2155	-0.59	-1.06	-0.0005	-0.0006
Tiene una hermana más joven	0.4327	0.4749	3.45	4.37	0.0136	0.0079
Tiene un hermano más joven	0.4611	0.3886	2.42	2.48	0.0139	0.0071
Tiene una hermana mayor	0.0061	-0.0986	0.05	-0.76	0.0000	0.0012
Tiene un hermano mayor	0.2990	0.3751	2.39	2.79	0.0021	0.0000
Sexo femenino	-0.6239	-0.7475	-5.50	-9.00	0.0143	0.0177
Edad	0.5158	0.7720	12.45	23.01	0.1126	0.2344
Adoptado	0.5077	0.9899	3.24	4.68	0.0002	0.0091
Jefe trabaja de manera independiente	0.4317	0.6967	1.75	1.43	0.0014	0.0038
Log (Provincia con ingreso promedio)	1.0228	1.4983	2.19	2.86	-0.0211	-0.0363
Provincia con escolaridad promedio	-0.5064	-1.2965	-2.84	-8.12	0.0348	0.1309
Ingreso parcialmente imputado	-0.6432	0.1686	-2.44	0.91	0.0026	0.0014

Fuente: Andersen, comunicación personal

[8] El método de Fields descompone la contribución de cada factor explicativo de la desigualdad en un efecto de coeficientes, un efecto de correlación y un efecto de desviación estándar. Para mayores detalles, ver Fields (2003).

[9] Para una explicación breve acerca del análisis/la regresión logit, ver el pie de página correspondiente en la sección 1.3.

Cuadro 2.8: Coeficientes de un análisis logito multivariado expresando el efecto del número de hermanos en la probabilidad de concluir la educación secundaria en 16 países latinoamericanos, alrededor de 1995

País y año	Coeficiente logit
Argentina (Urban), 1996	- 0.244 ***
Bolivia (Urban), 1995	- 0.167 ***
Brasil, 1995	- 0.227 ***
Chile, 1994	- 0.180 ***
Colombia, 1995	- 0.111 ***
Costa Rica, 1995	- 0.084 *
Ecuador, 1995	- 0.191 ***
El Salvador, 1995	- 0.142 ***
Honduras, 1994	- 0.295 ***
México, 1996	- 0.229 ***
Nicaragua, 1994	- 0.133 ***
Panama, 1995	- 0.266 ***
Paraguay, 1995	- 0.252 ***
Perú, 1996	- 0.104 ***
Uruguay (Urban), 1995	- 0.353 ***
Venezuela, 1995	- 0.163 ***

* Significante al nivel del 10%;
*** Significante al nivel del 1%
Fuente: Aldaz-Carroll y Moran, 2001

Todos los análisis precedentes comparten una debilidad metodológica, a saber, que no consideran la posibilidad de aquello que los econometristas llaman el sesgo por endogeneidad. En el pie de página 68 en el capítulo anterior se explica brevemente qué es esto. Una forma de controlar esta posibilidad es analizando a familias cuyo tamaño fue claramente determinado por casualidad. Rosenzweig y Wolpin (1980), por ejemplo, usaron datos sobre gemelos de la India para crear un experimento natural, y confirmaron que los incrementos exógenos en la fecundidad reducen las inversiones en la educación: en un 17% si se presenta en el primer embarazo y en un 34% si tiene lugar en el tercer o cuarto embarazo (Rosenzweig, 1990), lo cual equivale a un efecto más pequeño que aquel encontrado en estudios de corte transversal simples que no controlan el sesgo por endogeneidad. Aparentemente no existen estudios basados en esta metodología para la región de ALC, aunque sería bastante fácil diseñar uno.[10]

Existe alguna evidencia de que el grado en el que las madres deseaban el nacimiento de sus hijos también contribuye a su logro educativo. Desafortunadamente, no existe más evidencia debido al hecho de que las EDS y otras encuestas de fecundidad en los países en vías de desarrollo no le han prestado gran atención a las variables educativas y, particularmente, al logro educativo de los hijos de las madres entrevistadas. No obstante, Montgomery y Lloyd (1999) lograron identificar cuatro países en donde las EDS sí contienen información pertinente sobre este tópico: la República Dominicana, Egipto, Kenia y las Filipinas. En el caso de la República Dominicana, demostraron que los hijos de familias que han tenido

[10] En el IPEA actualmente se están realizando esfuerzos para replicar la metodología para el caso del Brasil y posiblemente otros países de la región de ALC.

uno o más nacimientos no deseados durante los últimos 5 años tuvieron un desempeño significativamente peor en términos de años de educación concluidos que los hijos de familias en las que todos los nacimientos fueron deseados, incluso después de haber controlado un amplio rango de otras características familiares.

Un estudio longitudinal en Finlandia de mujeres que afirmaron que no deseaban embarazarse en el momento en que se presentó el embarazo muestra similarmente que los hijos no deseados tienen menos probabilidades de avanzar más allá de los 9 años de escolaridad que los hijos deseados en la misma cohorte (Myhrman et al., 1995). Los hijos inoportunos, por otro lado, no tuvieron un desempeño educativo peor que el de los hijos planeados. La interacción entre un tamaño de familia grande y el hecho de no desear al hijo mostró un mayor riesgo de bajo logro educativo entre los hijos, incluso después de hacer ajustes considerando el entorno familiar. Una revisión de la literatura sugiere que los efectos del no deseo para un hijo específico pueden ser ocultados por el hecho de que la educación *promedio* es empujada a la baja por el no deseo de hijos en los hogares de bajos ingresos (Acharya, 2004).

Similarmente, en los EEUU, Gruber, Levine y Staiger (1999) encontraron que los embarazos no deseados llevados a término dan como resultado una menor educación para los hijos no deseados, que tienen un menor nivel educativo, incluso al tomarse en cuenta todos los demás factores, tales como el ingreso y la educación de los padres:

> *"Las circunstancias de vida promedio de las cohortes de niños nacidos inmediatamente después de la legalización del aborto mejoraron sustancialmente en comparación con las cohortes precedentes, y en relación con aquellos lugares en los que la situación legal del aborto no estaba cambiando. Nuestros resultados sugieren que los niños marginales que no nacieron como resultado de la legalización del aborto habrían nacido sistemáticamente en circunstancias menos favorables si los embarazos no hubieran sido interrumpidos: habrían tenido 60% más probabilidades de vivir en un hogar monoparental, 50% más probabilidades de vivir en la pobreza, 45% más probabilidades de estar en un hogar que recibe asistencia social, y 40% más probabilidades de morir durante el primer año de vida." (Gruber, Levine y Staiger, 1999: 265).*

Entre otros determinantes, Gertler et al. (2004) investigaron el efecto de la discapacidad y la muerte parental en las inversiones en capital humano infantil usando conjuntos de datos de panel de Indonesia y México. Sus resultados de México muestran una probabilidad más alta de deserción escolar y de mortalidad infantil para aquellos hijos con una madre difunta. Su análisis sugiere que estos resultados se deben más a factores conductuales (en particular, la pérdida de la influencia de las madres en las decisiones acerca de las inversiones del hogar en los hijos) que al impacto económico de las muertes de las madres. Morrison y Orlando (1999) también documentan algún impacto de la violencia doméstica en el desempeño escolar de los niños en Chile y Nicaragua. Aunque no encontraron un efecto significativo en el avance de grado, encontraron una relación con la conducta escolar problemática, particularmente problemas disciplinarios, en el caso de Chile.

2.3. El vínculo entre los resultados educativos y la SSR de adolescentes

En su formato estándar, el segundo ODM se refiere al logro universal de la educación primaria como mínimo. Sin embargo, en consonancia con las declaraciones del ex Secretario General de las Naciones Unidas mencionadas en el segundo capítulo de este documento, diversos países de medianos ingresos en la región de ALC están moviéndose ahora más allá de este objetivo, hacia la universalización de la educación secundaria. Esto plantea nuevos desafíos desde el punto de vista de los recursos financieros y humanos, pero también desde el punto de vista de los estudiantes mismos. La educación secundaria típicamente tiene lugar entre los 12 y los 18 años de edad, un periodo durante el cual los jóvenes están iniciando su transición a la adultez en más de una manera, pero particularmente con respecto a la sexualidad y la reproducción. Esto plantea la posibilidad de que eventos pertenecientes a la esfera de la sexualidad y la reproducción, y específicamente el embarazo temprano, interfieran con el proceso educativo, de modo que los adolescentes, y particularmente las adolescentes, pueden abandonar su educación prematuramente. Por otro lado, las intervenciones del sector educativo mismo, en la forma de programas integrales de educación sexual y en habilidades para la vida, pueden contribuir significativamente a minimizar los efectos adversos potenciales de estos problemas.

2.3.1. El embarazo adolescente y el logro educativo

El número de años de educación perdidos por el abandono temprano de la educación a consecuencia del embarazo en realidad no es fácil de estimar. Las tasas de fecundidad adolescente en la región de ALC son bastante altas, variando de alrededor de 40 por cada mil en algunos países caribeños a 140 en algunas partes de América Central. Eso, sin embargo, no es suficiente para concluir que el embarazo temprano debe de tener una influencia decisiva en las tasas de deserción escolar. Los/las adolescentes desertan de la escuela por más de una razón, que en conjunto determinan el número de años de educación que se perderán. Estimar el efecto de cualquiera de estos procesos de manera aislada de los demás no es particularmente fácil. Como una primera aproximación, en la década de 1990 las encuestas de salud reproductiva en la región comenzaron a preguntarle a las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad acerca de su situación de matrícula a ese momento y las razones por las que habían abandonado la escuela. El Cuadro 2.9 resume algunos de estos resultados.

Por lo tanto, es posible concluir que el porcentaje de mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) no matriculadas en el momento de la entrevista y que abandonaron su educación debido a un embarazo temprano varía de alrededor del 5% en la República Dominicana (1996) a 13% en Colombia (2005). En el caso de las mujeres jóvenes con educación secundaria incompleta, que es el grupo de principal interés aquí, los porcentajes son ligeramente más altos, por ejemplo, de 15% en Colombia (2005). Similarmente, los porcentajes reportados por Lloyd (2006) para la región de ALC rara vez están por encima del 10%, con un promedio de alrededor del 7%.

Cuadro 2.9: Distribución porcentual de razones declaradas para el abandono escolar de mujeres actualmente de 15 a 24 años de edad para países seleccionados de la región de ALC

	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 2005	Perú, 2000	Rep. Dom., 1996
Actualmente en la escuela	52.5	47.7	42.4	47.2	32.6
Se embarazó	3.8	4.9	7.6	6.5	3.4
Casada o en unión libre	5.9	6.0	2.9	3.2	17.1
Tenía que cuidar de sus hijos	2.1	2.2	1.8	2.2	1.9
La familia necesitaba ayuda	11.6	2.5	2.9	4.8	1.4
No podía pagar sus estudios	1.7	2.8	19.2	9.9	5.1
Necesitaba ganar dinero	9.1	9.9	0.7	1.2	8.3
Se graduó / estudió lo suficiente	2.5	2.9	6.6	10.5	0.1
No aprobó exámenes	0.5	0.8	3.0	3.2	-
No quería estudiar	2.9	8.1	0.7	0.9	15.7
La escuela estaba lejos de su casa	2.6	6.6	8.4	4.9	4.2
Sus padres no lo querían	-	-	1.2	1.3	-
Razones médicas	-	1.1	0.1	0.1	-
Otras razones	2.5	3.7	2.3	3.1	9.3
No proporcionó información	0.5	0.6	0.1	1.0	0.8

Fuente: Informes de País de las EDS

Sin embargo, los porcentajes en el Cuadro 2.9 se ven afectados por un número de dificultades de interpretación. No queda claro, por ejemplo, si las categorías "casada o en unión libre" y "tenía que cuidar de sus hijos" no contienen casos adicionales de deserciones debidas a embarazo. Pero, más importantemente, es probable que las razones estén altamente correlacionadas, haciendo difícil decidir cuál fue la que ocasionó que la mujer desertara. Una adolescente, por ejemplo, puede tener un mal desempeño escolar, descuidar sus deberes escolares como resultado de la relación con un novio, embarazarse y, con ello, ocasionar que sus padres decidan que ya no quieren pagar su educación. Las interacciones de este tipo llevaron a Trussell (1998) a la conclusión de que el nivel de educación final alcanzado por las madres adolescentes puede ser menor, no como resultado del embarazo adolescente como tal, sino porque en muchos casos tenían un mal desempeño en la escuela y, si no fuera por el embarazo, probablemente habrían desertado por otras razones. En apoyo de esta tesis, el análisis de datos de la ENPOFAM de Venezuela (1988) demuestra que las mujeres jóvenes que más adelante se convirtieron en madres adolescentes tenían probabilidades casi 3 veces más altas de haber desertado de la escuela entre las edades de 14 y 16 años, *antes* de embarazarse, que las adolescentes que tuvieron su primer nacimiento después de los 20 años de edad. *Después* de haberse embarazado, ese factor se incrementó de un poco menos de 3 a un poco menos de 5 (Guzmán et al., 2001).

Existen muy pocos estudios sistemáticos en la región de ALC que estimen los efectos educativos del embarazo adolescente de manera confiable, elaborando los controles apropiados para las variables intervinientes. El estudio de Buvinic (1998) sobre México, Guatemala, Chile y Barbados, que aplicó análisis multivariados, sólo hace comentarios indirectos acerca de la educación como una de las vías causales para el arraigo de la pobreza (ver también Sección 1.2.7.1). Bailey y Bruno (2001) compararon a mujeres jóvenes en el noreste de Brasil que habían buscado abortos o atención prenatal al momento de embarazarse durante la adolescencia. Encontraron que aquellas mujeres que continuaron sus embarazos tenían

más probabilidades que otras de desertar de la escuela, mientras que aquellas que tuvieron abortos estaban experimentando una baja autoestima debido a las condiciones que rodearon al aborto, el cual es ilegal y, por lo tanto, estigmatizado en este entorno.[11] Otro estudio en Brasil, de Bruce y Chong (2006), encontró que la tendencia al abandono escolar era más fuerte todavía en madres adolescentes casadas, las cuales tenían solamente la mitad de la tasa de matrícula de las madres solteras.

Cuadro 2.10.A: Impacto en el logro educativo promedio de las mujeres bolivianas actualmente de 25 a 34 años de edad que habría sido obtenido posponiendo el primer nacimiento de menos de 20 años a los 20 años de edad

Área de residencia / Quintil de pobreza	Logro educativo promedio de mujeres con primer nacimiento <20		Logro educativo promedio de mujeres con primer nacimiento 19-21	
	Promedio	N *)	Promedio	N
Urbana				
Más pobres	3.74	2,831	2.87	1,172
Segundos más pobres	5.21	19,210	4.66	9,390
Medio	6.21	42,760	6.78	28,851
Segundos más ricos	7.66	45,918	8.56	33,599
Más ricos	10.86	24,165	11.81	22,353
Rural				
Más pobres	3.50	38,910	3.55	26,055
Segundos más pobres	4.64	27,029	5.41	18,494
Medio	6.15	9,549	7.06	5,989
Segundos más ricos	6.61	2,094	8.13	1,848
Más ricos	7.96	358	12.00	261
Total	6.24	212,824	7.08	148,011

*) Los quintiles son de un tamaño desigual por el hecho de que esta es una submuestra que sólo consta de mujeres de 15 a 24 años de edad, mientras que los quintiles fueron definidos con base en la muestra completa.
Fuente: Análisis de microdatos de la Encuesta EDS 2003 de Bolivia

A pesar de la falta de datos educativos detallados en las EDS[12], es posible obtener una idea razonable acerca del impacto potencial de posponer los primeros nacimientos analizando las historias de nacimientos de las mujeres en la categoría de edad de 25 a 34 años, la mayoría de las cuales ya han tenido su primer nacimiento y casi todas las cuales han concluido su educación. Los datos que se muestran en el Cuadro 2.10.A, basados en la EDS boliviana de 2003, se refieren a una simulación en la que el primer logro educativo promedio (en años individuales) de estas mujeres fue computado en términos de su edad al momento del primer nacimiento, residencia urbana-rural y estrato de pobreza.[13] Estas últimas variables fueron incluidas para evitar resultados espurios debido a la correlación del logro educativo y la edad al momento del primer nacimiento con la pobreza y el área de residencia. Posteriormente se llevó a cabo una simulación en la que se asumió que las mujeres que tuvieron su primer nacimiento antes de los 20 años de edad, en lugar de ello, adquirían el logro educativo

[11] No se sabe si este estudio aplicó los controles necesarios para eliminar la influencia de las variables intervinientes.

[12] Las encuestas de salud reproductiva realizadas con el uso de la metodología del CDC en varios países, tales como Honduras, El Salvador y el Ecuador, son más completas en este sentido.

[13] Idealmente, sería deseable controlar un conjunto más grande de factores socioeconómicos pero, desafortunadamente, las opciones disponibles en las EDS son un tanto limitadas.

promedio de las mujeres en el mismo quintil de pobreza y con la misma área de residencia que tuvieron sus primeros nacimientos cuando tenían exactamente 20 años de edad.[14]

Cuadro 2.10.B: Impacto en la proporción de mujeres bolivianas actualmente de 25 a 34 años de edad con educación secundaria completa que habría sido obtenida posponiendo el primer nacimiento de las edades de menos de 20 años a la edad de 20 años

Área de residencia / Quintil de pobreza	Porcentaje de mujeres con primer nacimiento antes de los 20 años que concluyeron la educación secundaria		Porcentaje de mujeres con primer nacimiento entre 19 y 21 años que concluyeron la educación secundaria	
	Promedio	N *)	Promedio	N
Urbano				
Más pobres	3.34	2,831	3.07	1,172
Segundos más pobres	4.35	19,210	6.67	9,390
Medio	6.79	42,760	13.60	28,851
Segundos más ricos	22.30	45,918	36.35	33,599
Más ricos	59.51	24,165	73.47	22,353
Rural				
Más pobres	2.06	38,910	2.51	26,055
Segundos más pobres	3.31	27,029	5.89	18,494
Medio	12.46	9,549	16.34	5,989
Segundos más ricos	13.11	2,094	27.23	1,848
Más ricos	3.04	358	100.00	261
Total	14.86	212,824	24.80	148,011

*) Los quintiles son de un tamaño desigual por el hecho de que esta es una submuestra que sólo consta de mujeres de 15 a 24 años de edad, mientras que los quintiles fueron definidos con base en la muestra completa.
Fuente: Análisis de microdatos de la encuesta EDS 2003 de Bolivia

Al computar los promedios ponderados de las diferencias entre las dos columnas del Cuadro 2.10.A, se puede estimar que, en conjunto, la postergación de los primeros nacimientos hasta la edad de 20 años daría como resultado 0.27 años de educación adicional. Debería hacerse notar, sin embargo, que la mejoría se concentra en los tres estratos más altos, particularmente en el de los segundos más ricos, en donde alcanza un total de 0.42 años. En el caso de los dos estratos más pobres la mejoría es sólo marginal. El mismo patrón emerge del Cuadro 2.10.B, que analiza la proporción de mujeres con educación secundaria completa. En términos generales, el efecto es más significativo en este caso, con la proporción incrementándose en un 3.5% pero, de nuevo, la mejoría es mucho mayor en los estratos más altos que entre los dos más pobres, en donde únicamente es del orden de un poco más de un medio por ciento.

En otros tres países en los que se llevó a cabo el mismo experimento, los resultados fueron ligeramente diferentes. En el caso de Colombia (2005), la duración promedio de la educación se incrementó en 0.44 años, sin mucha diferencia entre quintiles, a excepción del más alto, en donde el incremento fue de sólo 0.25 años. El incremento esperado de las tasas de terminación de educación secundaria fue de 5.3%, en su mayor parte concentrado en el tercero y el cuarto quintiles. En el caso del Brasil (1996), la duración promedio de la educación se incrementó

[14] De hecho, con el fin de incrementar el número de casos, los resultados se refieren a mujeres que tuvieron su primer nacimiento entre los 19 y los 21 años de edad.

en 0.33 años, es decir, casi el mismo incremento que en Bolivia. Sin embargo, en este país el beneficio para los dos quintiles de ingreso más pobres fue más sustancial: 0.41 y 0.50 años, respectivamente. Esto es extraño, considerando el hecho de que las duraciones promedio originales son similares a aquellas encontradas en Bolivia. Estos resultados deberían también ser contrastados con aquellos obtenidos por Núñez y Cuesta (2006), obtenidos de la misma EDS 2005. Con base en una metodología econométrica diferente y más sofisticada (variables instrumentales para corregir el sesgo por endogeneidad), encontraron efectos sustancialmente más grandes entre aquellas mujeres que tuvieron o no su primer nacimiento antes de los 20 años de edad: 4.6 años para aquellas de 22 a 24 años o 25 a 27 años en ese momento, y 5.3 años para aquellas de 28 a 30 años. Son dos las explicaciones que vienen a la mente: 1. Usaron un criterio menos riguroso para la comparación, al incluir a todas las mujeres que tuvieron su primer nacimiento antes de los 20 años de edad, y no sólo a aquellas cuyo primer nacimiento tuvo lugar entre los 19 y los 21 años de edad; y 2. El análisis en los Cuadros 2.10.A y 2.10.B no considera que el quintil de pobreza de las mujeres puede haber cambiado como resultado de su embarazo adolescente.

El efecto sobre el porcentaje que concluyó la educación secundaria fue más pequeño en el Brasil: este se incrementó en sólo 2.2 puntos porcentuales y, con respecto a este indicador, la ventaja fue ligeramente mayor entre los estratos de ingresos más altos. En Nicaragua (1998), el incremento de la duración de la educación en general fue mayor, a saber, 0.68 años, con el mayor beneficio (1.09 años) acumulándose a favor del estrato de medianos ingresos. El porcentaje general que concluyó la educación secundaria se incrementó en 4.8%, y aquí la ventaja fue claramente más pronunciada entre aquellas mujeres de buena posición económica. En los dos quintiles de ingreso más altos, por ejemplo, el incremento fue de 7.4% y 6.3%, respectivamente.

En el caso de Venezuela, fue posible imponer más controles porque, a diferencia de las EDS, la ENPOFAM 1998 sí preguntó acerca de la edad de la mujer al momento de dejar la escuela. Esto permite la inclusión de una variable que indica si la mujer estaba retrasada (la edad al momento de abandonar la escuela por encima del número de años de educación concluidos más 8) o no se encontraba matriculada al momento de dejar la escuela. Las otras variables de control usados fueron el área de residencia (Área Metropolitana, otras ciudades de más de 25,000 habitantes, resto del país) y el estrato social (I = más alto, V = más bajo). Con la implementación de estos controles, se estimó que el número de años añadidos a la educación promedio de las mujeres que en ese momento tenían de 25 a 34 años habría sido de 0.31 años si todas aquellas que tuvieron un primer hijo después de los 20 años de edad hubieran esperado hasta tener los 20 años de edad. A diferencia de lo que se encontró en Bolivia, este efecto fue más fuerte en los estratos sociales más bajos. Aparte del estrato I, en donde el número de casos fue insuficiente para estimar un efecto, las diferencias fueron las siguientes: 0.05 años en el estrato II, 0.28 años en el estrato III, 0.34 años en el estrato IV, y 0.44 años en el estrato V.

Usando una metodología diferente, con base en un análisis de tablas de vida educativa, Eloundou-Enyegue y Stokes (2004) también han estimado los incrementos relativos en las

tasas de terminación de educación secundaria de las adolescentes que podrían esperarse si todas las deserciones relacionadas con embarazos, tal como se declaran en los informes de las EDS de 7 países latinoamericanos, fueran eliminadas. De acuerdo con este análisis, el incremento relativo de las tasas de terminación femeninas habría sido de 14.1% en Bolivia (1998), 15.1% en el Brasil (1996), 11.8% en Colombia (1995), 8.4% en la República Dominicana (1996), 6.3% en Guatemala (1998-99), 18.0% en Nicaragua (1997-98), y 18.7% en el Perú (1996).

2.3.2. Educación sexual y en habilidades para la vida

La educación le permite a los hombres y las mujeres jóvenes tomar decisiones informadas acerca de todos los aspectos relacionados con sus cuerpos y sus vidas sexuales y reproductivas. Invertir en la educación de la sexualidad de los adolescentes debe ser una prioridad, ya que la adolescencia es un periodo formativo entre la niñez y la adultez que también consta de un periodo en el que las intervenciones pueden alterar dramáticamente los resultados posteriores en la vida.

> *"Promover la igualdad entre los géneros y el respeto de los derechos humanos, junto con la construcción de habilidades (incluyendo la autoestima, la autoconfianza y habilidades de negociación, particularmente para las mujeres jóvenes) es importante para proteger a los jóvenes y desarrollar sus capacidades. Los medios de información masiva, los medios populares y otros enfoques para la transmisión de información deben ser expandidos para llegar al mayor número de jóvenes no escolarizados. Trabajar con las instituciones existentes, los padres, grupos de padres y líderes culturales puede hacer que la información y los servicios sean más efectivos para los jóvenes." (Bernstein et al., 2005: 17).*

La educación de la sexualidad con un enfoque de género precisa e integral no sólo le suministra a los jóvenes las habilidades y el conocimiento que necesitan para protegerse del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, sino que también promueve un empoderamiento más profundo.

> *"La educación debe servir como el vehículo para transformar actitudes, creencias, y las normas sociales arraigadas que perpetúan la discriminación y la desigualdad. Todas las intervenciones adoptadas para promover la igualdad entre los géneros en la educación deben, por lo tanto, ser de una naturaleza transformacional." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b)*

Los procesos educativos juegan un papel determinante en la adquisición de competencias indispensables relacionadas con la salud, la toma de decisiones acerca de la vida sexual y reproductiva, y el disfrute de derechos, incluyendo el derecho a hacer uso de los servicios de salud, especialmente cuando se derivan del aprendizaje de las personas. Estos procesos tienen un papel progresivo, sistémico y científico, y pueden tener lugar en la escuela y a través de actividades informales. Cuando estas modalidades educativas integran y tratan

a diferentes audiencias dentro de una misma cobertura geográfica, y son acompañadas con información y comunicación, muestran una gran eficacia en el empoderamiento general de sus sujetos.

La evidencia demuestra que los programas de educación sexual promueven la capacidad para tomar decisiones responsables e informadas, con un efecto positivo en la postergación de la iniciación sexual y la reducción del número de compañeros sexuales, lo mismo que de embarazos no deseados, abortos y la incidencia de las ITS y el VIH (UNFPA, 2005 e).

En toda la región de ALC se ha promovido un modelo de educación de la sexualidad integral como un instrumento social para promover el desarrollo humano individual. La educación de la sexualidad integral de este tipo promueve la salud y los DSR, la igualdad entre los géneros, no sólo en asuntos relacionados con la sexualidad, sino también con aspectos más generales de la interacción social, el empoderamiento, y un desarrollo integral de la persona. Este modelo tiene una orientación formativa, alentando el desarrollo de valores inspirados en los derechos humanos universales y los DSR, tales como la justicia, la igualdad social y entre los géneros, el respeto, la tolerancia, la solidaridad, la libertad de elección y la responsabilidad.

La mayoría de los programas formales desarrollados en diferentes países del mundo están orientados hacia la formación al interior de un marco ético explícito; además de presentar contenidos científicos acerca de la sexualidad humana, promueven el desarrollo de individuos capaces de escoger su propia forma de vida, con libertad de conciencia, pensamiento y creencias, y con respeto por otras culturas y las opciones de vida que otras personas han elegido. En varios países de la región, tales como Colombia, la educación de la sexualidad es incluso vista dentro del marco de la educación para la ciudadanía (UNFPA, 2005 e: 15).

Vista de esta manera, la ecuación sexual integral y ética contribuye al cumplimiento de los derechos humanos, con un enfoque holístico, tal como lo mencionan diferentes tratados internacionales sobre derechos humanos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que:

> *Artículo 26:*
> *"1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.*
>
> *2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz."*

Es necesario apuntar que este artículo también inspiró la visión acerca del Derecho a la Educación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.[15]

Los planes de estudio han experimentado una transformación en el sentido de que ya no son vistos como una mera programación de contenidos, sino como un proyecto educativo global, con el principal objetivo de alcanzar el nivel más alto de desarrollo del potencial de los niños y los jóvenes. De esta forma, hoy en día los planes de estudio prestan una atención sistémica, integral, abierta, flexible y contextualizada a las necesidades y demandas de las sociedades.[16] En varios países, la educación sexual ha sido integrada al plan de estudios formal como un tema transversal. La educación contemporánea trata de responder a las demandas a través de una formación humanística integral del estudiante. La transversalidad de la educación sexual significa que esta es abordada por diferentes dimensiones de la educación, a través de varias materias y no como un tema limitado a una disciplina únicamente; más bien, cruza todas las actividades curriculares.

En este contexto, la educación sexual tiene, por lo tanto, un enfoque amplio e integral, con el fin no sólo de tocar diferentes temas o disciplinas escolares, tales como la biología y la sociología, sino también de suministrar a los estudiantes las herramientas que requieren (éticas y de salud) para vivir en un mundo complejo.

2.4. Fuga y ganancia de cerebros

La fuga de cerebros es el aspecto señalado más comúnmente como la contraparte negativa de la contribución positiva hecha por las remesas internacionales. Sin embargo, los resultados del vuelo de profesionales especializados demuestra además la ambivalencia de la migración, ya que, al mismo tiempo que puede ser perjudicial para un país al que se le deja con insuficiencia de profesionales calificados, le trae beneficios a otro, convirtiéndose de hecho en una ganancia de cerebros. A la parte positiva de la fuga de cerebros se le conoce como ganancia o recuperación de cerebros. La ganancia de cerebros - o la recuperación de capital humano y social - se aplica tanto a la migración interna como la internacional, ya que está relacionada con el retorno permanente o temporal de los individuos a sus lugares de origen, trayendo con ellos capital humano, ahorros, técnicas, habilidades, conocimientos, actitudes y conductas adquiridos mientras vivieron en el extranjero o en otra región del país (Martin, 2004; Martin-Guzman, 2004). Bajo las circunstancias correctas, los migrantes pueden ayudar a promover la innovación, facilitando la transferencia de conocimientos y tecnología a sus países de origen. El impacto no es completamente directo e instantáneamente mensurable, pero a largo plazo las mejoras científicas y tecnológicas pueden plantear una diferencia cualitativa muy pertinente para la promoción del desarrollo

[15] "Artículo 13: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Convienen en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Convienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz."

[16] Para un análisis más detallado de la educación sexual en América Latina, ver "La educación de la sexualidad" por Castellanos y Falconier de Moyano.

sostenido. Adicionalmente, las comunidades de migrantes a menudo juegan un papel importante en el desarrollo de nuevos mercados y la creación de vínculos comerciales entre los países emisores y receptores (Usher, 2005 b).

Curiosamente, como regla, los informes nacionales de avance hacia los ODM elaborados en la región de ALC no mencionan las palabras "fuga de cerebros" o "ganancia de cerebros". La única excepción a esta regla, el informe de Guyana, simplemente describe el fenómeno y sugiere estrategias para contener sus efectos negativos. No obstante, la fuga de cerebros es claramente identificada como un problema para América Central y el Caribe, aunque no tanto para América del Sur. Se estima que entre una tercera parte y la mitad del personal de ciencia y tecnología del mundo en vías de desarrollo ahora vive en el mundo desarrollado (Barré et al., 2003; Lowell et al., 2004; Sriskandarajah, 2005 a). Sin embargo, un estudio del Banco Mundial (Adams y Page, 2003) concluye que para "22 de los 33 países en los que se pueden estimar datos sobre el logro educativo, menos del 10% de la población mejor educada (con educación terciaria) de los países exportadores de mano de obra ha migrado." Investigadores observan que son los países pequeños y menos desarrollados, particularmente en África y el Caribe, los que tienen las mayores probabilidades de sufrir los efectos de la fuga de cerebros (Thouez, 2005: 46). En el 2000, por ejemplo, más del 70% de la población con un alto nivel educativo de Guyana, Haití, Jamaica y Trinidad y Tobago estaba viviendo en países de la OCDE (Naciones Unidas, 2006) y el 75% de los jamaiquinos con educación superior vivían en los EEUU (Newland, 2003). Desde 2001, tanto el Reino Unido como los EEUU han estado reclutando a maestros caribeños directamente en las escuelas preparatorias y universidades. Esto ha tenido un efecto adverso en la calidad de la educación en las escuelas jamaiquinas (Thomas-Hope, 2005).

En general, sin embargo, el nivel educativo de los migrantes de la región de ALC en los EEUU es relativamente bajo comparado con aquel de grupos tales como los hindúes y los filipinos; sólo el 18% tiene por lo menos un título universitario (Özden, 2005), con proporciones ligeramente más altas en el caso de Argentina, Brasil y Chile. Una medida más significativa de las pérdidas provocadas por la fuga de cerebros puede ser el tamaño de la fuerza laboral total con educación superior de la región de ALC en relación al tamaño de esta población en sus países de origen. Usando este criterio, Özden encontró que una gran porción de la población con educación universitaria de países en el Caribe y América Central está viviendo en los EEUU. Estos porcentajes se acercan al 80% de las personas con educación universitaria nacidas en Jamaica, Haití, Guyana, Belice y Grenada. En el caso de los países centroamericanos, los porcentajes están en el rango del 30%. En el caso del Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica y Venezuela los porcentajes son mucho más bajos, del orden del 5%. Docquier y Marfouk (2006), entre otros, han encontrado que la pérdida de individuos con educación superior era de alrededor del 15% en América Central y el Caribe, 6% en África, 5% en Asia, y 3% en América del Sur.

Alrededor del 80% de todos los emigrantes de la región de ALC tienen a los EEUU como su destino, pero entre aquellos con educación superior este porcentaje se incrementa a casi el 100%. Brasil y Jamaica son las principales excepciones, ya que a algunos de sus

emigrantes con educación superior se les puede encontrar en Europa y Japón. La migración indocumentada puede haberse duplicado en los EEUU entre 1990 y 2000. Estimaciones recientes indican un total de 11.5 millones de migrantes no autorizados que vivían en los EEUU en 2005, alrededor de una tercera parte de la población nacida en el extranjero en ese país. México representa el 57% de los migrantes no autorizados que viven en los EEUU, mientras que el 24% vienen de otros países de ALC (Passel, 2005). Los migrantes no autorizados en los EEUU tienen más probabilidades de estar trabajando y generar un ingreso anual promedio de la mitad de aquel que ganan los nativos; el 56% tiene un nivel menor al de secundaria concluida y sólo el 10% son egresados universitarios.

Todos los analistas apuntan unánimemente a dos realidades distintas de la fuga de cerebros en la región de ALC: una para América Central y el Caribe y una para América del Sur. En el caso de esta última, los flujos de salida no son lo suficientemente grandes como para reducir dramáticamente la reserva nacional de individuos altamente educados. En el caso de la primera, sin embargo, la pérdida puede ser bastante significativa (Hintzen, 2004; Stubbs y Reyes, 2004), mientras que México representa un caso intermedio. Lowell y Martin (2005) estiman que el 9% de la población nacida en México con título de licenciatura y el 36% de aquellos con un doctorado viven en los EEUU.

La fuga de cerebros puede obstaculizar el combate a la pobreza, ya que el flujo de salida de los profesionales a una velocidad más rápida que aquella de reemplazo probablemente daría como resultado una escasez de habilidades disponibles en el país emisor, sobre todo si se trata de una nación pequeña en vías de desarrollo.

> *"Esta reducción drástica de la base de recursos humanos puede presentar un reto para los esfuerzos de desarrollo en algunos países, potencialmente contribuyendo al empobrecimiento." (OIM, 2005 b: 3)*

De hecho, existe evidencia para 21 países, incluyendo a México, en el sentido de que los países que han experimentado altas tasas de emigración de sus habitantes mejor educados tienden a tener un ritmo de crecimiento del PIB más lento (Lowell, 2001; Lowell y Martin, 2005).

En algunos países del Caribe como Jamaica, el sector salud es severamente afectado por el efecto de las oportunidades de empleo más atractivas para los médicos y especialmente las enfermeras en los EEUU. El efecto en la pobreza es doble en la medida en que la atención a la salud puede ser más difícil de obtener debido a la escasez de personal de salud y, en aquellos casos en los que existe disponible, puede ser más cara. Aunque el impacto neto de la pérdida de aquellos individuos calificados y con un alto nivel de educación puede variar entre regiones y países, un factor crítico siempre será si existe algo en las economías de origen de los educados que los motive a regresar. En aquellos casos en los es poco lo que los motiva a regresar, es más probable que se presente una fuga de cerebros, pero en aquellos en los que las economías de origen son más dinámicas, el resultado puede ser una recuperación de cerebros. Es por eso que la emigración de personal especializado es examinada con detenimiento desde las perspectivas tanto de la fuga de cerebros como de la recuperación de cerebros.

Las agresivas políticas de reclutamiento por parte de aquellos países desarrollados que buscan hacerle frente a las escaseces de habilidades en sus propias fuerzas de trabajo de salud son parcialmente responsables (UNFPA/IMPP, 2004). La demanda cada vez mayor, lo mismo que los mejores salarios en el mundo desarrollado, actúan como vigorosos factores de atracción para aquellos profesionales de los países en vías de desarrollo. Para el año 2010, por ejemplo, los EEUU y el Reino Unido por sí solos tendrán una demanda de 600,000 profesionales de la salud adicionales.

De acuerdo con Dovlo (2005), la falta de personal de salud afecta a los países en vías de desarrollo en diferentes formas. En algunos casos, la migración de los profesionales de salud es incorporada consistentemente a las principales políticas nacionales, con la expectativa de retornos en la forma de una mejor calificación y beneficios monetarios como las remesas, mejorando la riqueza y el ingreso de capital. Cuba, India y las Filipinas son ejemplos en este sentido. Por otro lado, existen países que padecen amargamente la salida de profesionales de la salud especializados, que a menudo aspiran a mejores salarios y estándares de vida en los países desarrollados. Una vez establecidos, estos profesionales dan inicio a un proceso de integración en las sociedades receptoras y, siempre que les es posible, tratan de reunir a sus familias, reduciendo con ello drásticamente las remesas. En este grupo encontramos a muchos países caribeños (CMMI, 2005, 2006). En algunos países, la reserva de enfermeras y doctores se ha reducido severamente. En 2003, Jamaica y Trinidad y Tobago reportaron vacantes en enfermería del 58 y 53%, respectivamente (Hewitt, 2004). La principal inquietud en lo que respecta a la migración y la fuga de cerebros es que, para el logro de los ODM relacionados con la salud, la prevención y el acceso a asesoría en materia de salud son cruciales.

Fuga de cerebros y ganancia de cerebros: el tema de la migración de enfermeras

La migración de enfermeras y la reducción drástica del personal de salud calificado se están convirtiendo gradualmente en un tema importante para los gobiernos, y esas preocupaciones están dando lugar a iniciativas dignas de elogio para hacerle frente al problema. Se están implementando iniciativas con apoyo del Regional Nursing Body, la OPS, CARICOM y la Comunidad Británica de las Naciones con el fin de promover la enfermería, retener a los profesionales calificados y alentar su retorno. En la Conferencia Caribeña sobre Movimiento Temporal, celebrada en Barbados, se emitió un importante documento intitulado "Draft Framework of Action for a Programme of Temporary Movement of Nurses" ("Marco de Acción Preliminar para un Programa de Movimiento Temporal de Enfermeras"). En ese documento los temas de la salud, el comercio y el desarrollo fueron vinculados con una visión holística del impacto que la migración tiene en esos temas y el papel jugado por las enfermeras en la migración. Algunas recomendaciones son acuerdos bilaterales entre países que pierden mano de obra de salud calificada y aquellos que la demandan; incentivos para su retorno y su inclusión en programas de salud patrocinados por el gobierno, lo mismo que el retorno temporal para la capacitación de personal de salud joven.

En años recientes el fenómeno se ha vuelto tan importante que ahora existe una ONG especializada en el estudio y la formulación de recomendaciones de políticas sobre este tema, el International Centre on Nurse Migration (ICNM). También existe un cúmulo significativo de literatura sobre el tema, por ejemplo, Adams y Stillwell (2004), Aiken et al. (2004), Buchan (2001), Bucha y Kalman (2004), Buchan, Kingma y Lorenzo (2005), Buchan, Parkin y Sochalski (2003), Buchan y Sochalski (2004), Kingma (2001, 2004, 2005), Mullan (2005), Schmidt (2003), Stillwell et al. (2004), Tjadens (2002), Van Eyck (2004), Vujicic et al. (2004), y OMS (2004 c). El tema también fue extensamente analizado en el Capítulo 9 del Informe de la Comisión Caribeña sobre Salud y Desarrollo (2003).

De manera más general, Schiff (2006) sugiere que el tamaño de la recuperación de cerebros y su impacto en el bienestar y el crecimiento son significativamente mas pequeños que lo que indican la mayoría de los análisis anteriores. De acuerdo con este autor, los países más pequeños y más pobres de la región de ALC, particularmente en América Central y el Caribe, pueden esperar algo menos que nada como retorno por su fuga de cerebros. Algunos grupos de inmigrantes, tales como la red CALDAS de migrantes colombianos, funcionan como un medio de contacto a través de la Internet para los nacionales de ese país en todo el mundo, con el objetivo de difundir conocimientos e información. El impacto de esas redes, sin embargo, parece ser menor.

Las políticas de retención son muy difíciles y caras de implementar (Wickramasekara, 2002). En ausencia de un entorno de investigación y desarrollo sólido, o en un escenario de rápido crecimiento económico, los profesionales y los trabajadores calificados tienden a migrar. Como esas condiciones son muy difíciles de encontrar en los países en vías de desarrollo, será muy difícil lograr su retención. Y aun en aquellos casos en los que sea posible, la probabilidad de que se presente una fuga de cerebros también es significativa. A pesar de estos hechos, el autor destaca un caso de retención interesante en el caso de las Filipinas, en donde el uso de la Internet le permitió a un especialista realizar trabajo altamente calificado para el extranjero desde su hogar. El retorno también es visto como importante por Wickramasekara (2002), aunque no es una política ideal. Él muestra que, en la mayoría de los casos, iniciativas tales como el programa TOKEN del PNUD y RQNLA (Reintegration of Qualified Latin American Nationals – "Reintegración de Nacionales Latinoamericanos Calificados"), enfrentan costos enormes, y que la ganancia marginal de un repatriado es insuficiente.

Los gobiernos deberían alentar la existencia de programas de migración temporal, tales como aquellos de migración a corto plazo y relacionada con proyectos, como un medio para mejorar las habilidades de los nacionales de los países de origen, especialmente los países en vías de desarrollo y las economías en transición.

> *"El súbito repunte de la década de 1990 en el movimiento de profesionales altamente calificados tales como especialistas en TI y enfermeras, por ejemplo, es visto por la mayoría de los economistas como uno que ofrece beneficios para los migrantes individuales, lo mismo que para los países receptores, que incrementan sus reservas de trabajadores*

educados. La emigración de profesionales puede [inspirar] a más jóvenes a educarse, pero no todos migrarán." (Martin, 2004: 8)

Este último punto merece atención, ya que algún nivel de migración de profesionales calificados puede estimular a las personas a obtener una educación y calificaciones, en un intento por emigrar el extranjero en un futuro y repetir los pasos de aquellos que han tenido éxito y han regresado con una mejor situación. En otras palabras, algún nivel de migración (o fuga de cerebros) podría estimular una recuperación de cerebros, no sólo por el retorno de personal aún más especializado y por su papel en programas de capacitación especiales, sino también porque las personas se sentirían motivadas a estudiar con más ahínco y por más tiempo con el fin de migrar con mejores posibilidades de prosperar, incluso si al final no sienten la necesidad de emigrar al extranjero.

El TLCAN tiene contemplado el libre movimiento de egresados universitarios en más de 60 profesiones. CARICOM y MERCOSUR también han anunciado metas ambiciosas en lo que respecta al movimiento regional de personas calificadas, pero hasta ahora no se han implementado. A nivel bilateral también han existido iniciativas para facilitar el libre movimiento de mano de obra, como el Programa de Trabajadores Agrícolas Estacionales Caribeños y Mexicanos de la Mancomunidad Canadiense (CCMSAWP), que ofrece incentivos para que los agricultores canadienses contraten a trabajadores temporales de México y el Caribe hasta por cuatro meses para trabajar en campos de cultivo hortícolas frutícolas y tabacaleros.

Aparte de la fuga de cerebros, la migración internacional también puede tener otros efectos negativos en la educación. Usando un análisis probit[17] de las tasas de migración históricas para México, desagregadas por estado, para instrumentar la migración actual, McKenzie y Rapoport (2006) encontraron evidencia de una migración con un efecto negativo significativo en la asistencia y el logro escolares de los adolescentes de 12 a 18 años de edad y las adolescentes de 16 a 18 años de edad. Vivir en un hogar de migrantes reduce las posibilidades de que los hombres adolescentes terminen la escuela secundaria en un 22%, y también de que tanto los hombres como las mujeres adolescentes terminen la escuela preparatoria en un 13-15%. Esto es consistente con el hecho de que la migración incrementa el costo de oportunidad y reduce el retorno esperado de la educación. Sin embargo, el efecto negativo de la migración en la educación se ve un tanto mitigado en el caso de las adolescentes más jóvenes con madres con un bajo nivel educativo, lo cual es consistente con el hecho de que las remesas permiten relajar las limitaciones de crédito para la inversión en educación en el extremo inferior de la distribución de la riqueza y el ingreso. También examinaron qué es lo que los hijos están haciendo en lugar de asistir a la escuela, y encontraron que vivir en un hogar de migrantes incrementa significativamente las posibilidades de que los hombres adolescentes mismos migren a todas las edades escolares y de que las mujeres adolescentes (de 16 a 18 años de edad) se dediquen al trabajo doméstico.

[17] Como la regresión logit, el análisis probit es una técnica estadística que relaciona la probabilidad de experimentar un cierto evento con un conjunto de variables explicativas.

La comparación de los efectos marginales de la migración en la asistencia escolar y la participación en otras actividades mostró que la disminución observada en la escolaridad de los adolescentes de 16 a 18 años de edad está más que motivada por la migración actual de los hombres adolescentes y los incrementos en el trabajo doméstico para las adolescentes. Esta es una edad en la que el trabajo también es una forma importante de acumulación de capital humano, de modo que, al parecer, las mujeres mexicanas en los hogares de migrantes están perdiendo terreno en términos tanto educativos como de trabajo. En la medida en que esta reducción en la educación es una elección conciente de los individuos de cara a mejores oportunidades en el extranjero, debería considerarse como una restricción a la educación debida a limitaciones financieras, más que una inquietud en materia de políticas. Sin embargo, dada la amplia literatura sobre las externalidades positivas de la educación, puede que todavía exista cierta inquietud en relación con este efecto de la migración potencial en los incentivos para la educación. Una posible solución en materia de políticas sería tomar medidas para incrementar el retorno a la educación en los EEUU, lo cual es probable que ocurra si los migrantes tienen un mejor acceso a empleos legales.

Estas conclusiones contrastan fuertemente con aquellas obtenidas por Duryea et al. (2005), que encontraron que los hijos de familias expulsoras de migrantes en México completaron entre 0.7 y 1.6 años más de educación que los hijos de familias sin migrantes en el extranjero. También encontraron que un incremento en la proporción de hogares receptores de remesas en un municipio condujo a mejores niveles educativos y de salud. Hanson y Woodruff (2003) también encontraron resultados positivos en lo que respecta a la educación infantil en México. Similarmente, un estudio llevado a cabo en un pequeño pueblo en El Salvador encontró que los hijos de familias que recibían remesas eran más sanos y permanecían en la escuela por más tiempo. De hecho, se estimó que el efecto de las remesas en la retención escolar urbana era diez veces más alto que el efecto de otras fuentes de ingreso familiar, y 2.6 veces más alto en las áreas rurales (Cox-Edwards y Ureta, 2003). En Guatemala, se encontró que los hogares que recibían remesas internacionales gastaban 58% más en educación que los hogares que no las recibían (Adams, 2006). Los hogares receptores de remesas internas gastaban 45% más en educación en comparación con los hogares sin remesas. Wahba (2000) hace notar que los hogares con migrantes tienen más probabilidades de invertir en educación y menos probabilidades de enviar a sus hijos a trabajar.

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 2:

Conclusiones generales

- Aunque mejorar la educación es un objetivo de desarrollo en sí mismo, también es ampliamente reconocido como el principal medio para la movilidad social y, por esta vía, para escapar de la pobreza (ODM 1).
- La educación debe ser no discriminatoria y siempre debe promover la igualdad y especialmente la igualdad de género. Por otro lado, buena parte de la desventaja

social de los grupos minoritarios (pero no las mujeres, al menos no en la región de ALC) puede ser atribuida a disparidades educativas que pueden estar relacionadas con la discriminación y con el acceso a la educación.

- La educación tiene ramificaciones importantes y muchas veces ignoradas para el ODM 4, en el sentido de que la educación materna ha sido constantemente demostrada como uno de los determinantes más importantes de la mortalidad infantil y de niños.
- Los planificadores de la educación por toda la región de ALC están cada vez más conscientes del efecto macro asociado al bono demográfico, que reduce la presión demográfica en los sistemas educacionales, tales como las tasas de matrícula que no siguen crecientes o aun pueden caer.

1. La relación entre tendencias macro demográficas e inversiones potenciales en la educación

- Las tendencias demográficas agregadas en la región de ALC durante las próximas 2-3 décadas tienen implicaciones para las inversiones en la educación. Como se necesita acompañar las crecientes cohortes en edad escolar que gradualmente disminuyen o desaparecen, los países ahora están en posición de invertir en la cobertura y calidad de la educación.
- Mientras que es verdad que la decreciente presión demográfica en el sistema educacional facilita que los jóvenes puedan prolongar su educación, esa continuidad también se está haciendo más y más necesaria, puesto que los jóvenes de hoy enfrentan una competencia más dura de los trabajadores más viejos que en el pasado, debido al mismo bono demográfico, que es también responsable por una menor presión demográfica sobre el sistema educacional.
- El cambio demográfico puede asistir u obstaculizar, pero ciertamente no es el único determinante de los resultados de la educación. El caso de Bolivia, por ejemplo, demuestra que es posible nadar contra la marea. Es particularmente interesante que un país tan pobre haya podido mejorar sus tasas de matrícula considerablemente, a pesar del alto crecimiento demográfico. Guatemala, Honduras y, en menor grado, Venezuela y (sorprendentemente) Costa Rica exhiben el mismo comportamiento.

2. La relación entre resultados educativos y patrones reproductivos en las familias de origen

- Niños de familias numerosas van menos bien en la escuela que niños de familias pequeñas, aun cuando existen debates econométricos con respecto a las correctas especificaciones del modelo para medir la fuerza de esas relaciones. Familias con menos niños suelen invertir más en la educación de cada uno de ellos, como ha sido confirmado por un número de estudios empíricos, tanto de países desarrollados. En países en desarrollo (aquí Brasil, Nicaragua y Venezuela son analizados en detalle), la mayoría de los estudios empíricos sobre la desempeño educativo encontraron que

en promedio los niños de familias numerosas alcanzan menos educación que los niños de familias menos numerosas, aun después de la introducción de controles estadísticos apropiados. Al garantizar que las familias tengan solamente los niños que son deseados, la SSR contribuye así a la educación primaria universal.

- En países donde la educación es básicamente pública y gratuita, las tasas de matrícula son menos sensibles al tamaño de las familias, pero el desempeño educativo todavía está asociado a eso, en la medida en que los niños mayores son más expuestos al riesgo de ser retirados del colegio para contribuir con las responsabilidades del hogar.
- Existe evidencia de que el grado de deseo de las madres por el nacimiento de sus hijos también contribuye para sus resultados educativos. Un estudio longitudinal en Finlandia, de mujeres que habían dicho que no deseaban el embarazo en el momento que ese ocurrió, demostró que niños no deseados tienen menor probabilidad que niños deseados en la misma cohorte de avanzar más allá de 9 años de estudios. Similarmente, en la República Dominicana, niños de familias que tuvieron uno o más nacimientos no deseados durante los últimos 5 años tuvieron logros significativamente peores en términos de años completos de educación que niños de familias donde todos los nacimientos fueron deseados. En ambos casos las relaciones se mantuvieron después de la introducción de controles estadísticos apropiados. Un estudio en los EEUU, formulado en el contexto del aborto, argumentó que los niños no deseados que dejaron de nacer debido a la legalización del aborto en aquel país sistemáticamente habrían nacido en circunstancias menos favorables, incluso una chance 50% mayor de vivir en la pobreza. Después de introducir los controles estadísticos necesarios, también se encontraron resultados educativos más bajos para estos niños, en casos en que el embarazo se llevó al término.
- Children from large families do less well in school than children from small families, even though there are econometric issues with respect to the correct model specifications to measure the strength of these relationships. By ensuring that families have only the children they want, SRH therefore contributes to universal primary education.

3. La relación entre resultados educativos y la SSR de adolescentes

- Educación factualmente correcta y comprensiva de la sexualidad y que sea sensible al género provee a los jóvenes las aptitudes y el conocimiento que necesitan para la protección contra embarazos no deseados y enfermedades transmisibles sexualmente, incluyendo el VIH.
- Programas de educación para la sexualidad promueven la capacidad de tomar decisiones responsables e informadas (empoderamiento), con el efecto positivo del retraso del inicio sexual, la reducción del número de parejas, así como embarazos no deseados, abortos y la incidencia de ITS y el VIH. Existe poca evidencia para apoyar la afirmación de que la educación para la sexualidad estimula la experimentación sexual entre los adolescentes.

- Adolescentes abandonan los estudios por más de un motivo que conjuntamente determinan el número de años de educación que serán perdidos. Estimar el efecto de cualquier de esos procesos separadamente de otros, sin introducir los debidos controles estadísticos, puede generar resultados espurios.
- En la educación secundaria, los temas de SSR presentan nuevos desafíos para garantizar la conclusión de la educación de los jóvenes de 12 a 18 años de edad. Embarazos no planeados afectan los resultados educativos de las madres adolescentes, aunque hasta ahora no hubo mucha investigación científica en la región de ALC sobre la fuerza precisa de dichos efectos. Lamentablemente, los datos generados en ese tema por encuestas DHS son bastante limitados, pero una estimativa relativamente burda de los efectos sugiere que el promedio de educación de las mujeres en la región de ALC aumentaría en 0.3-0.6 años si todas las mujeres hubiesen tenido sus primeros nacimientos después de los 20 años.
- La mayoría de los programas formales de educación para la sexualidad desarrollados en diferentes países del mundo son orientados en la dirección de la formación de un esquema ético explícito; además de presentar contenido científico sobre la sexualidad humana, ellos promueven el desarrollo de individuos capaces de decidir su propia manera de vivir, con libertad de conciencia, pensamiento y creencia, y respecto por otras culturas y opciones de vida que las personas escogen.
- En varios países, la educación para la sexualidad ha sido integrada en el currículo educacional formal como tema trasversal. La educación contemporánea intenta responder a las demandas por medio de una formación integral humanística del estudiante.
- In various countries, sexual education has been integrated in the formal educational curriculum as a transversal issue. Contemporary education tries to answer the demands through a humanistic integral formation of the student.

4. Fuga y ganancia de cerebros

- Algunos investigadores argumentan que la fuga de cerebros significa la pérdida de un alto porcentaje de la población educada del país, lo cual arroja consecuencias económicas adversas para éste. Los resultados de la emigración de profesionales especializados demuestran la naturaleza ambigua de la migración, que puede ser tanto perjudicial a un país que se encuentra en déficit de profesionales calificados, mientras trae beneficios a otro, en donde se convierte en una ganancia de cerebros.
- En la ausencia de un fuerte ambiente de investigación y desarrollo o un escenario de rápido crecimiento económico, trabajadores especializados suelen emigrar. En la medida en que dichas condiciones muchas veces son difíciles de encontrar en países en desarrollo, la retención será muy difícil de lograr. Aun cuando las condiciones apropiadas existen, la posibilidad opuesta, de fuga de cerebros, es también significativa.
- Investigaciones recientes promueven la idea de una "fuga óptima de cerebros" – que sería un aumento en la emigración de profesionales especializados que puede de

hecho beneficiar el país de origen en algunos casos, pero mucho depende de las circunstancias particulares del país. Resultados positivos han sido encontrados en algunos países asiáticos, pero en el contexto de la región de ALC, la perspectiva es menos promisora.

- Algún nivel de emigración (o fuga de cerebros) puede estimular la ganancia de cerebros no solamente por el regreso de personas ahora más especializadas y en su rol en programas entrenamiento especial, sino también porque las personas se sienten más motivadas para estudiar con más ahínco y por más tiempo para emigrar y aumentar sus posibilidades de prosperar, aun cuando al fin acaban no concretando el movimiento.
- Todos los analistas son unánimes en indicar dos realidades distintas de la fuga de cerebros en la región de ALC: una para Centroamérica y el Caribe y otra para Suramérica. En la última, los flujos no son suficientemente largos a punto de reducir el stock nacional de individuos altamente educados. En la primera, sin embargo, la pérdida es muy signifiva, mientras que México representa un caso intermedio.
- Todos los analistas son unánimes en indicar dos realidades distintas de la fuga de cerebros en la región de ALC: una para Centroamérica y el Caribe y otra para Suramérica. En la última, los flujos no son suficientemente largos a punto de reducir el stock nacional de individuos altamente educados. En la primera, sin embargo, la pérdida es muy signifiva, mientras que México representa un caso intermedio.
- La fuga de cerebros puede perjudicar la lucha contra la pobreza, puesto que el flujo de profesionales en una tasa más rápida de la de reemplazo puede resultar en una escasez de habilidades disponibles en el país de origen, aún más cuando se trata de un país pequeño en desarrollo.
- Los gobiernos deberían incentivar programas temporarios de emigración, tales como migraciones de corto plazo asociadas a proyectos, como medios de mejorar las habilidades de los nacionales del país de origen, especialmente provenientes de países en desarrollo.

ODM 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer

Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines del 2015

La Declaración del Milenio plantea la necesidad de políticas de género como parte de un enfoque transversal para el desarrollo y enfatiza la importancia de empoderar a las mujeres como un objetivo en sí mismo, lo mismo que como un medio para el logro de los otros ODM. En este sentido, la Declaración claramente se traslapa con la CIPD, y ambas representan hitos en la integración de la perspectiva de género a la construcción de consensos a nivel internacional.

El PdA de la CIPD, sin embargo, es mucho más amplio, presentando algunas propuestas cruciales a las que la Declaración hace poca o ninguna referencia directa y que, de hecho, pueden contribuir al logro del ODM 3. Ambas agendas comprometen a las sociedades a hacerle frente a retos inevitables, tales como la igualdad entre los géneros en la educación y la eliminación de la disparidad entre los géneros en la fuerza de trabajo, el control equitativo sobre los recursos y la representación equitativa en la vida pública y política, pero el PdA de la CIPD hace énfasis en inquietudes adicionales en lo concerniente a los DSR de las mujeres y la erradicación de la violencia por razón de género, lo mismo que la migración y la trata de mujeres. El logro de todos los aspectos abordados en El Cairo es fundamental para la promoción de la igualdad plena entre los géneros. Sin embargo, los indicadores de los ODM propuestos para el monitoreo del Objetivo 3 son, al parecer, insuficientes para dar cuenta de estas contribuciones por completo.

> *"(...) el logro del Programa de Acción de la CIPD, de hecho, ayudará a cumplir el tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio. (...) Si todas las acciones recomendadas en el Programa de Acción de la CIPD fueran implementadas en su totalidad en el transcurso de los próximos 3 a 5 años, sin embargo, existiría un avance considerable hacia el logro del tercer ODM, con la posibilidad de alcanzarlo para el 2015 en una mayoría de los países en vías de desarrollo." (Oppenheim, 2004: VIII-2)*

Algunas limitaciones de la Meta 4 son especialmente dramáticas con respecto a la región de ALC. Al limitarse a la educación, esta Meta no aborda algunos de los principales aspectos que inciden en la igualdad entre los géneros en la región. Tal como lo argumentan Schultz (2001) y el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005 b), el enfoque en la educación de la Declaración del Milenio es justificado por la fuerte evidencia en el sentido

de que invertir en la educación de las niñas produce altos retornos para las niñas mismas y para el desarrollo a nivel mundial. Sin embargo, a diferencia de otras regiones en vías de desarrollo, la región de ALC no muestra importantes desigualdades entre los géneros en el acceso a la educación. De hecho, las tasas de matriculación netas por nivel sugieren que, en su conjunto, la región de ALC ya ha alcanzado la Meta en los tres niveles de educación, y que la cobertura es más alta para las niñas que para los niños, especialmente en el caso de la educación secundaria y terciaria –con la excepción de Bolivia, Guatemala, Haití, el Perú y las Bahamas.[1] Existen grandes disparidades a favor de las niñas en la tasa de matriculación bruta (TMB) media en la educación secundaria, especialmente en el Brasil (10%), la República Dominicana (26%), las Antillas Holandesas (13%), Nicaragua (18%), Santa Lucia (31%), Surinam (18%), Uruguay (14%) y Venezuela (20%) (UNESCO, 2003).[2]

Cuadro 3.1.A: Disparidades educativas en la región de ALC en tasas de alfabetización y asistencia

	Razón de asistencia neta en educación primaria		Tasa de alfabetización de personas de 15 a 24 años de edad [5 o más años de educación concluidos]		Razón de asistencia neta en educación secundaria	
	M	F	M	F	M	F
Argentina, 2001	97.0%	97.1%	96.7%	97.5%	80.0%	83.1%
Bahamas, 2001	96.6%	94.5%	99.8%	98.8%	83.2%	86.6%
Belice, 1995	89.5%	89.8%	91.5%	92.3%	47.5%	49.9%
Bolivia, 2002	86.4%	86.5%	90.8%	85.4%	60.4%	61.6%
Brasil, 2004	90.0%	89.9%	82.8%	88.2%	72.2%	78.2%
Chile, 2003	91.4%	91.2%	97.7%	98.5%	86.9%	88.2%
Colombia, 2003	85.3%	83.6%	87.2%	89.8%	63.8%	66.8%
Costa Rica, 2004	94.7%	94.0%	92.5%	94.7%	65.1%	68.6%
Ecuador, 2004	88.9%	91.3%	92.5%	93.8%	61.0%	62.7%
El Salvador, 2004	88.4%	88.3%	80.0%	80.6%	51.8%	53.5%
Guatemala, 2004	83.1%	81.9%	68.6%	57.1%	35.5%	32.1%
Guyana, 1999	86.6%	88.8%	(1990) 99.8%	(1990) 99.8%	58.6%	62.8%
Haiti, 2001	59.3%	60.0%	(1990) 55.8%	(1990) 53.8%	22.3%	20.9%
Honduras, 2005	88.8%	89.7%	72.9%	80.8%	37.4%	45.7%
Jamaica, 2004	93.1%	92.2%	98.3%	99.2%	77.3%	79.2%
México, 2004	95.8%	94.9%	93.6%	93.8%	68.1%	65.3%
Nicaragua, 2001	83.4%	82.6%	65.1%	74.0%	38.5%	47.6%
Panama, 2004	96.0%	97.0%	95.1%	95.8%	68.9%	73.9%

(continúa)

[1] Las diferencias en estos países en ocasiones se ven incrementadas por los diferenciales entre estratos de pobreza. En Bolivia, por ejemplo, la diferencia en general de las tasas de terminación de 5.° grado entre hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad en la EDS 1998 fue de 13.3 puntos porcentuales: 84.1% para los hombres y 70.8% para las mujeres. Sin embargo, en el quintil más pobre la diferencia era mucho mayor: 54.2% vs. 28.7%, mientras que en el segundo quintil las cifras fueron de 75.6% y 53.1%, respectivamente. En Haití (2000), por otro lado, la diferencia en general de 10 puntos porcentuales (51.0% para los hombres y 41.0% para las mujeres) fue casi constante en todos los estratos, con una ligera tendencia a ampliarse en los dos quintiles más altos. En Guatemala, el Perú y las Bahamas, la paridad entre los géneros en la TMB, en el caso de la educación secundaria, favorece a los niños en 8%, 7%, y 4%, respectivamente (UNESCO, 2003). También debe destacarse que, incluso en aquellos países en los que los indicadores educativos ahora favorecen a las mujeres, la situación no siempre es estable. En Colombia, por ejemplo, Núñez y González (2006) hacen notar que la tasa de matriculación combinada favorecía a las mujeres en 1994-98, pero que esta situación se revirtió después de la recesión de 1999.

[2] Esa disparidad a favor de las niñas puede deberse en su mayor parte a la introyección por parte de las mujeres del discurso de la "meritocracia", o la idea de que los prospectos de empleo a futuro dependen del esfuerzo personal, lo mismo que del papel protector jugado por las escuelas, especialmente en el caso de aquellas niñas pobres cuyos padres prefieren mantenerlas en la escuela como un mecanismo para protegerlas en contra de la violencia y otros peligros encontrados en las calles. Adicionalmente, las demandas para que los niños abandonen la escuela con el fin de ganar dinero para sus familias son mayores que aquellas en el caso de las niñas (CEPAL, 2005 a).

(continuación)

Paraguay, 2005	90.7%	92.5%	92.1%	92.9%	60.0%	62.9%
Perú, 2003	95.1%	94.6%	94.7%	90.8%	74.5%	73.5%
Rep. Dominicana 2004	89.9%	89.6%	86.7%	91.0%	63.8%	71.3%
Uruguay, 2003	94.5%	94.9%	97.5%	98.0%	67.6%	77.4%
Venezuela RB, 2004	89.9%	90.0%	91.1%	95.4%	70.1%	78.4%

Fuente: http://stats.uis.unesco.org; datos para 1990 de unstats.org/unsd/mi/mi_goals.asp

Cuadro 3.1.B: Disparidades educativas en la región de ALC en años de educación concluidos

	Años de educación promedio de personas de 15 años de edad en adelante		Años de educación promedio de personas de 15 a 24 años de edad		Años de educación promedio de personas de 25 años de edad en adelante	
	M	F	M	F	M	F
Bahamas, 2001	11.1	11.0	11.0	11.4	11.1	10.9
Bolivia, 2002	8.2	6.8	9.1	8.7	7.8	5.9
Brasil, 2004	6.8	7.0	7.8	8.5	6.4	6.5
Chile, 2003	10.3	10.0	11.1	11.3	10.1	9.6
Colombia, 2003	7.5	7.5	8.4	8.9	7.1	7.0
Costa Rica, 2004	7.9	8.0	8.1	8.7	7.8	7.8
Ecuador, 2004	8.4	8.2	9.0	9.3	8.1	7.8
El Salvador, 2004	7.0	6.3	7.9	8.0	6.6	5.6
Guatemala, 2004	5.2	4.2	6.3	5.4	4.6	3.6
Haiti, 2001	4.6	3.5	5.7	5.2	4.0	2.8
Honduras, 2005	5.5	5.8	6.3	7.1	5.0	5.1
México, 2004	8.2	7.7	9.3	9.4	7.8	7.1
Nicaragua, 2001	5.3	5.6	5.9	6.9	5.0	4.9
Panamá, 2004	8.9	9.4	9.3	10.0	8.8	9.2
Paraguay, 2005	8.0	7.8	8.7	9.0	7.6	7.3
Rep. Dominicana, 2004	7.7	8.1	8.6	9.5	7.3	7.6
Uruguay, 2003	8.9	9.0	9.3	9.9	8.8	8.8
Venezuela RB, 2004	8.0	8.4	8.5	9.5	7.8	8.0

Fuente: http://stats.uis.unesco.org

En la región de ALC, la Meta 4 no es, por lo tanto, la más adecuada para hacerles frente a las desigualdades, ya que su limitación a la educación la vuelve en gran medida inaplicable como una representación de las disparidades entre los géneros bastante reales que todavía existen en la región.

A pesar de las mejoras en el acceso femenino a la educación, las mujeres en la región de ALC siguen persistiendo como una minoría entre los asalariados, al tiempo que están sobrerrepresentadas en la economía informal, que provee poca estabilidad monetaria o beneficios sociales.[3] En lo que respecta a la participación de las mujeres en la política, la región de ALC todavía carece de una representación equitativa entre los géneros en los niveles más

[3] El ingreso de las mujeres derivado del trabajo es entre 30 y 40% más bajo que el de los hombres. Si se toma en cuenta a todos los trabajadores, la brecha salarial se redujo en 14 puntos porcentuales entre 1990 y 2002 en la región de ALC, pero la brecha en el ingreso laboral únicamente se redujo en 6.5 puntos porcentuales. La brecha de género más amplia se encuentra entre las mujeres con los niveles educativos más altos. En 2002, sus ingresos laborales y sus ingresos salariales únicamente fueron del 61.7% y el 66.2%, respectivamente, de las cifras correspondientes a los hombres (CEPAL, 2005 a: 124). Por otro lado, el empleo informal absorbe el 51% del empleo no agrícola, y es una fuente de empleo para el 58% de las mujeres, en comparación con el 48% de los hombres (OIT, 2002: 7-8).

altos de los tres poderes de gobierno, y a pesar del incremento en la representación femenina en los parlamentos nacionales, a partir de 1990 las mujeres en el Continente Americano sólo han ocupado alrededor del 20.6% de esos escaños (UIP).[4] De la misma forma, todavía existe una alta incidencia de violencia por razón de género -un tema que será explorado más adelante en este capítulo- que está relacionada con una historia de relaciones de poder desiguales. Un gran número de mujeres también continúa ignorando sus DSR, y su acceso a servicios de salud y planificación familiares, al control de la fecundidad o a métodos anticonceptivos a menudo es insuficiente.

> *"A pesar de su importancia para el bienestar de las mujeres y el desarrollo de las sociedades, la educación por sí sola es insuficiente para eliminar el amplio rango de desigualdades entre los géneros encontradas en muchas sociedades. La educación puede ser una condición previa importante para el empoderamiento de las mujeres, pero no garantiza ese empoderamiento. Para que este tenga lugar, las mujeres también deben disfrutar de derechos iguales a los de los hombres, igualdad de oportunidades económicas, el uso de activos productivos, libertad del trabajo monótono, una representación igual en los órganos de toma de decisiones, y libertad de toda amenaza de violencia y coerción."* *(Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 28-29)*

La Fuerza de Tareas sobre Educación y Género del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas ha sugerido la siguiente lista de prioridades con base en conferencias y convenios internacionales anteriores:

1. Fortalecer las oportunidades de educación post-primaria para las niñas, al mismo tiempo que se cumplen los compromisos hacia la educación primaria universal;
2. Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
3. Invertir en infraestructura para reducir las cargas de tiempo de las mujeres y las niñas;
4. Garantizar los derechos de propiedad y herencia de las mujeres y las niñas;
5. Eliminar la desigualdad entre los géneros en el empleo, disminuyendo la dependencia del empleo informal por parte de las mujeres, reduciendo las brechas de género en términos de ingresos y reduciendo la segregación ocupacional;
6. Incrementar la proporción para las mujeres de los escaños en los parlamentos nacionales y los órganos de gobierno locales;
7. Combatir la violencia hacia las niñas y las mujeres (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b).

El MDGR brasileño 2005 va más allá, añadiendo 11 indicadores relacionados con el género al total de 36 indicadores adicionales propuestos:

[4] La Unión Interparlamentaria (UIP) (http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm, consultado por última vez el 31 de julio de 2006) ha publicado una clasificación que analiza a 187 países en lo relativo a la participación de las mujeres en el Poder Legislativo, con base en información suministrada por los Parlamentos Nacionales al 28 de febrero del 2006. En la región de ALC la clasificación varía considerablemente, tal como algunos ejemplos lo pueden indicar: Argentina (9.°), Guyana (17.°), Surinam (26.°), México (30.°) Perú (55.°), Venezuela (59.°), Bolivia (63.°), Ecuador (66.°), Chile (70.°), Colombia (86.°), Uruguay (92.°), Paraguay (99.°) y Brasil (107.°). Mientras que Argentina aparece entre los primeros diez países, Brasil todavia se encuentra lejos del promedio mundial. Durante la década de 1990, Argentina adoptó la "Ley de Cupo Femenino", que en buena medida es la responsable del incremento en la participación de las mujeres en la política.

1. Proporción de mujeres empleadas en el sector agrícola sin ingresos, por principales regiones;
2. Rezagos educativos entre estudiantes de 7 a 17 años de edad, por sexo y por color/raza;
3. Tasa de participación económica por sexo y color/raza;
4. Distribución de la población empleada por sexo y color/raza, por posición en la ocupación;
5. Proporción de empleadas domésticas bajo contrato laboral firmado por regiones principales y color/raza;
6. Proporción de la población empleada que contribuye a la Seguridad Social, por sexo y color/raza;
7. Relación entre el ingreso por hora de la población empleada por sexo, color, raza y años de estudio.
8. Proporción de mujeres en cargos de gobernadoras, diputadas estatales, alcaldes y miembros de ayuntamientos, por regiones principales;
9. Distribución de funciones ejecutivas en el Gobierno Federal, por sexo;
10. Número de departamentos o comisarías para asuntos de la mujer;
11. Número de casos de delitos registrados por estas instituciones.

La discusión que sigue sobre temas de población y el logro de la igualdad entre los géneros en la región de ALC estará orientada por la siguiente lista:

3.1. Derechos reproductivos
3.2. Violencia de género
3.3. El vínculo entre el empoderamiento reproductivo y económico
3.4. Migración e igualdad de género
3.4.1. Migración y empoderamiento de la mujer
3.4.2. Migración y violencia contra la mujer

Uno de los principales objetivos de este capítulo es presentar una visión general de la relación entre la implementación de los DSR y el empoderamiento femenino. El texto explora el hecho de que garantizar el control por parte de las mujeres de sus vidas reproductivas está asociado con su mayor autonomía, no sólo en las relaciones emocionales y las actividades del hogar, sino también en lo concerniente a la educación y el mercado laboral. Las políticas nacionales que reconocen la importancia crucial de la capacidad de tomar decisiones de vida estratégicas para el empoderamiento de las mujeres deben adoptar conceptos acerca de los DSR al interior de una perspectiva de los derechos humanos.

La violencia por razón de género tiene un efecto negativo en la salud y la autonomía de las víctimas y perpetúa el control y el poder masculinos. La evidencia de diversos estudios apunta a la alta incidencia de la violencia contra la mujer en toda la región de ALC y a los profundos efectos de la violencia en la salud física y mental de las mujeres. El texto también analiza el impacto socioeconómico de la violencia por razón de género en el ingreso agregado y la asistencia a la escuela/el trabajo de las víctimas. La violencia contra la mujer es, por lo tanto, considerada como un problema multidimensional.

A las mujeres de la región de ALC se les continúa negando la igualdad de oportunidades de empleo. Esta disparidad entre los géneros, entre otros factores, tal como se abordará, está vinculada tanto a prácticas discriminatorias contra las mujeres como al acceso insuficiente a servicios de SSR e instalaciones de atención. El texto investiga la asociación entre el uso anticonceptivo y la probabilidad de tener un empleo pagado. Otra pregunta analizada es hasta qué punto la inversión en los DSR y en instalaciones de atención puede mejorar el empoderamiento económico femenino.

Por último, la migración también está vinculada con las relaciones entre los géneros. El proceso puede contribuir al empoderamiento de las mujeres, al alejarse de esquemas patriarcales, o bien dar como resultado resultados negativos para ellas. El envío y la administración de las remesas puede provocar transformaciones en la situación femenina, y las mujeres pueden asumir un papel de liderazgo en el hogar. Una característica particular de la migración femenina en ALC, en todos los tipos de flujos migratorios, es el trabajo doméstico, que en gran medida no está regulado.

3.1. Derechos reproductivos

Tal como lo afirma la Directora Ejecutiva del UNFPA, Thoraya Obaid:

> *"La posibilidad de que las mujeres controlen su propia fecundidad es absolutamente fundamental para el empoderamiento y la igualdad de la mujer. Cuando una mujer puede planificar su familia, puede planificar el resto de su vida. Cuando goza de buena salud, puede ser más productiva. Y cuando se promueven y protegen (...) sus derechos reproductivos, tiene libertad para participar más plenamente y en condiciones de igualdad en la sociedad. Los derechos reproductivos son fundamentales para el adelanto de la mujer". (UNFPA, 2005 c: Ch. 3)*

> *"En cierto sentido, el argumento a favor de una mayor inversión global en servicios de salud reproductiva debería ser obvio. Desde hace mucho tiempo la comunidad internacional comprendió que todas las parejas y los individuos tienen derecho a decidir si desean tener hijos y cuándo tenerlos. No obstante, cientos de millones de personas en todo el mundo que desean espaciar a sus familias carecen de acceso a métodos anticonceptivos modernos. Esta es una violación a sus derechos humanos, y las consecuencias son abrumadoras: millones de embarazos no planeados, a menudo dando como resultado un aborto o la muerte materna o infantil; y un crecimiento poblacional rápido y continuo en los países más pobres del mundo." (UNFPA, 2005 h: 16)*

Los tratados internacionales sobre derechos humanos incluyen disposiciones relacionadas con la salud y los derechos reproductivos.[5] El UNFPA (2005 h) enumera tres principios claves para la orientación de casi todos los aspectos de la prestación de servicios:

[5] La publicación Rights Into Action (UNFPA, 2005 h) presenta un análisis más detallado de la interrelación de los derechos humanos, los derechos reproductivos y un enfoque basado en los derechos humanos, tratando los temas de: garantizar los servicios de planificación familiar voluntaria; reducir la morbimortalidad materna; la prevención del VIH/SIDA; los jóvenes; aspectos de género (y violencia por razón de género), y así sucesivamente. Martínez y Ferrer (2006) también sobresalen por su análisis integral de las intersecciones entre los temas de población, el desarrollo y los derechos humanos. El artículo también propone marcos para temas de población (fecundidad, mortalidad, migración) desde la perspectiva de los tratados sobre derechos humanos, tomando en consideración aspectos tanto constitutivos como instrumentales.

1. Los individuos tienen el derecho a controlar sus vidas sexuales y reproductivas y a tomar decisiones reproductivas sin interferencia o coerción. Este principio se basa en los derechos a la libertad, al matrimonio y a iniciar una familia, lo mismo que a decidir el número y espaciamiento de los hijos.
2. El derecho a la no discriminación y el respeto de las diferencias exige que los gobiernos garanticen un acceso equitativo a la atención a la salud para todos, y también que le hagan frente a las necesidades de salud únicas de las mujeres y los hombres.
3. Para hacer valer los derechos de los individuos a la vida y la salud, los gobiernos deben promover la disponibilidad de servicios de SR integrales y eliminar las barreras a la atención.

Los servicios de SR[6], tales como los servicios anticonceptivos, los servicios de salud materna y los servicios relacionados con las ITS, están estrechamente relacionados con la implementación de estos derechos y tienen un poderoso impacto, que incluso se explica por sí sólo, en la promoción de la igualdad entre los géneros. Uno de los principales objetivos del PdA de la CIPD tiene que ver con los DSR de las mujeres: alcanzar la disponibilidad universal de la planificación familiar para el 2015.

> *"7.16 Todos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la salud reproductiva, prestando especial atención a los grupos mas vulnerables y desatendidos de la población. Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos." (Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.16)*

La implementación de los DSR les da a las mujeres autonomía y la oportunidad para equilibrar el tamaño de sus familias con sus necesidades, deseos y metas. Así, los DSR incrementan las oportunidades de vida para las mujeres en lo concerniente a la educación y el mercado laboral. Entre otros efectos, posterga el primer embarazo y el matrimonio, permitiéndoles a las mujeres participar en actividades y carreras convencionalmente vistas como difíciles de conciliar con la gestación, la concepción o la lactancia materna. Un estudio realizado por Eloundo-Enyegue y Stokes (2004), al que ya se hizo referencia en el capítulo sobre el ODM 2, estimó los incrementos en las razones de terminación de educación secundaria entre las mujeres y los hombres que podrían esperarse si se eliminara por completo la deserción escolar relacionada con el embarazo. Los resultados fueron: de 0.745 a 0.850 en Bolivia (1998), de 1.107 a 1.274 en el Brasil (1996), de 0.995 a 1.112 en Colombia (1995), de 1.101 a 1.193 en la República Dominicana (1995), de 0.763 a 0.811 en Guatemala (1998/99), de 1.003 a 1.184 en Nicaragua (1997-98), y de 0.958 a 1.137 en el Perú (1996).

[6] La CIPD presentó de manera notable una definición internacional de la Salud Reproductiva que incorpora el bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (párrafo 7.2).

Además, la capacidad para tomar decisiones relacionadas con la sexualidad y la fecundidad les permite a las mujeres buscar educación y capacitación adicionales, que pueden traducirse en oportunidades de empleo y en una mayor seguridad económica. Oppenheim incluso llega a afirmar que darles a las mujeres el control total de sus vidas reproductivas es una condición indispensable para su empoderamiento:

> *"Si se adopta una visión histórica amplia, o se centra la atención en aquellos países en los que el control por parte de las mujeres de su reproducción sigue siendo tenue, entonces es mucho más plausible pensar que el primer y más importante paso para el empoderamiento de las mujeres puede ser permitirles controlar su reproducción." (Oppenheim, 2004: VIII-5)*

> *"La pobreza no sólo tiene que ver con la falta de dinero, sino más que otra cosa con la falta de opciones. Esto es particularmente evidente en las vidas sexuales y reproductivas de las personas, especialmente aquellas de las mujeres. Pocas decisiones son más fundamentales en la vida que la decisión acerca del matrimonio, y acerca de cuántos hijos traer al mundo y en qué momento traerlos. Cuando a las personas se les niega la capacidad de elección, se les niegan opciones para mejorar sus vidas y las vidas de sus seres queridos. Ofrecer esas oportunidades es una obligación primordial." (Brundtland, 1999)*

Los DSR forman una base importante para el disfrute de otros derechos, y pueden traducirse en beneficios económicos y psicológicos. La indiferencia ante los DSR de las mujeres limita severamente sus posibilidades en la vida pública y privada, incluyendo su participación en la educación, la economía y la política, lo mismo que su involucramiento en la vida social y cultural.

> *"Tener la capacidad de tomar decisiones de vida estratégicas es central para el empoderamiento. La decisión acerca de tener hijos, cuándo tenerlos, cuántos tener, y qué compañeros sexuales tener son elecciones centrales en la vida de todas las personas, pero particularmente en la vida de las mujeres, ya que son ellas las que cargan con la responsabilidad de la reproducción biológica y social. (...) Sin este derecho, las mujeres no pueden hacer realidad sus otros derechos: la decisión de obtener una educación, trabajar fuera del hogar, postularse a cargos de elección o participar en la vida cultural de su comunidad." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 55)*

Documentos del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, tales como los informes de la Fuerza de Tareas del Proyecto del Milenio, enfatizan la importancia de tomar en cuenta la SSR para el logro de los ODM. Garantizar el acceso universal a información y servicios de SSR, incluyendo la planificación familiar voluntaria, es ampliamente considerado como un aspecto de políticas urgente y crucial:

> *"El Objetivo 3 no podrá ser alcanzado sin la garantía de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para las niñas y las mujeres. Un gran cúmulo de evidencia muestra que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son centrales en lo que se refiere a la habilidad de las*

mujeres para desarrollar sus capacidades, aprovechar oportunidades económicas y políticas, y controlar sus destinos." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 6)

"... los ODM no podrán ser alcanzados en los países de bajos ingresos sin atención a los temas de población y el acceso a los servicios de SSR. Al colocar ese énfasis en los temas relacionados con la SSR en sus recomendaciones, el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas espera que estos temas se arraiguen apropiadamente en los programas para el logro de los ODM." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 d: vi)

"Una mejor salud sexual y reproductiva apuntala directamente los objetivos del 3 al 8 e indirectamente incide en el logro de los objetivos 1 y 2." (Singh et al., 2003: 6)

Los DSR empoderan a las mujeres para tomar decisiones acerca de su conducta sexual y sus roles femeninos. Oppenheim (1994), por ejemplo, atribuye el cambio significativo en los roles de género en los países desarrollados durante la segunda parte del siglo XX al advenimiento de la anticoncepción oral y su extendida adopción por las mujeres en la década de 1960. Los DSR contribuyen a mejorar la posición de las mujeres en la relación: las mujeres que disfrutan del derecho a controlar su fecundidad y a contribuir económicamente al hogar pueden tener una mayor confianza y un mayor poder de toma de decisiones (Malhotra, 2003). Por otro lado, privar a las mujeres de los DSR las relega a una condición inferior en sus relaciones, lo cual limita sus oportunidades.

Los DSR también están relacionados con un incremento en el acceso por parte de las mujeres a espacios sociales y a grupos extra-familiares y redes sociales, lo cual puede contribuir a cambios en los estereotipos de género y las normas patriarcales (Malhotra, 2003):

"Las sociedades tradicionales tienden a estar fuertemente diferenciadas en lo que respecta a los roles de género, con las mujeres siempre llevándose la peor parte. En entornos en los que la tasa global de fecundidad - el número promedio de hijos por mujer - es típicamente de por lo menos cinco, y a menudo mucho más alta, las mujeres pasan la mayor parte de sus vidas adultas criando a sus hijos. Tradicionalmente confinadas al hogar, las mujeres viven vidas caracterizadas por un agobiante trabajo en el campo, interminables caminatas para recolectar madera y agua, y la crianza de los hijos (...) Los cambios en las condiciones de vida y las actividades económicas también conducen a nuevas realidades en la estructura familiar. La edad del matrimonio típicamente es postergada, y las relaciones sexuales se ven transformadas, con una mayor libertad sexual vinculada mucho menos directamente a la crianza de los hijos. Menos generaciones de miembros de la familia viven bajo un mismo techo. Y, crucialmente, el numero de hijos deseados cambia notablemente a medida que las familias se desplazan de entornos rurales a entornos urbanos." (Sachs, 2005: 37)

Tal como lo observan Molesworth (2006) y el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2006), diversos grupos culturales tienen diferentes interpretaciones y posiciones acerca de la SSR, ya que los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción frecuentemente involucran tabúes sociales y prácticas altamente arraigadas. Por lo tanto, los DSR a menudo enfrentan limitaciones derivadas de tradiciones culturales.

> *"Todavía existen fuertes pasiones y debates intensos alrededor de una gama de temas: el aborto, la SSR adolescente, e incluso la planificación familiar. Estos temas despiertan una discusión renovada en toda conferencia intergubernamental pertinente." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 5)*

No obstante, la inclusión de conceptos acerca de los DSR, en un marco de derechos humanos, ciertamente tiene algún impacto en la ampliación de la atención de los gobiernos hacia estos temas y su visibilidad en general. Su importancia misma es expresada, por ejemplo, por el hecho de que, desde la adopción de este lenguaje común, 131 países han realizado cambios en sus leyes nacionales o políticas públicas para reconocer explícitamente los DSR (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006). La importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para el ODM 3 es cada vez más reconocida por los MDGR nacionales:

> *"En relación a los indicadores de salud, si bien en esta sección no se consignan, ya que son abordados en los Objetivos 4, 5 y 6, la salud de la mujer, en particular la salud sexual y reproductiva, es un aspecto fundamental para alcanzar el objetivo de equidad de género. Entre los principales desafíos que se le presentan al país en el ámbito de la salud sexual y reproductiva está la prevención del embarazo no deseado y el de alto riesgo, como es el de adolescentes menores de 15 años. Para ello se requiere mejorar y ampliar la cobertura de las acciones de prevención en salud sexual y reproductiva, entregando información, educación y acceso a métodos de regulación de la fertilidad y de prevención de infecciones de transmisión sexual, destinados a las personas que lo requieran, independientemente de su edad y condición socioeconómica, y poniendo especial atención en la población joven." (Chile, 2005: 69)*

> *"En el tema de la salud reproductiva, la toma de decisiones es fundamental para el empoderamiento de las mujeres y su autonomía. En ese sentido han impactado los programas de planificación familiar y salud reproductiva instrumentados por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Población en las últimas décadas. No obstante, en 2003, aún se observa un importante número de parejas donde el varón es quien decide cuándo tener relaciones sexuales (19.5 por ciento) y quién usa anticonceptivos (12.8 por ciento)." (México, 2005: 59)*

3.2. Violencia de género

Aunque tanto los hombres como las mujeres pueden ser lo mismo víctimas que perpetradores de la violencia, la violencia cometida contra las mujeres presenta algunas particularidades críticas. Las mujeres tienen más probabilidades de ser agredidas físicamente o asesinadas por alguien a quien conocen y de ser sexualmente agredidas, coaccionadas o explotadas (Morrison et al., 2004). La violencia contra la mujer debe ser considerada como un factor que tiene un efecto negativo en la autonomía personal, la seguridad y la salud de las víctimas (CEPAL, 2005 a). Para poder ejercer la autonomía, las mujeres deben vivir sin miedo de coerción y violencia (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b).

Tal como lo observan Heise et al. (1994), las sociedades definen estándares de conducta aceptable, para los hombres y las mujeres, a través de una variedad de mecanismos –desde la tradición oral hasta los sistemas legales y educativos formales- que sugieren que los hombres son dominantes y la violencia es una manera aceptable de reafirmar el poder y resolver conflictos. Las relaciones desiguales entre los géneros, las actitudes y creencias, y la condición subordinada de las mujeres en la sociedad constituyen un importante factor en la explicación de la violencia doméstica. Un estudio intercultural de 90 países mostró que las sociedades con altos niveles de violencia por razón de género también eran sociedades con normas autoritarias en el hogar, en las que los hombres son dominantes y existe una aceptación social del uso de la violencia física (Levinson, 1989).

> *"La violencia contra la mujer ha evolucionado en parte a partir de un sistema de relaciones de género que postula que los hombres son superiores a las mujeres. La idea de la dominancia masculina -incluso la propiedad de las mujeres por parte de los hombres- está presente en la mayoría de las sociedades y se refleja en sus leyes y costumbres. Así, la violencia no debería considerarse una aberración, sino una extensión de un continuo de creencias que le otorga a los hombres el derecho a controlar la conducta de las mujeres." (Heise et al., 1994: 2)*

> *La violencia de género basada en la idea de la inferioridad social de las mujeres las inhabilita para desplegar sus capacidades y ejercer sus derechos. Las mujeres víctimas de violencia no consiguen salir de la pobreza, por estar sometidas a relaciones degradantes que se ejercen contra ellas tanto en el ámbito privado como en el público, convirtiéndose de este modo en vehículos de la transmisión intergeneracional de la pobreza." (CEPAL, 2005 a: 132)*

El PdA de la CIPD postula la erradicación de la violencia por razón de género como una de sus metas centrales, y le recomienda a las naciones tomar acciones preventivas con respecto al acoso sexual, el abuso, la explotación y la violación, lo mismo que las agresiones físicas, la violencia relacionada con dotes, la esterilización forzada y el aborto forzado, el infanticidio femenino, y la selección prenatal del sexo. Adicionalmente, el documento reconoce la necesidad de prohibir prácticas degradantes tales como la trata de mujeres y niñas y la explotación de niños y adolescentes en la prostitución. Con ese fin, es necesario implementar mecanismos de cooperación para garantizar que se implementen medidas. Otra prioridad debe ser el desarrollo de programas y políticas que se centren en la rehabilitación de las víctimas.

> *"Los países deberían adoptar medidas exhaustivas para eliminar todas las formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas. Esto supone la adopción de medidas preventivas y de rehabilitación de las victimas. Los países deberían prohibir las practicas degradantes como el trafico de mujeres, adolescentes y niñas y la explotación por medio de la prostitución, y deberían prestar especial atención a la protección de los derechos y la seguridad de las victimas de esos delitos (...)" (CIPD, párrafo 4.9)*

"La violencia contra la mujer tiene un serio impacto en la salud y el desarrollo y es una violación flagrante de los derechos de la mujer. Su existencia continua es, por ello, fundamentalmente inconsistente con el Objetivo 3. Sin embargo, la violencia contra la mujer es prevalente en proporciones epidémicas en muchos países del mundo." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 15)

"La violencia por motivos de género coarta directamente el logro de los ODM relativos a la igualdad entre hombres y mujeres y la autonomía de la mujer, la salud y la mortalidad de niños y madres, y la lucha contra el VIH/SIDA." (UNFPA, 2005 c: 68)

Cuadro 3.2: Violencia contra la mujer en la región de ALC por tipo – estudios seleccionados

País / Ciudad	Hallazgos
Barbados (1990)#	30% física
Bolivia, tres distritos (1998)*	17% physical
Brasil, São Paulo (2000)#	10.1% sexual
Brasil, Pernambuco (2000)#	14.3% sexual
Santiago, Chile*	33.9% psicológica 10.7% física (violencia severa) 15.5% física (menos severa)
Colombia (1990)+	33.9% psicológica 20% física 10% sexual
Colombia (1995)#	19% física
San José, Costa Rica (1994)+	75% psicológica 10% física
Sacatepequez, Guatemala (1990)+	49% abusadas 74% de ellas por un compañero sentimental
Haití (1996)+	70% abusadas 36% de ellas por un compañero sentimental
Monterrey, México (1995)+	45.2% abusadas 17.5% física y sexual 15.6% física y psicológica
Monterrey, México (1996)#	16% física
Guadalajara, México (1997)*	13% física
Leon, Nicaragua (1995)#	40% física
Paraguay (1996)#	9.4% física 31.1% psicológica
Lima, Perú (1997)*	31% física
Lima, Perú (2000)#	22.5% sexual
Cusco, Perú (2000)#	46.7% sexual
Uruguay, dos regiones (1997)*	10% física

* durante el año anterior
\# durante la vida de la mujer
\+ periodo no especificado
Fuente: Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Krug et al., 2002

La mayoría de las veces los abusadores son miembros de las mismas familias de las mujeres, en particular el esposo o algún otro compañero sentimental (CEPAL, 2005 a), desafiando con ello la imagen social de la familia como un refugio de amor y apoyo (Heise et al., 1994). A nivel mundial, se estima que entre un 40% y más de un 70% de los homicidios contra mujeres son cometidos por compañeros sentimentales, a menudo en el contexto de una relación abusiva (Johns Hopkins School of Public Health, 1999). La OMS (2005 a)

estima que entre 25 y 50% de las mujeres a nivel mundial han sido víctimas de violencia sexual por un compañero íntimo. En el Continente Americano, el 20-60% de las mujeres viven en situaciones de violencia física o psicológica (Heise et al., 1994).[7] Un tipo particular de violencia sexual está asociada con la adolescencia. De acuerdo con estadísticas de la OMS, un porcentaje sorprendentemente alto de adolescentes reportan haber tenido una iniciación sexual por la fuerza. En la subregión del Caribe esta situación fue reportada por 47.6% de las mujeres adolescentes (incluyendo situaciones en las que la iniciación fue considerada "un tanto" forzada) y, de manera incluso más sorprendente, por el 31.9% de los hombres adolescentes. En Lima, Perú, los porcentajes fueron de 40.0% y 11.0%, reflejando una diferencia más típica entre los y las adolescentes (Krug et al., 2002: Cuadro 6.3).

Los MDGR nacionales hacen cada vez más referencia a la violencia como un tema de políticas en el ámbito del ODM 3, por ejemplo, en los informes recientes de Honduras (2003), Uruguay (2003), la República Dominicana (Republica Dominicana, 2004), Perú (2004), Chile (2005), Colombia (2005), y México (2005).[8] Colombia incluso ha establecido metas nacionales adicionales bajo el ODM 3 para la erradicación de la violencia por razón de género.

La violencia por razón de género pone en peligro la salud de las mujeres, y puede tener efectos profundos en sus vidas sexuales y reproductivas, tales como síndromes de dolor crónico, dolores musculares, complicaciones durante el embarazo, embarazos no deseados, abortos inseguros, ITS (incluyendo el VIH), trastornos gastrointestinales y ginecológicos, dolores de cabeza, asma, problemas psicológicos, y abuso de drogas y alcohol (UNFPA, 2005 c; Heise et al., 1994). El abuso físico y sexual a menudo conduce a vaginitis, colpitis y enfermedades inflamatorias pelvianas, que pueden conducir a condiciones crónicas y a infertilidad. También es conocido que en varios países el dolor pelviano crónico es el motivo de hasta el 10% de todas las consultas a ginecólogos y una cuarta parte de todas las histerectomías (UNFPA, 2000).

Las mujeres que han experimentado abuso físico o sexual tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud subsecuentes, y las mujeres que experimentaron maltrato durante la niñez tienen más problemas sexuales y de SR, un funcionamiento físico más deficiente, más conductas de riesgo sexual y más síntomas físicos que las mujeres no abusadas. Un estudio realizado recientemente por la OMS (2005 a) entre 24,000 mujeres en diez países encontró que, en comparación con las mujeres no abusadas, las mujeres abusadas tienen una probabilidad de más del doble de tener una mala salud, incluyendo la salud reproductiva, y problemas tanto físicos como mentales. Estas mujeres también tenían un mayor riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH. Las consecuencias traumáticas de la violencia pueden

[7] Para algunos estudios recientes, ver Campbell (2002); CEPAL (2004 a); García-Moreno y Watts (2000); Greene y Biddlecom (1997); Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999); Jewkes (2002); Kabeer (2003); Olavarría y Madrid (2005); Traversa (2001); Watts y Zimmerman (2002).

[8] Bermúdez (2006) analiza la violencia por razón de género, las violaciones a los derechos humanos (principalmente en el Perú), y presenta lecciones aprendidas. En sus conclusiones, enfatiza la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos y la transversalidad de género en las políticas y los programas, lo mismo que el fortalecimiento de la protección de la SSR por los derechos humanos internacionales (por ejemplo, a través de una Convención especial sobre este asunto).

persistir por muchos años y tener serios efectos psicológicos a largo plazo. En algunos casos la violencia puede conducir a la muerte, tanto por homicidio como por suicidio.

Las mujeres que experimentan la violencia por razón de género pueden ciertamente ser vulnerables en formas que tienen que ver no sólo con el bienestar físico y mental, sino también con la autoconfianza, la educación y la asistencia escolar, o las oportunidades de empleo. La violencia, por lo tanto, está relacionada con ingresos significativamente más bajos y con menores tasas de participación en la fuerza laboral (Morrison y Orlando, 2004). A la inversa, Biehl (2003) reporta porcentajes mucho más altos de abuso severo entre las mujeres que no trabajan que entre aquellas que sí trabajan. En Canadá, el 43% de las mujeres lesionadas por sus compañeros tuvieron que recibir atención médica, y el 50% de aquellas lesionadas tuvieron que ausentarse del trabajo (Johns Hopkins School of Public Health, 1999). También pueden ser incapaces de establecer relaciones de pareja o de calidad, careciendo de voz en las decisiones que afectan a sus cuerpos y sus vidas. La violencia contra la mujer es, por lo tanto, un problema de múltiples dimensiones, en términos tanto de sus causas como de sus consecuencias.

La mayoría de las mujeres que sufren alguna agresión física por lo general experimentan múltiples actos a lo largo del tiempo, dando como resultado la intensificación o perpetuación de problemas de salud física y mental. En un estudio realizado en León, Nicaragua, por ejemplo, el 60% de las mujeres abusadas en el año anterior fueron abusadas más de una vez, y el 20% experimentaron violencia severa en más de seis ocasiones (Johns Hopkins School of Public Health, 1999).

Algunos esposos se vuelven más violentos durante el embrazo de la mujer y los embarazos no planeados ponen a las mujeres en un mayor riesgo de depresión y abuso físico (Nass y Strauss, 2004; Heise et al., 1994). Estas mujeres presentan el doble de riesgo de tener un aborto espontáneo y cuatro veces el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer (Johns Hopkins School of Public Health, 1999). La violencia puede ser un problema más común para las mujeres embarazadas que la preeclampsia, la diabetes gestacional o la placenta previa, condiciones para las que las mujeres embarazadas son evaluadas y monitoreadas de manera rutinaria (Gazmararian et al., 1996). Adicionalmente, se ha reportado que la mortalidad infantil y de lactantes es seis veces mayor en Nicaragua si una madre está expuesta a violencia física y sexual (Morrison y Orlando, 2004).

Tal como se mencionó anteriormente, existe alguna evidencia de una asociación entre los embarazos no deseados y la violencia doméstica contra la mujer. En Colombia, por ejemplo, Pallitto y O'Campo (2004) encontraron una relación moderada entre los dos, con base en datos de la EDS 2000, que fue significativa en las regiones central y atlántica del país. Como la mayoría de los autores que han escrito sobre el tema, ellas interpretan la asociación como la expresión de un vínculo causal en la dirección de la violencia doméstica al embarazo no deseado. Sin embargo, también podría aplicarse la causalidad opuesta. Incluso es posible que ambos fenómenos sean el resultado de un tercer factor, como podría ser la existencia de un conflicto marital. Sin investigación adicional, es difícil hacer cualquier afirmación definitiva acerca de la naturaleza de la relación.

Las mujeres abusadas tienden a no usar los servicios de planificación familiar por temor a represalias por parte de sus esposos. Tal como lo reporta el Population Council (1994), mujeres abusadas en Perú y México que participaron en discusiones de grupos focales afirmaron que no abordaron el uso anticonceptivo con sus esposos por temor a su reacción violenta, y en las familias en las que el hombre controla las finanzas, la mujer puede también tener una mayor dificultad para comprar anticonceptivos. Por otro lado, las mujeres que viven en entornos de relaciones abusivas tienen menos probabilidades de negociar en las relaciones sexuales o de sugerir el uso del condón (Chege, 2005). El sexo no protegido pone a las mujeres en riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH, y de experimentar embarazos no planeados, que en la región de ALC a menudo terminan en abortos ilegales con altos riesgos de hemorragia o infección. También pueden evolucionar hasta transformarse en una enfermedad inflamatoria pelviana, obstrucción tubárica, esterilidad, embarazo ectópico y dolor pelviano crónico (Andalaft y Faúndes, 2001). Hasta un 30% de las mujeres víctimas de violación en los EU cada año, por ejemplo, desarrollan ITS como un resultado (UNFPA, 2000). Otro estudio, en Río de Janeiro, reportó que se observó una relación estadísticamente significativa entre el la falta de uso del condón y las variables categóricas que revelan agresividad en las relaciones emocionales; la violencia en la relación está relacionada, por ejemplo, con la imposibilidad de negociar el uso del condón (Ruzany et al., 2003).

> *"El abuso físico y sexual se encuentra detrás de los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, y las complicaciones durante el embarazo. Estudios en todo el mundo han encontrado que una de cuatro mujeres es física o sexualmente abusada durante el embarazo. (...) La violencia también puede estar vinculada con una porción considerable de las muertes maternas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 15-16)*

La violencia doméstica tiene repercusiones significativas tanto en el empoderamiento de la mujer como en el crecimiento social y económico más amplio en la región de ALC. En Nicaragua, por ejemplo, un estudio acerca del impacto socioeconómico de la violencia contra la mujer, financiado por el BID, concluyó que la violencia reducía los ingresos agregados de las víctimas en un 1.6% del PIB de 1996 (US$ 29.5 MDD), y que las mujeres que sufren violencia severa sólo ganan el 57% de lo que ganan las mujeres que no sufren violencia. Cómputos similares en Chile dieron como resultado una pérdida del ingreso total de US$ 1,560 MDD, o un poco más del 2% del PIB.[9] El estudio también reveló que las mujeres en Managua (pero no en Santiago) que sufren violencia doméstica usan el doble de servicios de salud que las mujeres que no sufren violencia, ya que, en promedio, las víctimas de abuso requieren de más cirugías, consultas médicas, estancias hospitalarias y consultas de salud mental (Morrison y Orlando, 1999).

[9] Estas pérdidas sólo capturan el impacto en los ingresos de las mujeres; no incluyen los efectos en la participación en la fuerza laboral o el ausentismo, y tampoco toman en cuenta los efectos multiplicadores económicos. Por otro lado, las estimaciones están sujetas a algunas suposiciones metodológicas fuertes, particularmente la suposición de que los menores salarios de las mujeres abusadas se derivan de su condición de víctimas. Esto no es obvio del todo, y si bien los autores hicieron un intento por demostrar, a través de métodos econométricos, que la relación causal en realidad apunta en esta dirección, no puede descartarse por completo la posibilidad de que el ingreso más bajo datara de antes de la situación de violencia doméstica.

En las últimas dos décadas, 28 países en la región de ALC han adoptado legislación contra la violencia doméstica y reformado sus leyes sobre violación (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b). De la misma forma, el sistema de salud es una institución central para la atención y el apoyo a las víctimas, y también registra casos de violencia doméstica, ya que a menudo es el primer punto de acceso y las mujeres a menudo evitan o se resisten al contacto con la policía u otros servicios. El primero puede proveer no sólo tratamiento médico, sino también servicios de consejería y/o canalizaciones para aquellas mujeres que revelan la violencia. Estas acciones pueden servir como una forma de modificar el concepto de la violencia como un asunto exclusivamente privado, proporcionando apoyo a aquellas mujeres que desean reportar las agresiones que sufrieron. Como parte de su trabajo para contrarrestar la violencia por razón de género, el UNFPA ha apoyado la capacitación de profesionales médicos para sensibilizarlos más hacia las mujeres que pueden haber experimentado violencia. Se han realizado intervenciones piloto en 10 países: Cabo Verde, Ecuador, Guatemala, Líbano, Lituania, Mozambique, Nepal, Rumania, Rusia y Sri Lanka. Crear conciencia entre funcionarios del sector público y en el sistema de salud es una necesidad urgente, que es expresada por el PdA de la CIPD. Las campañas, la educación y los grupos de apoyo son todos elementos útiles para educar y promover el cambio.

3.3. El vínculo entre el empoderamiento reproductivo y económico

La igualdad entre los géneros está interrelacionada con la promoción de las oportunidades para que las mujeres obtengan un trabajo digno y productivo, ahora reconocidas como una Meta bajo el ODM 1. La Administración Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA, 2006) lo plantea de la siguiente forma: "reducir la carga del embarazo y el cuidado infantil para las mujeres les permite involucrarse en actividades generadoras de ingresos en mayor medida, contribuyendo con ello tanto a nivel del hogar como a nivel macroeconómico."

Las desigualdades entre los géneros en la fuerza laboral continúan siendo una realidad en la región de ALC. Un estudio realizado en el Brasil, que analiza las diferencias de género en el periodo de tiempo que le lleva a un empleado ser ascendido en empresas nacionales, indica que las mujeres esperan aproximadamente un 35% más tiempo que los hombres. De acuerdo con el estudio, este resultado está relacionado con dos causas principales: la discriminación femenina –como resultado de la cual las mujeres son consideradas menos productivas que los hombres, y los hombres resienten el hecho de tener una jefa, por ejemplo- y la dificultad encarada por las mujeres para dedicarse a trabajar al mismo tiempo que comparten sus deberes laborales con otras responsabilidades, especialmente los deberes familiares (Coelho, 2006). En Belice, el MDGR nacional 2005 hizo un comentario que puede generalizarse a la mayor parte del Caribe de habla inglesa:

> *"A pesar de sus mejores calificaciones educativas, a las mujeres se les continúa negando la igualdad de oportunidades en el empleo: en el reclutamiento, los ascensos, las tasas salariales y las prestaciones laborales. Más allá de la adopción de cuotas de*

empleo de género o la implementación de disposiciones de acción afirmativa, existe la necesidad de monitorear estrechamente las prácticas de los empleadores y hacer cumplir la igualdad de trato en el mercado laboral." (Belice, 2005: 15)

Para que esas disparidades cambien a nivel mundial, la CIPD es muy enfática en lo que respecta a la necesidad de conciliar la maternidad y el trabajo. Las mujeres que disfrutan de los derechos tanto a ejercer plenamente sus responsabilidades maternas como a conservar sus empleos son menos vulnerables a las desigualdades de género. La eliminación de prácticas discriminatorias en contra de las mujeres por parte de los empleadores, como aquellas basadas en la prueba de uso anticonceptivo o la condición de embarazo, lo mismo que hacerla posible a través de leyes y otras regulaciones, de modo que las mujeres combinen los roles de la procreación, la lactancia materna y la crianza de los hijos con la participación en la fuerza laboral, puede ofrecer un apoyo crucial para el empoderamiento de las mujeres.

El vínculo entre el uso anticonceptivo y la posibilidad de tener un empleo pagado: el ejemplo de Bolivia

Bolivia es un ejemplo de la asociación del empleo con la conducta anticonceptiva, tal como lo indica un análisis de microdatos de la encuesta EDS 2003. Con una anticoncepción efectiva, las mujeres pueden dedicarse a actividades laborales sin la interrupción de una maternidad no planeada. También es posible que se aligere la carga de sus responsabilidades en el hogar. El Cuadro 3.3 muestra que el empleo pagado varía significativamente con la edad, la jefatura, el estado civil, la residencia urbana/rural, y el número de hijos de menos de 7 años de edad que la mujer ha parido, pero incluso después de controlar todos estos factores, las mujeres que alguna vez han usado la anticoncepción moderna se caracterizan por un coeficiente de regresión del 0.334, haciéndolas 39.7% más susceptibles de tener un empleo pagado que el promedio. Tal como sucede a menudo, la existencia de una relación que persiste después de controlar otros factores no provee ninguna evidencia definitiva acerca de la dirección de la causalidad. En este caso, es bastante probable que sea la experiencia de trabajo fuera del hogar lo que haga que las mujeres usen métodos anticonceptivos modernos. Sin datos longitudinales, es difícil saberlo. No obstante, probablemente sea justo concluir que sin acceso a métodos anticonceptivos modernos, las mujeres encontrarían considerablemente más difícil permanecer económicamente activas.

Cuadro 3.3: Coeficientes de regresión logística y niveles de significancia para varios factores explicativos de la existencia de empleo pagado fuera de la familia entre las mujeres bolivianas de 15 a 49 años

	Coeficientes de regresión logística	Significancia
15-19 años	-2.358	0.0%
20-24 años	-1.096	0.0%
25-29 años	-0.399	0.0%
30-34 años	-0.193	1.0%
35-39 años	0.091	25.6%
Casada / en unión libre	-0.206	0.0%
Quechua	-0.022	62.6%
Aymara	0.341	0.0%
Jefe de familia	0.098	0.0%
Años de educación	-0.031	5.1%
Residencia rural	-0.446	0.0%
Hijos de menos de 7 años	-0.147	0.0%
Quintil más pobre	-0.172	8.7%
Segundo quintil más pobre	0.106	19.9
Quintil medio	0.063	32.8
Cuarto quintil	0.085	12.7
Alguna vez ha usado anticoncepción moderna	0.334	0.0

Fuente: Análisis de microdatos de encuesta EDS 2003 de Bolivia

Garantizar la autonomía de las mujeres y el control de estas sobre su reproducción y su fecundidad es una forma importante de garantizar su poder de toma de decisiones y sus oportunidades para decidir acerca de sus vidas. Esto requiere de acceso a la anticoncepción y la planificación familiar. En las palabras de Marcela Suazo, la Directora Regional para ALC:

> *"Para permitirle a las mujeres disfrutar de igualdad de oportunidades en los mercados laborales, es necesario garantizar el acceso a la salud reproductiva y la planificación familiar, permitiéndole a las mujeres y sus compañeros tomar decisiones responsables y voluntarias para equilibrar sus roles productivos y reproductivos. Los países de América Latina y el Caribe en actualmente se están encaminando hacia la X Conferencia Regional sobre la Mujer, a celebrarse en Ecuador a principios de agosto. Uno de los principales temas emergentes abordados durante las reuniones preparatorias subregionales es el vínculo entre el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso de las mujeres al ingreso y la reducción de la pobreza."*[10]

El Proyecto de Estudios sobre la Mujer de International Family Health documentó mejoras específicas en el empoderamiento y la calidad de vida de de la mujer y los derechos reproductivos, y destacó, por ejemplo, que las mujeres bolivianas que usaban métodos anticonceptivos modernos tenían más probabilidades de tener empleos pagados (Barnett y Stein, 1998). Esta conclusión, desde luego, podría estar condicionada por el hecho de que las mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos también se distinguen en otras formas que son favorables al empleo asalariado, pero un análisis multivariado basado en la

[10] Declaración durante el Segmento de Coordinación del ECOSOC "The Role of the UN System in Promoting Full and Productive Employment and Decent Work for All", Ginebra, 9 de julio de 2007..

EDS 2003 de Bolivia sugiere que la relación persiste incluso si otros factores pertinentes son controlados (ver Cuadro 3.3).

Abramo, Berger y Szretter (2005) sugieren la existencia de un estereotipo social, en el sentido de que emplear a mujeres representa un mayor costo para los empleadores. No obstante, de acuerdo con los autores, este estereotipo no corresponde a la realidad de los costos y está mucho más basado en valores discriminatorios que en un análisis objetivo. Estos autores presentan estudios de caso acerca de Argentina, Brasil, Chile y México, y muestran que los costos monetarios directos relacionados con el empleo femenino representan menos del 2% de los salarios mensuales de las mujeres. El Cuadro 3.4 muestra datos para los países de los estudios de caso, con base en sus legislaciones laborales.

Cuadro 3.4: Costos laborales para el empleador relacionados con la protección de la maternidad y el cuidado infantil, 2000 (elaboración de la OIT con base en legislaciones laborales de país)

Componentes	Argentina	Brasil	Chil	México
Salario	100.0	100.0	100.0	100.0
Costos totales de maternidad/cuidado infantil	1.0	1.2	1.8	0.2
Lactancia materna	0.1	0.8	0.5	0.1
Costo de reemplazo	0.1	0.1	0.1	0.1
Costos para el empleador	101.0	101.2	101.8	100.2

Fuente: Abramo, Berger y Szretter, 2005

En la práctica, sin embargo, los empleadores imputan costos al empleo de las mujeres que se reflejan en la brecha salarial entre hombres y mujeres. Esto no afecta principalmente a las mujeres que ya tienen hijos, sino más bien a aquellas que se espera tengan hijos en un futuro cercano y que, por lo tanto, pueden representar costos para los empleadores. Por lo menos esta parece ser una interpretación razonable de las brechas salariales entre hombres y mujeres encontradas por Artecona y Cunningham (2000) en Argentina (1997), el Brasil (1995) y Costa Rica (1995) que, en los tres países, indicaban que las mujeres casadas sin hijos son el grupo menos favorecido, con una brecha salarial media por hora de 39% en el Brasil, 9% en Costa Rica, y -3% (es decir, una diferencia de 3% a favor de las mujeres) en Argentina. El grupo más favorable es aquel de las mujeres solteras con hijos, que muestra una brecha de 6% en el Brasil, -13% en Costa Rica y -17% en Argentina, muy probablemente porque este es el grupo con las menores probabilidades de tener hijos adicionales y el mayor compromiso en lo que se refiere a una carrera.

Proveer cuidado infantil confiable y a precios accesibles es crucial para la participación de las mujeres en la fuerza laboral, particularmente en el sector formal, en donde los retornos y los beneficios son más altos. Existe evidencia en este sentido proveniente de algunos estudios en países desarrollados, especialmente en los EU (Berger y Black, 1992; Oppenheim Mason y Kuhlthau, 1992; Lee, 2004; Stier y Lewin-Epstein, 2001; Van der Lippe, 2001). Un estudio realizado por Gornick, Meyers, y Ross (1998), basado en datos de corte transversal de 14 países industrializados, encontró importantes diferencias entre países en términos del efecto obstaculizador del empleo para las mujeres resultante de

tener hijos de 0 a 2 ó 3 a 5 años de edad. Este efecto fue particularmente marcado en el Reino Unido, Australia, Noruega, los Países Bajos y Alemania, pero débil en Italia, Bélgica, Francia, Suecia, Dinamarca, Finlandia y Luxemburgo. Alcanza su mayor fuerza en el caso de los niños de 0 a 2 años de edad, y posteriormente disminuye a medida que los niños son gradualmente absorbidos por el sistema educativo. Los autores encontraron que los efectos también estaban significativamente asociados con políticas que apoyan el empleo de madres con hijos en estos grupos etarios respectivos, que son más sólidas en Dinamarca, Finlandia, Francia, Suecia, Bélgica e Italia.

Un análisis más reciente de datos (de panel) prospectivos históricos sobre el trabajo y las familias en 13 países europeos por Uunk, Kalmijn y Muffels (2005) conduce a las siguientes conclusiones:

1. El grado en el que las mujeres casadas o que viven en unión libre se retiran del empleo pagado después del primer parto difiere considerablemente entre países. Mientras que las mujeres de los países escandinavos, Bélgica, Francia y el Sur de Europa sólo muestran reducciones modestas en el número de horas de trabajo semanales después del primer parto (2-5 horas), las mujeres de Irlanda, el Reino Unido, los Países Bajos, Alemania y Austria muestran reducciones sustanciales (8-20 horas).
2. Las diferencias entre países en lo que respecta al impacto de los hijos en la oferta de mano de obra de las mujeres pueden atribuirse en gran medida a las diferencias en los arreglos públicos que apoyan el empleo de las madres. El hecho de que las políticas sí son importantes es demostrado por el fuerte efecto significativo del cuidado infantil público, que explica una tercera parte de las diferencias de país observadas.
3. El efecto institucional del cuidado infantil público no es fácil de distinguir a consecuencia del efecto de la afluencia económica. Al tomarse en consideración los niveles nacionales de afluencia, el efecto del cuidado infantil público en la oferta de mano de obra de las madres parece ser más fuerte. Esto se debe a que el cuidado infantil público y la afluencia económica covarían, y también a que este último factor incide negativamente en la oferta de mano de obra de las madres. La afluencia económica al parecer suprime el papel de las instituciones.
4. Los valores asociados con los roles de género igualitarios en un país parecen jugar un papel mixto. Los valores asociados con los roles de género más igualitarios inciden positivamente en la oferta de mano de obra de las madres y moderan los efectos negativos en los niños. Pero los valores asociados con los roles de genero en una nación no modifican el impacto que el cuidado infantil apoyado institucionalmente tiene en la oferta de mano de obra de las madres. Una vez que los valores asociados con los roles de genero y la provisión de cuidado infantil público son modelados simultáneamente, el efecto de los valores asociados con los roles de género se vuelve insignificante, mientras que el efecto del cuidado infantil público permanece prácticamente sin cambios. Los valores de género pueden tener un efecto en los cambios en la oferta de mano de obra de las mujeres, pero este efecto es explicado por el efecto de intermediación de las instituciones.

5. Los gobiernos inciden en la oferta de mano de obra femenina a través de instituciones apoyadas públicamente, ofreciendo instalaciones de cuidado infantil para los hijos de las madres trabajadoras. Sin embargo, los gobiernos también pueden incidir en la oferta de mano de obra femenina a través del mercado, subsidiando instalaciones para el cuidado infantil privadas.

Si bien ha existido trabajo teórico y un análisis de las políticas de conciliación en la región de ALC (por ejemplo, Mora, Moreno Ruiz y Rohrer, 2006), no se ha hecho mucho trabajo empírico acerca del efecto real de los programas de cuidado infantil en el comportamiento de la fuerza laboral de las mujeres. No obstante, dos estudios recientes sobre el Brasil (Sorj, 2007) y Chile (Valdés, 2007) muestran que hasta un 60% de las razones por las que las mujeres no ingresan al mercado laboral o lo abandonan están relacionadas con la reproducción. Un análisis no publicado, realizado bajo el Proyecto RLA5P201, de datos sobre mujeres urbanas de 20 a 39 años de edad provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (PNAD) 2005 del Brasil sugiere que la mayor parte de la desventaja de las mujeres sin hijos en el mercado laboral se deriva de sus menores ingresos, y no de su menor participación en la fuerza laboral. Controlando la educación, se encontró que sólo las mujeres con 3 hijos de menos de 15 años de edad trabajaban alrededor de un 20% menos que las mujeres sin hijos, pero que las mujeres con uno o dos hijos no se veían grandemente afectadas. Sin embargo, al compararse a las mujeres en términos de años de educación y número semanal de horas trabajadas, la pérdida de ingresos en general era del 18.1%, en el caso de un hijo, 19.1% con dos hijos, y 18.0% con tres. La similitud de estos números sugiere que el hecho de tener hijos por sí mismo es un impedimento más significativo que el número como tal; después del segundo hijo, existe incluso una tendencia a que los porcentajes disminuyan, algo que persiste con cuatro hijos o más, muy probablemente porque los hermanos mayores cuidan de los más jóvenes (ver también la sección 2.4. del capítulo sobre el ODM 1). El acceso por parte de las mujeres a servicios de cuidado infantil para niños de 0 a 3 años de edad incrementa considerablemente sus ingresos, especialmente entre las más pobres.

Cuidado infantil y oportunidades económicas para las mujeres en Guatemala y el Perú

No es mucho el trabajo que se ha hecho acerca del efecto de los programas de cuidado infantil en la región de ALC. Una de las pocas evaluaciones de programas y políticas es aquella del Programa de Hogares Comunitarios (PHC), que se estableció en la Ciudad de Guatemala en 1991 como un programa piloto patrocinado por el gobierno para aliviar la pobreza, ofreciéndole a los padres trabajadores cuidado infantil de bajo costo y alta calidad. Sus objetivos específicos son facilitar el desarrollo integrado de los niños pequeños con base en la participación comunitaria. Bajo el programa, un grupo de pares selecciona a una mujer de la comunidad local para cuidar de hasta 10 niños de menos de 7 años de edad, de lunes a viernes, de 6 a.m. 6 p.m., en su hogar. Los niños reciben alimentación, cuidado, afecto e higiene, y participan en actividades de socialización y estimulación para la primera infancia. El programa le suministra a la cuidadora mobiliario

básico, materiales educativos y suministros; capacitación inicial; y menús para guiar la preparación de alimentos. Se espera que los padres complementen esto con una pequeña contribución mensual y que provean artículos básicos tales como azúcar, pasta de dientes y papel higiénico.

Existen otros programas de cuidado infantil de base comunitaria de este tipo que han sido populares en toda América Latina, pero existen pocas evaluaciones. En colaboración con el Programa de Trabajo Social de la Oficina de la Primera Dama de Guatemala y el INCAP/OPS, el IFPRI realizó una evaluación que incluyó una valoración de los aspectos operativos y la calidad de la prestación de los servicios, además de una evaluación del impacto del programa en sus beneficiarios (Ruel y Quisumbing, 2006). Comparadas con la muestra de control aleatoria, las madres beneficiarias tendían a tener un poco menos educación, a tener activos con valores más bajos y a vivir en viviendas más precarias. También tenían muchas más probabilidades de ser solteras, y tenían hogares de un tamaño más pequeño, pero un número promedio más alto de hijos en edad preescolar y, por lo tanto, una razón de dependencia más alta que las mujeres de la muestra de control. Sin embargo, tenían más probabilidades que las mujeres de la muestra aleatoria de estar empleadas en el sector formal y de trabajar en fábricas y recibir prestaciones sociales y médicas relacionadas con el trabajo. En promedio, trabajaban cerca de 4 días más que otras mujeres trabajadoras, y su ingreso en el mes anterior fue 30% más alto que el ingreso de las madres trabajadoras de la muestra aleatoria.

En el Perú, Escobal et al. (2005) analizaron las oportunidades de generación de ingresos femeninas en relación con el programa Wawa Wasi. En las áreas urbanas, el acceso a instalaciones de cuidado infantil fuera del hogar está asociado con mayores oportunidades de generación de ingresos para las madres de hogares con niños pequeños, mejorando sus estrategias de diversificación de ingresos potenciales. En las áreas rurales, el mejoramiento del acceso a instalaciones de cuidado infantil para incrementar las oportunidades de generación de ingresos de las madres necesita ser complementado con otras intervenciones dirigidas a incrementar la base de activos, especialmente la educación materna. Estos hallazgos le dan apoyo empírico a las intervenciones en materia de proyectos o políticas dirigidas a incrementar las oportunidades de generación de ingresos para las mujeres peruanas con un hijo recién nacido. Una intervención prometedora es precisamente la del programa Wawa Wasi, que ha mostrado importantes impactos positivos pero continúa sin recibir suficiente financiamiento.

El acceso a servicios de cuidado infantil puede mejorar las oportunidades de generación de ingresos de la madre en aquellos hogares con hijos pequeños. En las áreas urbanas, mejorar la educación de las madres y su acceso a servicios de cuidado infantil podría ser la mejor estrategia para mejorar las oportunidades de generación de ingresos. En los entornos rurales, se encontró que la base de activos misma es un factor importante que obstaculiza la diversificación del ingreso. Aunque la disponibilidad de instalaciones de cuidado infantil (Wawa Wasi) incide en la decisión de usar servicios de cuidado infantil

externos, la disponibilidad de activos privados y públicos puede explicar en gran medida la mayoría de las estrategias de diversificación de los hogares, independientemente de la disponibilidad de servicios de cuidado infantil.

De acuerdo con estadísticas oficiales, en el Perú actualmente existen cerca de 4,700 Wawa Wasis, con una capacidad para cuidar de más de 40,000 niños de cuatro o menos años de edad. Si bien este número se ha incrementado en años recientes -a partir de menos de 12,000 en 1999-, al parecer es insuficiente, especialmente si se les considera de cara a la población objetivo de casi 2 millones de niños de menos de cuatro años de edad que viven en la pobreza. En el Perú, las madres tienen pocas opciones de cuidado infantil cuando desean o necesitan trabajar; incluso en las áreas urbanas, son pocas las organizaciones que cuentan con ese tipo instalaciones para los hijos de sus empleados. Al parecer la mayor parte del cuidado infantil está basado en redes sociales, ya sea de familiares o amigos, dejando a un grupo de mujeres con una demanda insatisfecha. El programa Wawa Wasi es una opción que ha sido aceptada positivamente por las madres en diversos entornos. Es probable que exista un vínculo entre este tipo de programa de cuidado infantil y el mejoramiento de las estrategias de diversificación de ingresos de los pobres. Aunque en los entornos urbanos dicho programa por sí solo puede producir un resultado positivo en términos de mejorar las oportunidades de ingresos, en los entornos rurales la necesidad de combinarlo con el mejoramiento de la educación de las madres es crítica. Esto es especialmente cierto en áreas tales como la sierra sur, en donde el analfabetismo de las mujeres continúa siendo alto.

El PdA de la CIPD también destaca la necesidad de un equilibrio entre las responsabilidades familiares de hombres y mujeres con el fin de eliminar parte de la división del trabajo por razón de género. En ese sentido, la literatura especializada muestra que, en la región de ALC, los logros educativos de las mujeres no han sido igualados por los cambios en la distribución de las actividades del hogar (CEPAL, 2005 a). Las mujeres por lo general dedican mucho tiempo a estos deberes, y terminan teniendo demasiadas responsabilidades, lo cual debilita su posición en el mercado laboral. Por lo tanto, en la región de ALC, las políticas con un enfoque de género para conciliar los roles productivos y reproductivos, tal como lo propone la CIPD, se convierten en un asunto de gran importancia. Los países deben apoyar sistemas, tales como guarderías y licencias parentales y de maternidad, que hacen que la discriminación salarial contra las mujeres sea más fácil de superar. Los servicios de guarderías también tienen un impacto en la participación política de las mujeres.

> *"No obstante, no existe un solo país que provea la inversión en servicios de cuidado que se requiere para satisfacer plenamente las necesidades de las mujeres y sus hijos. Compensar esta deficiencia es esencial para el logro del Objetivo 3." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 11)*

> *"Ya sea que las mujeres trabajen por necesidad o por elección, el enfoque debería centrarse en darles empleos dignos, de modo que, a largo plazo, puedan trabajar para salir de la pobreza junto con sus familias. Al mismo tiempo, las instalaciones de*

cuidado infantil son una condición previa y necesaria para que las mujeres puedan ir a trabajar y usar su potencial productivo efectivamente." (OIT, 2004 a: 16)

El MDGR mexicano (2005) hace énfasis en la necesidad de implementar políticas para la provisión de instalaciones de cuidado infantil. El programa *Mujeres Jefas de Familia*, por ejemplo, apoya a instalaciones diseñadas para niños de menos de 6 años de edad.

3.4. Migración e igualdad de género

En el año 2000, las mujeres representaban el 51% de todos los migrantes en el mundo desarrollado, y alrededor del 46% en los países en vías de desarrollo, un promedio en general del 49.6%, en contraste con el 46.6% registrado en 1960 (Naciones Unidas, 2005 d). En la región de ALC, en las décadas de 1970 y 1980, las mujeres migraron más que los hombres (Martine, Hakkert y Guzmán, 2001). Aunque se estima que el número de migrantes en general descendió durante la década de 1990, para el año 2000 el número de mujeres representaba un poco más de la mitad de los casi 6 millones de migrantes en la región (Zlotnik, 2005). De hecho, la región de ALC fue la primera en el mundo en vías de desarrollo en alcanzar una paridad virtual en la razón de hombres/mujeres migrantes, aunque existen algunas excepciones, como en Bolivia, Argentina, Colombia, Panamá, Perú y Venezuela. La razón de sexo promedio de los migrantes provenientes de la región de ALC en los EU muestra un predominio de los hombres, resultante de una mayoría masculina en los flujos provenientes de México y América Central. En contraste, las mujeres caribeñas han superado en número a los hombres en los flujos migratorios a América del Norte durante todas las décadas desde la de 1950, y están bien representadas en las categorías calificadas (Thomas-Hope, 2005). También predominan entre los migrantes de América del Sur, con la industria del turismo constituyendo un importante factor de atracción detrás de su migración (Martínez-Pizarro y Villa, 2005). La tendencia hacia la feminización también es sorprendentemente aparente entre los migrantes tanto de América Central como de América del Sur a España, con las mujeres representando casi el 70% de todos los migrantes provenientes del Brasil y la República Dominicana en el 2001 (Pellegrino, 2004). Similarmente, las mujeres predominan en la migración latinoamericana a Italia, en donde, en el 2000, el 70% o más de los migrantes provenientes de 13 de 30 países de origen fueron mujeres.

Otra característica pertinente es que muchas mujeres han estado migrando como jefas de familia, independientemente de los hombres. De nuevo, la relación entre la migración y la igualdad entre los géneros no tiene una sola dimensión. Por un lado, ciertas situaciones migratorias pueden exponer a las mujeres a adversidades físicas, psicológicas y financieras; por el otro, pueden conducir a un mayor nivel de autonomía y empoderamiento (Usher, 2005 b). En otras palabras, la migración puede lo mismo contribuir al Objetivo de la igualdad de género que ponerlo en peligro.

3.4.1. Migración y empoderamiento de la mujer

Las mujeres que migran a menudo terminan asumiendo el control de sus vidas y sus destinos, logrando traducir la migración en un empoderamiento de género. El papel de las

mujeres en lo que se refiere a facilitar el ingreso de su familia al nuevo país ayuda a establecer un rol de género renovado. Las mujeres adolescentes que migran de Nicaragua a Costa Rica, por ejemplo, a menudo son jugadoras claves en la fase de adaptación, integrándose al mercado laboral como empleadas domésticas y suministrando la primera fuente de ingresos para la familia recién llegada (Cranshaw y Morales, 1998). Pero los resultados no siempre son favorables. En una exposición del estado de la cuestión sobre el tema, Hugo (2000) encontró que la migración puede *incrementar el empoderamiento femenino* al descomponer el aislamiento y la reclusión que las mujeres enfrentan en las sociedades tradicionales, al debilitar la autoridad patriarcal o a través de la formación de nuevos grupos tales como sindicatos y hermandades de mujeres. Sin embargo, apuntaba que la migración también puede servir para *arraigar el status quo* o incluso *privarlas del empoderamiento*. La creciente práctica de la trata de mujeres migrantes es uno de esos ejemplos. El impacto de la migración no está restringido al migrante únicamente. Es importante evaluar la situación de las *mujeres dejadas detrás* por los miembros de la familia del sexo masculino. En conclusión, el autor argumenta que las políticas y los programas migratorios tienen el alcance para evitar la pérdida de empoderamiento entre las mujeres migrantes.

Las mujeres rurales que viven en familias rígidamente controladas por padres, hermanos, esposos e hijos pueden verse empoderadas por el simple hecho de alejarse de estos esquemas patriarcales. Estudiando la migración femenina de México a los EU, Hondagneu-Sotelo (1994) concluyó que las mujeres se benefician de la migración más que los hombres en términos de mejorar su situación. Las mujeres también pueden verse empoderadas como resultado de la migración de sus padres, esposos, o hermanos, ya que esto puede llevar a las mujeres que se han quedado detrás a posiciones de mayor autoridad, o, por lo menos, darles un mayor margen para ejercer su voluntad (Skeldon, 2005). Santillán y Ulfe (2006) estiman, por ejemplo, que alrededor del 64% de las remesas enviadas a El Salvador son recibidas por mujeres. Esto ha incidido en el perfil económico de las mujeres, que ahora están asumiendo un papel de mayor liderazgo en la economía del hogar (Montes, 1990). Ramírez, Domínguez y Morais (2005: 23) tienen lo siguiente que decir sobre el tema:

> *"(...) los roles económicos y sociales que las mujeres adquieren a través del envío y/o la administración de las remesas pueden catalizar transformaciones en las relaciones entre los géneros, y, a su vez, estimular el cambio social, cultural, económico y político."*

En un estudio realizado en 60 áreas de la República Dominicana, Ortiz (1997) encontró que 21.8% de las 1,176 micro y pequeñas empresas encuestadas tenían propietarios cuyos hogares recibían remesas del extranjero. De estos, 46.8% estaban jefaturados por mujeres. El porcentaje que recibía remesas era más alto (26.0%) entre estos últimos que entre las empresas dirigidas por hombres (18.7%). La mayoría de las mujeres (92.8%) usaban las remesas para la manutención de su familia, más que como inversión, mientras que el porcentaje de propietarios del sexo masculino que lo hacían era más reducido (71.3%).

Mora (2002) comparó los niveles de independencia y toma de decisiones de las mujeres. Las mujeres migrantes tienden a ser más independientes y a casarse después, lo cual contribuye significativamente a su autonomía y a una mayor igualdad entre los géneros.

Cuadro 3.5: Control social de las mujeres por el esposo/compañero

País		No	Sí
Perú, 2000	Nativas	76.2%	23.8%
	Migrantes	77.7%	22.8%
Nicaragua, 1998	Nativas	84.7%	15.3%
	Migrantes	94.1%	5.9%
Colombia, 2000	Nativas	68.2%	31.8%
	Migrantes	92.4%	17.6%

Fuente: Mora, 2002

En la medida en que la migración puede reducir la pobreza e inducir el desarrollo, seguramente mejorará las oportunidades de las mujeres, lo mismo que su independencia y su autonomía de los hombres. Una ruta clara hacia una mayor igualdad entre los géneros es el incremento en la proporción de las mujeres en situaciones de empleo pagado, lo cual las empodera económicamente y mejora su autoestima. Además, las habilidades de supervivencia y manejo de conflictos que desarrollan durante el proceso de migración son fuentes de mayores niveles de autodeterminación y autoestima. La emergencia de un nuevo rol de género para las mujeres representa un ejemplo para los niños, que serán criados con base en un conjunto de valores menos sexistas. Por lo tanto, podría esperarse un salto en términos del empoderamiento de género intergeneracional, ya que los niños y las niñas crecen siendo testigo de modelos de comportamiento femeninos. A este respecto, la OIT reporta:

> *"No es sólo el dinero ganado, sino también la mayor autoestima asociada con el empleo, la educación y el conocimiento, lo que puede hacer a las migrantes más poderosas en sus comunidades natales y de acogida." (Usher, 2005 b: XIX-5)*

Las mujeres que viven en el extranjero a menudo adquieren actitudes, opiniones y conocimientos que pueden conducir a una mejor salud de la familia en el país de origen. Un estudio del Banco Mundial atribuye una mejor salud infantil y menores tasas de mortalidad a la educación en salud que las migrantes reciben mientras viven en el extranjero. Se encontró que esto es cierto para las familias en Guatemala, México y Marruecos. Además, estos beneficios para la salud (incluyendo pesos más altos al nacer) tienen más probabilidades de presentarse cuando son las madres las que migran, en comparación con los padres (Hildebrandt y McKenzie, 2005). Cuando un hombre jefe de familia migra al extranjero, algunas mujeres adquieren un mayor poder de decisión en cuanto a la forma en la que se usan los fondos del hogar, aun cuando sigan dependiendo de las remesas (Pressar, 2005). En los EU, los esposos de las migrantes dominicanas tenían más probabilidades de ayudar con los quehaceres del hogar y pasar más tiempo en casa, en lugar de hacerlo con amigos (Sørensen, 2004). Pero el proceso ciertamente no está libre de ambigüedades, tal como se enfatiza en lo siguiente:

> *"Con frecuencia el varón temporalmente ausente sigue siendo reconocido como el jefe del hogar, aunque las mujeres asuman en lo cotidiano la responsabilidad de la manutención de la familia, el cuidado y la socialización de los hijos (Szasz, 1999). Cuando quienes emigran son las mujeres, parecen abrirse más oportunidades de*

participación y de redefinición de las relaciones con ellas mismas y con los demás. Sin embargo, se trata de procesos lentos y ambivalentes que bien pueden conducir al reforzamiento de los patrones más tradicionales de las relaciones de género (Ariza, 2000)." (Ariza y Oliveira, 2006: 22-23)

En el México rural, las mujeres tienden a quedarse en casa, al tiempo que sus esposos migran. Tal como lo muestra en el MDGR mexicano (2005), el gobierno ha implementado programas de empleo temporal para las mujeres, y también ha estado otorgando líneas de crédito para ayudarles en el mantenimiento de propiedades rurales y en actividades productivas, mientras sus cónyuges están trabajando en el extranjero. No obstante, es necesario enfatizar que los gobiernos también deberían alentar la reunificación de las familias de los migrantes admitidos legalmente, facilitando con ello la admisión de sus esposas y dándole la bienvenida a sus familias. Cuando son los hombres lo que se quedan en el lugar de origen, la migración de sus esposas puede representar una afrenta a las nociones tradicionales de la autoridad y la identidad masculinas.

La migración (la propia o la de miembros de la familia) también puede implicar costos significativos para las mujeres. Si bien la migración puede empoderar a las mujeres y mejorar su situación económica y social, la influencia de sus entornos sociales y culturales de origen permite la persistencia de patrones de desigualdad incluso cuando estas se encuentran en el extranjero (Pessar, 2005). En aquellas estructuras familiares en las que existe una alta dependencia de los hombres, la ausencia del jefe de familia puede perpetuar las desigualdades ya existentes, en lugar de permitir nuevas oportunidades de roles para las esposas. En este caso, las mujeres pueden tener que residir con los parientes del hombre, ser monitoreadas por ellos, y no tener control sobre las remesas del esposo. Mahler (2001) registra cómo es que la amenaza por parte de los esposos que viven en el extranjero de retener las remesas puede ser un poderoso mecanismo para controlar la conducta de las mujeres que dependen de estas remesas. Como resultado, la emigración puede en realidad reforzar las desigualdades y los roles convencionales. La falta de autonomía de las mujeres y su dependencia de las remesas de sus esposos hacen que persistan las desigualdades, pero también pueden estimular su propia emigración (Grasmuck y Pessar, 2001). El hecho de que las mujeres que se quedan detrás se vean obligadas a asumir roles anteriormente asignados a los hombres principalmente (Chaney y Lewis, 1980) también puede tener connotaciones negativas, ya que las cargas para las mujeres tienden a incrementarse con las nuevas responsabilidades.

Una característica importante de las sociedades de ALC es el trabajo doméstico. De hecho, la presencia de las migrantes en ocupaciones domésticas es una característica sobresaliente de la migración femenina de ALC en todos los tipos de flujos migratorios, ya sean internos (rurales a urbanos), regionales (peruanos, bolivianos y nicaragüenses a Chile, Argentina, y Costa Rica, respectivamente), a los EU (puertorriqueños, mexicanos), y a otras áreas (España y Europa Occidental) (Staab, 2004). El problema es que esta ocupación en gran medida no está regulada y las mujeres son objeto de violaciones de derechos persistentes en lo que respecta a salarios, el acceso a la seguridad social oficial o a seguros, y su dependencia del empleador. En contextos de migración internacional, por otro lado, las trabajadoras

domésticas dependientes pueden volverse incluso más vulnerables a consecuencia de la falta de conexión social y cultural con sus países de origen (Daeren, 2000).

Existe un debate en cuanto a si las mujeres migrantes tienden a enviar a casa una proporción mayor o menor de sus ingresos en la forma de remesas. De acuerdo con la OIM (2003), las mujeres migrantes son más propensas a transferir ingresos. Sin embargo, estudios sobre hombres y mujeres migrantes de México (Massey y Parrado, 1994; Taylor, 1987) no apoyan esta conclusión. Gammage et al. (1995) encontraron que entre los migrantes salvadoreños en el área de Washington, D.C., los hombres enviaban cantidades de remesas más altas (un promedio de US$ 231 por mes, contra US$ 155 en el caso de las mujeres), pero como los ingresos femeninos típicamente eran más bajos, el porcentaje era más alto en el caso de las mujeres (11% comparado con 9%). Independientemente de las cantidades enviadas, el tener la responsabilidad de decidir si se envían remesas, en qué cantidad y a quién enviarlas es, por sí mismo, un acto independiente que añade poder a la mujer migrante. Los roles sociales de la mujer en el hogar del país de origen tienen una gran influencia en estas decisiones. De acuerdo con Ramírez et al. (2005), cuando las mujeres de ALC migran para mantener a su familia, tienden a trabajar más y a soportar tareas más estresantes o arduas, lo mismo que a enviar más dinero y a condicionar sus mejoras personales a las necesidades económicas de la familia. Cuando realizan una migración autónoma, por otro lado, las mujeres tienden a enviar menos dinero a sus familiares y a invertir en mejoras personales. Cuando migran como dependientes de los esposos, la proporción de sus remesas tiende a ser menos pertinente, pero su contribución social y económica en la esfera privada tiende a ser bastante significativa.

3.4.2. Migración y violencia contra la mujer

Algunos de los resultados negativos de la migración femenina están relacionados con las privaciones, el prejuicio, el tráfico y la explotación sexual, todos ellos elementos de la pérdida de empoderamiento de la mujer. Estos temas no son inherentes al hecho de ser mujer, sino a una condición impuesta al genero en contextos sociales específicos y que, por lo tanto, necesita ser atacada por las autoridades, regulada por la legislación internacional y recibir la atención debida por parte de las agencias multilaterales. Desafortunadamente, la Convención de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares no es muy específica en lo que se refiere a las garantías y la protección de las mujeres migrantes (Asis, 2005).

Al llegar a un nuevo país, las mujeres tienen que hacerle frente a una mayor adversidad que los hombres. Como mujeres y como extranjeras, pueden enfrentar discriminación para ingresar al mercado laboral en el nuevo país. También son más vulnerables a la explotación sexual y a la trata de personas. De hecho, de entre 600,000–800,000 (US Department of State, 2005) y 1,225,000 (Belsar et al., 2005) personas que se estima existen a nivel mundial en condiciones de trabajo forzado como resultado de la trata de personas (flujos anuales), alrededor del 80% son mujeres y el 50% son niños (Theuermann, 2005).

> *"La trata de personas es un problema creciente. Alrededor de 800,000 personas son traficadas entre fronteras cada año, y 80 por ciento de ellas son mujeres y niñas, que son compradas y vendidas en todo el mundo, en su mayor parte con fines de sexo comercial. Esta cifra no incluye el sustancial número de mujeres y niñas que son traficadas al interior de su propio país." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 8)*

> *"Si bien la trata de personas ha sido definida más ampliamente, más allá del trabajo sexual, la mayoría de las personas traficadas continúan siendo traficadas con este fin, y la mayoría de las personas traficadas son mujeres y niños. Del lado de la oferta, la desigualdad entre los géneros puede predisponer a las mujeres y las niñas a ser traficadas, ya que se les valora menos." (Asis, 2005: 115)*

En estos entornos de desigualdad social, las mujeres migrantes no documentadas son triplemente vulnerables: por su condición de género, de migrantes y de indocumentadas (Caballero et al., 2002). No es poco común que las mujeres recurran a la prostitución como medio para sobrevivir en la nueva tierra, o incluso que hayan migrado originalmente con ese fin, ya sea reclutadas voluntariamente o traficadas por el negocio sexual. Ramírez Bautista (2000) muestra que el 75% de las mujeres en los burdeles de Frankfurt en 1995 provenían de ALC. De acuerdo con la Asociación Internacional contra el Racismo y la Explotación Sexual (AGISRA), los principales países emisores de trabajadoras sexuales fueron Colombia, Brasil y la República Dominicana. De acuerdo con la autora, la poca información acerca de sus servicios, la falta de conocimiento del idioma y las relaciones de poder desfavorables deben haber influido en el hecho de que entre noviembre de 1993 y enero de 1994 las mujeres de ALC representaran el 74% de los casos de ITS en los centros de salud de Frankfurt.

> *"[Las mujeres] a menudo se encuentran en sectores segregados por género y no regulados de la economía, incluyendo el trabajo doméstico, el entretenimiento y la industria sexual, sectores que a menudo no están protegidos por la legislación laboral local." (UNFPA, 2005 a: 6)*

En un contexto de violencia y de condiciones de trabajo precarias, las mujeres migrantes son más vulnerables a las ITS. Además, el acceso a los servicios de SSR es puesto en riesgo cuando la situación legal de los migrantes está pendiente.

Obviamente, una reducción en el número de mujeres traficadas evitaría una transgresión particular al empoderamiento de las mujeres, al que se hace mención en el ODM 3, pero un mecanismo en realidad más importante es aquel del empoderamiento de las mujeres, que contrarresta el riesgo de ser traficadas al hacerle frente a sus causas de origen, tales como la vulnerabilidad autoimpuesta y la sumisión a los intereses económicos familiares y del hombre (Theuermann, 2005). Theuermann sugiere que combatir la trata de mujeres exige un enfoque de derechos humanos, combinando tanto acciones represivas contra los criminales como estrategias de empoderamiento para las víctimas potenciales. Por lo tanto, es importante atacar el lado de la oferta de la trata de personas, empoderando a las mujeres y los niños de modo que puedan escapar de esas situaciones y

ofreciéndoles alternativas. Además, es necesario reducir la invisibilidad de la explotación, creando conciencia y castigando a los perpetradores.

Cuadro 3.6.A: Búsqueda de ayuda/apoyo en un centro de salud en casos de violencia

Country		No	Sí
Perú, 2000	Nativas	99.3%	0.7%
	Migrantes	100%	0.0%
Nicaragua, 1998	Nativas	94.6%	5.4%
	Migrantes	100%	0.0%
Colombia, 2000	Nativas	99.8%	0.2%
	Migrantes	100%	0.0%

Cuadro 3.6.B: Búsqueda de ayuda/apoyo con la policía

Country		No	Sí
Perú, 2000	Nativas	85.5%	14.5%
	Migrantes	88.4%	11.6%
Nicaragua, 1998	Nativas	83.4%	16.6%
	Migrantes	100%	0.0%
Colombia, 2000	Nativas	91.3%	9.7%
	Migrantes	95.7%	4.3%

Fuente: Mora, 2002 (ambos cuadros)

La dependencia de los empleadores plantea amenazas a la seguridad física de las migrantes, y el acoso no es poco común. El temor y la falta de conocimiento acerca del apoyo oficial disponible son comunes y, en muchas ocasiones, las víctimas no reportan el abuso y la violencia, lo cual plantea aún más obstáculos para su seguridad y su salud, tal como se muestra en los cuadros siguientes:

En suma, la migración continúa implicando más peligros para las mujeres que para los hombres. Las mujeres son más vulnerables a las privaciones, las penurias, la discriminación y el abuso físico, sexual y verbal, cuando se encuentran lejos del entorno de su hogar y son más susceptibles de caer presas de la trata de personas y la explotación. Las mujeres migrantes a menudo enfrentan una doble o triple discriminación en el mercado laboral, y su acceso a programas de empleo, sociales y de salud puede ser más limitado. Finalmente, las mujeres migrantes son especialmente vulnerables si su residencia legal depende de una relación con un ciudadano u otro migrante Martin, 2004). Pero la migración también tiene efectos benéficos en las relaciones de género y un gran potencial para promover la igualdad entre los géneros, incluso para las mujeres que se han quedado detrás, como resultado de la ausencia de sus esposos, padres o hermanos en el hogar. La migración para las mujeres puede ser un medio de generar ingresos y obtener autonomía, independencia, autoestima y nuevas actitudes y conductas. A pesar de los riesgos de la migración para las mujeres, los beneficios parecen exceder por mucho a los costos. Las comparaciones longitudinales entre hombres/mujeres y migrantes/no migrantes relacionadas con el mercado laboral y con programas sociales y de asistencia social constituyen claras indicaciones del potencial de la migración para promover la igualdad entre los géneros. Los indicadores del cambio

en el hogar asociado con la seguridad, la autonomía y el empoderamiento pueden ser más difíciles de capturar, pero estudios de caso cualitativos (por ejemplo, Hondagneu-Sotelo, 1994) apuntan en la misma dirección.

IDEAS PRINCIPALES SOBRE ODM 3:

Conclusiones generales

- El Programa de Acción de la CIPD es más amplio que la agenda de los ODM en sus propuestas para el logro de la igualdad de género. Ambas agendas comprometen las sociedades a desafíos tales como la equidad de género en la educación, la eliminación de disparidades de género en la fuerza de trabajo, igual control de los recursos e igual representación en la vida pública y social, pero el Programa de Acción de la CIPD levanta temas adicionales sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la erradicación de la violencia de género y la migración y tráfico de mujeres. La realización de la Agenda de El Cairo es fundamental para la promoción de la equidad de género. Sin embargo, para rendir cuentas de todas esas contribuciones, los indicadores de ODM propuestos para el Objetivo 3 son insuficientes.
- La Meta 4 tiene serias limitaciones en respecto a la región de ALC. Siendo restricta a la educación, no trata temas clave de la igualdad de género en la región. La región de ALC, a diferencia de otras regiones en desarrollo, no enfrenta mayores desigualdades de género en el acceso a la educación. De hecho, las tasas netas de matrícula por nivel sugieren que en la región de ALC, como un todo, ya se ha alcanzado esa Meta en todos los tres niveles de educación, y que la cobertura es más alta para niñas que para niños, especialmente en la educación secundaria y terciaria – con excepción de Bolivia, Guatemala, Haití, Perú y las Bahamas. Por eso, la Meta 4 no es la más adecuada para enfrentar las desigualdades, puesto que su restricción a la educación la hace en buena parte irrelevante como retrato de las disparidades de género que todavía existen en la región.
- Temas como la participación femenina en la fuerza de trabajo, acceso al crédito, la violencia contra la mujer y derechos sexuales y reproductivos son complementos muy necesarios para la Meta 4.

1. Derechos reproductivos

- El respeto por los derechos sexuales y reproductivos está subyacente no sólo al ODM 3, sino también a otros ODM.
- Cambios significativos de roles y relaciones de género son ampliamente relacionados con el control de hombres y mujeres sobre su vida sexual y reproductiva. Los servicios de SSR contribuyen en la dirección de la participación, tanto en la esfera pública como la privada, de forma a producir alteraciones de naturaleza, social, política y cultural.

- La necesidad de inversiones nacionales en servicios de SR, de forma a garantizar los poderes de toma de decisión de las mujeres, es cada vez más enfatizada en los Informes de ODM, por ejemplo, los Informes nacionales de Chile (2005) y México (2005).

2. Violencia basada en género

- La violencia basada en género impide la realización de la igualdad de género. Perjudica la salud de la mujer y puede tener profundos efectos en sus vidas sexuales y reproductivas, tales como síndromes de dolores crónicas, dolores musculares, complicaciones del embarazo, embarazos no deseados, aborto inseguro, infecciones sexualmente transmisibles (incluyendo VIH), problemas gastrointestinales y ginecológicos, dolores de cabeza, asma, problemas sicológicos, abuso de drogas y de alcohol. Las consecuencias traumáticas de la violencia pueden persistir por varios años y pueden tener serios efectos sicológicos a largo plazo.
- La mayoría de las mujeres que sufren agresión sicológica normalmente sufren múltiples actos de violencia a lo largo del tiempo, resultando en la intensificación y perpetuación de problemas físicos y de salud mental.
- La violencia doméstica tiene repercusiones significativas, tanto para el empoderamiento de la mujer como para el crecimiento social y económico en general de la región de ALC. En Nicaragua, por ejemplo, un estudio sobre el impacto socio-económico de la violencia contra la mujer concluyó que la violencia reduce el ingreso agregado en 1.6% del PNB.
- Informes nacionales de los ODM mencionan cada vez más la violencia basada en género como un tema de política bajo el título de los ODM 3, como el caso de Honduras (2003), Uruguay (2003), República Dominicana (2004), Perú (2004), Chile (2005), Colombia (2005) y México (2005).
- En las dos últimas décadas, 28 países de la región de ALC adoptaron legislaciones contra la violencia doméstica y reformaron leyes sobre la violación.

3. La relación entre el empoderamiento reproductivo y económico

- Investigaciones en Brasil indican diferencias de género en el tiempo para que un empleado sea promovido, a favor de los hombres.
- Sin el acceso a métodos contraceptivos modernos, las mujeres suelen tener más dificultad en mantenerse económicamente activas. Análisis de DHS sugieren que las mujeres bolivianas que usan contraceptivos modernos tienen mayor probabilidad a ocupar empleos remunerados, una relación que se mantiene aun después de controlar por otros factores. Eso indica la necesidad de invertir en los derechos sexuales y reproductivos de forma a garantizar el empoderamiento económico de las mujeres.
- A pesar de la existencia de un estereotipo social de que emplear mujeres significa un costo más alto para los empleadores, éste no corresponde a la realidad de los gastos y es basado en valores mucho más discriminatorios que análisis estadísticas -- como lo afirma un estudio sobre Argentina, Brasil, Chile y México.

- Las diferencias entre países en el impacto de los hijos en la oferta de trabajo femenino entre 13 países europeos pueden en un alto grado ser atribuidas a diferencias en los arreglos públicos de apoyo al empleo de madres. Que las políticas importan es evidenciado por el fuerte efecto significativo de la atención pública a la infancia, que explica un tercio de las diferencias observadas entre países. Los gobiernos pueden afectar la oferta de mano de obra femenino por medio de instituciones apoyadas públicamente, ofreciendo lugares de atención a la infancia para los hijos de madres que trabajan, o por el mercado, con subsidios de instalaciones privadas de atención a la infancia.
- En la región de ALC, se han realizado relativamente pocos estudios sobre las políticas sociales conciliatorias entre los roles económicos y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, los pocos estudios de caso que existen, en países como Guatemala o Perú, confirman que esas políticas tienen un potencial de mejorar el ingreso de las mujeres pobres, particularmente si ellas son las jefas del hogar.

4. Migración y equidad de género

- La región de ALC fue la primera del mundo en desarrollo a alcanzar virtual paridad entre las tasas de migración masculina/femenina, aunque existen excepciones en algunos países. Muchas mujeres han emigrado como jefes de sus hogares, independientemente de los hombres. Como la relación entre la migración y la equidad de género no es sencilla y directa, el proceso puede promover tanto el empoderamiento como el desempoderamiento de las mujeres.
- La migración reduce la pobreza e induce al desarrollo, además de mejorar las oportunidades y la autonomía de las mujeres. Alrededor del 64% de las remesas para El Salvador son recibidas por las mujeres, afectando así sus roles económicos. Las mujeres emigrantes suelen ser más independientes y se casan más tarde, lo cual contribuye a la equidad de género.
- Algunos de los resultados negativos de la migración femenina son relacionados con la privación, prejuicio, tráfico y explotación sexual, todos elementos del desempoderamiento de las mujeres. En su doble condición de mujeres y extranjeros, ellas pueden sufrir discriminación para entrar el mercado laboral en el nuevo país. Al mismo tiempo son más vulnerables a la explotación sexual y el tráfico humano. Combatir el tráfico de mujeres requiere un abordaje de derechos humanos, combinando tanto acciones represivas en contra los criminales como estrategias de empoderamiento de víctimas potenciales.

ODM 4:
Reducir la mortalidad infantil

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Son tres los indicadores principales que se han usado para monitorear la salud infantil y de niños bajo el ODM 4: la tasa de mortalidad entre menores de 5 años, la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la proporción de niños de un año inmunizados contra el sarampión. La TMI y la tasa de mortalidad entre menores de 5 años son ampliamente reconocidas como importantes indicadores del nivel de la salud y el desarrollo infantil en general:

> *"La tasa de mortalidad infantil (TMI), una medida de la supervivencia infantil, es considerada como uno de los indicadores más sólidos del bienestar de un país, ya que refleja las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que los niños (y otros en la sociedad) viven, incluyendo la atención a su salud." (Alderman y Behrman, 2004: vii)*

En los últimos años, la región de ALC ha logrado un avance considerable con respecto a la salud infantil y la región en su conjunto está bien encaminada para cumplir con esta Meta, a excepción de Haití y Paraguay. Si bien la región de ALC todavía se encuentra muy por detrás del promedio de 6 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos de los países industrializados, tiene la tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años más baja de cualquiera de las regiones en vías de desarrollo del mundo (UNICEF, 2005 a). A diferencia de otras regiones, ALC mantuvo un ritmo de avance constante durante la década de 1990, registrando una reducción anual promedio de 4% en el curso de la década, lo cual representa más del doble del promedio mundial (UNICEF, 2004 a). Entre 1990 y 2003, la tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años descendió de alrededor de 56 a 33 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. Brasil y México son países con grandes poblaciones infantiles que han logrado reducciones ligeramente por debajo de 4.3% y 3.8% por año, respectivamente. Varios países han alcanzado tasas cercanas o menores a 25 por cada 1,000. No obstante, existen países que todavía se encuentran por encima de 40 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, tales como Haití (123), Guyana (72), Bolivia (71), Guatemala (49), Honduras (42) y Nicaragua (41) (CEPAL, 2005 a). Así, los promedios regionales (ALC) ocultan grandes disparidades entre países:

> *"Los países latinoamericanos y caribeños han visto, en promedio, la mejoría más sustancial, si bien se están produciendo brechas alarmantes al interior de esos países. La situación de pobreza cada vez peor en algunas comunidades le está impidiendo a grandes grupos de niños en estos países acceder a atención y servicios de salud básicos. Al nivel de los servicios, el uso y el acceso limitados a servicios de salud, la deficiente*

calidad de la atención, y la falta de asistentes calificados durante el parto y el periodo postparto inmediato provocan la proporción más grande de muertes evitables." (Mukelabai, 2004: XVII-1)

La región de ALC alcanzo los objetivos relacionados con la cobertura de inmunización contra el sarampión, y su cobertura también es mejor que la de cualquier otra región, rebasando aquella de los países industrializados (UNICEF, 2005 a). La cobertura de inmunización rutinaria contra el sarampión se ha incrementado de 76% en 1990 a 93% en 2003, y la región tuvo la mayor tasa anual promedio de incremento en cobertura entre 1990 y 2003: 1.3 puntos porcentuales. A nivel mundial, la cobertura se ha incrementado lentamente hasta llegar a 75% en 2003, y se estima que alrededor del 4% de las muertes entre niños menores de 5 años se deben al sarampión (OMS, 2005 c). La CEPAL (2005 a) sugiere que la región tiene tanto la capacidad para lograr grandes avances en lo que respecta a la atención a la salud como la necesidad de sustentar políticas exitosas. Ecuador y el Perú son países con un alto desempeño que han logrado mejoras, desde 1990, con tasas anuales promedio de 3.0 y 2.4 puntos porcentuales, respectivamente (UNICEF, 2005 a). Dos terceras partes de los países de la región ya han alcanzado una cobertura contra el sarampión del 90%, y otros tres ¬-Guyana, Trinidad y Tobago, y Venezuela- probablemente lo alcanzarán para el 2010. Bolivia, la República Dominicana, Guatemala, Haití, Jamaica, Panamá y Surinam, por otro lado, todavía requieren inversiones importantes en la cobertura de inmunización contra el sarampión.

El PdA de la CIPD aborda los temas relacionados con la salud infantil en su capítulo dedicado a la salud y la morbimortalidad (Capítulo 8), y es muy enfático en lo concerniente a la necesidad de incluir servicios de salud infantil, la maternidad segura, programas de supervivencia infantil y servicios de planificación familiar en el marco de la atención primaria a la salud, particularmente para los grupos más vulnerables y desatendidos. Se presta una atención especial a la promoción de la lactancia materna como una estrategia para la supervivencia infantil.

Este capítulo examinará la contribución potencial de la población, la salud reproductiva y los procesos y políticas de género para el logro del ODM 4, y está orientado por la siguiente lista:

4.1. Atención a la salud vs. determinantes económicos de la mortalidad infantil y de la niñez
4.2. Patrones reproductivos y mortalidad infantil
4.2.1. El vínculo causal entre la alta fecundidad/los intervalos entre nacimientos cortos y la mortalidad infantil y de la niñez
4.2.2. El vínculo causal entre la fecundidad muy temprana o muy tardía y la mortalidad infantil y de la niñez
4.2.3. El vínculo entre el deseo de tener hijos y sus probabilidades de supervivencia
4.3. Otros efectos protectores de la vida de la SSR
4.4. Los roles de la mujer y la salud infantil
4.4.1. La educación de la mujer

4.4.2. Empleo femenino
4.4.3. Violencia contra la mujer
4.5. Migración y mortalidad infantil

Históricamente, han existido debates notables acerca de los determinantes de la salud de niños y lactantes. El texto presenta algunas de las principales posiciones y sus argumentos con el fin de ofrecer una breve visión de conjunto de estas controversias. Para algunos, fueron las transformaciones sociales y económicas, más que intervenciones de salud específicas, las principales fuerzas motrices detrás de la disminución histórica de la mortalidad. Otros consideran a la calidad del cuidado infantil y los servicios de salud pública como elementos primordiales en la determinación de la mortalidad de niños y lactantes. No obstante, algunas de las perspectivas actuales han incorporado enfoques multidisciplinarios y aplicado variables tanto sociales como biomédicas.

Se ha reconocido ampliamente que existe una estrecha asociación entre los patrones reproductivos y los resultados de salud para los niños y lactantes. En este capítulo se analizan los siguientes determinantes reproductivos: fecundidad, intervalos entre nacimientos, edad materna, y deseo de los nacimientos. Se presentan datos recientes y estudios de investigación de países en vías de desarrollo, lo mismo que algunas de las principales posiciones y argumentos adoptados por los MDGR nacionales. Los cambios en los patrones reproductivos, que dependen de la implementación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, pueden mejorar considerablemente la supervivencia y la salud infantiles.

El mayor acceso a servicios de SSR juega un papel clave en la reducción de la mortalidad durante la niñez. La atención antenatal adecuada, la asistencia durante el parto y la atención a la salud neonatal, incluyendo la lactancia materna, la nutrición, la rehidratación y la inmunización, son algunos de los determinantes más inmediatos de la salud de los niños y lactantes. Estudios que analizan datos de Bolivia, Brasil y Jamaica enfáticamente apoyan la necesidad de mejorar la atención antenatal y durante el parto en los países en vías de desarrollo.

Como son las mujeres a las que se les asignan las principales responsabilidades relacionadas con el cuidado de los hijos, algunas de sus habilidades parecen tener un impacto en los resultados de salud de los niños. La educación de la madre, por ejemplo, tiene una gran influencia en las iniciativas proactivas relacionadas con la prevención y el manejo de las enfermedades durante la niñez. El empleo de las madres también está asociado con la salud y la supervivencia de los niños. Otro aspecto importante investigado es hasta qué punto la violencia contra la mujer incide en el estado de salud de los lactantes y los niños.

Un último determinante examinado es la relación entre la migración y la mortalidad durante la niñez. Los hallazgos apuntan a la situación social y económica del hogar de los emigrantes como una de las variables más importantes que incide en las probabilidades de supervivencia de los niños y lactantes. Estudios de investigación también describen el papel jugado por las remesas y la vulnerabilidad de los niños en municipios en áreas de tránsito.

4.1. Atención a la salud vs. determinantes económicos de la mortalidad infantil y de la niñez

En uno de los debates clásicos en la demografía y la historia de la atención a la salud, McKeown (1976) argumentaba que los avances médicos sólo jugaban un papel menor en las reducciones de la mortalidad que tuvieron lugar en Inglaterra a partir del siglo XVIII. Así, las transformaciones sociales y económicas, más que intervenciones de salud específicas, habrían sido las principales fuerzas motrices detrás de la disminución histórica de la mortalidad en Inglaterra y, más generalmente, en Europa. Trabajo posterior ha reducido la pertinencia de esta tesis, primero, porque la disminución de la mortalidad durante el siglo XX, sin duda alguna, ha sido estimulada en gran medida por desarrollos específicos en el área de la salud y, segundo, porque incluso en los siglos XVIII y XIX se implementaron más medidas de salud que las reconocidas por McKeown. Preston (1996 a: 532), por ejemplo, está de acuerdo en que "tratamientos médicos terapéuticos específicos han jugado un papel menor en la reducción de la mortalidad en los países occidentales", pero considera que:

> *"Del resto de la tesis de McKeown, es relativamente poco lo que ha sobrevivido. El peso de la evidencia sugiere que las medidas de salud pública, tales como la vacunación contra la viruela y la purificación de la leche, jugaron un importante papel."*

Más recientemente, sin embargo, la tesis de que las transformaciones sociales y económicas, más que las intervenciones en el área de la salud, son las responsables de la actual disminución en la mortalidad de lactantes y niños, ha vuelto a surgir en el trabajo de economistas del Banco Mundial como Ravallion (1997), Dollar y Kraay (2002), y Filmer y Pritchett (1997). Estos últimos argumentan que prácticamente toda la variación en la mortalidad durante la niñez entre países es explicada por un conjunto de indicadores de desarrollo, incluyendo el PIB per cápita. También afirman que añadir el gasto de salud al modelo añade poco poder de explicación.

Hanmer, Lensink y White (2003) han rebatido esta posición, sometiendo a prueba la robustez de los determinantes de la mortalidad de lactantes y niños. Ellos estimaron más de 420,000 ecuaciones que muestran que, si bien el ingreso per cápita es un determinante robusto de la mortalidad de lactantes y niños, también lo son los indicadores de salud, educación y desigualdad entre los géneros. Así, se muestra que parte del gasto en salud, como es el caso de la inmunización, es una manera de salvar vidas eficaz en función del costo. Sus resultados son consistentes con el punto de vista de que una gran parte del gasto en salud en los países en vías de desarrollo puede estar mal orientado, o bien ser inefectivo, pero no apoyan la posición de que no debería asignarse un papel demasiado grande a las estrategias de salud pública en la búsqueda de mejoras en el bienestar humano. Desafortunadamente, su análisis incluye el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado como la única variable de SSR. Esta variable no es consistentemente significativa en las especificaciones del modelo. No se incluyeron otras variables de SSR, tales como la tasa de prevalencia anticonceptiva, la tasa global de fecundidad, la tasa de fecundidad adolescente o el porcentaje de embarazos no deseados, de modo que no es posible saber cual sería su efecto.

Alves y Belluzzo (2005), que usaron una regresión de panel para analizar tendencias y diferenciales en las tasas de mortalidad infantil en el Brasil a lo largo de un periodo de 40 años, encontraron que tanto el crecimiento per cápita como el incremento en los niveles de educación son determinantes importantes. Su conjunto de variables, sin embargo, es incluso más limitado que aquel usado por Hanmer, Lensink, y White y no incluye variables de salud reproductiva. White (2004) hace notar que, a medida que descienden las tasas de mortalidad, el grueso de la mortalidad entre niños menores de 5 años tiene que ver con muertes de lactantes, más que de niños, y que estas muertes son más sensibles a la provisión de salud que a las condiciones socioeconómicas en general. Los países o regiones con bajas tasas de atención antenatal, parto asistido, y lactancia materna pueden esperar retornos sustanciales del cambio en la conducta parental.

El bien conocido marco analítico de Mosley y Chen (1984) incorpora variables tanto sociales como biomédicas e integra métodos de investigación empleados por los científicos sociales y médicos para aclarar la comprensión de los muchos factores involucrados en la supervivencia de niños y lactantes. Ofrece un esquema que trata a los factores socioeconómicos (la productividad individual de los padres y las madres; el ingreso/la riqueza; el entorno ecológico; la economía política; el sistema de salud) como las variables independientes que deben actuar a través de cinco variables próximas para poder controlar sus efectos (factores maternos, tales como la edad, la paridad y el intervalo entre nacimientos; la contaminación ambiental; la deficiencia de nutrientes; lesiones; y la enfermedad personal). Este modelo hace que el análisis integrado de los determinantes biológicos y sociales de la mortalidad resulte factible, y sugiere que un enfoque multidisciplinario hacia el estudio de la supervivencia infantil podría ofrecer orientación para los diseñadores de políticas de salud en el mundo en vías de desarrollo.

El marco de UNICEF es frecuentemente usado en el análisis nutricional (UNICEF, 1990). A menudo se hace referencia a él como el enfoque triple A (Apreciación, Análisis y Acción) y ofrece una orientación conceptual para el estudio de las causas inmediatas, subyacentes y básicas de la desnutrición en los lactantes. Las causas inmediatas incluyen la ingesta dietética inadecuada y la enfermedad. Las causas subyacentes son identificadas como las condiciones resultantes necesarias para una nutrición adecuada, tales como el acceso adecuado a alimentos; el cuidado adecuado de niños y mujeres; y el acceso adecuado a servicios de salud preventivos y básicos, junto con un entorno saludable. Finalmente, se considera que las causas básicas son los procesos históricos en la sociedad relacionados con la disponibilidad y el control de los recursos humanos, económicos y organizacionales: las condiciones ecológicas/técnicas de la producción; las condiciones sociales de la producción; y los factores políticos e ideológicos, incluyendo hábitos, creencias, preferencias culturales y todas las ideas que legitiman las acciones sociales.

Charmarbagwala, Ranger, Waddington y White (2003) desarrollaron un meta-análisis, explorando la literatura existente sobre mortalidad y desnutrición. Su estudio indica que el ingreso es una variable central en los modelos de los determinantes de los resultados de nutrición y salud infantiles. Las condiciones socioeconómicas serían importantes

para la supervivencia infantil, mientras que aquella de los lactantes depende de factores relacionados con la atención médica y la reproducción, que pueden ser independientes del ingreso del hogar. Los autores también sugieren que existe limitada evidencia empírica de que el ingreso de la madre es más importante en la alimentación de los niños, pero hasta ahora no se ha realizado suficiente investigación para someter esta línea de argumentación a un meta–análisis. La disponibilidad de agua potable y saneamiento, por otro lado, estaría fuertemente asociada con los resultados de salud y nutrición infantiles, lo mismo que con el nacimiento en una instalación de salud, la atención antenatal, la inmunización y los patrones reproductivos. Finalmente, los hallazgos confirman que tanto las estrategias de crecimiento como aquellas para la reducción de la pobreza, y la expansión de los servicios de salud, deben ser balanceadas en las políticas de país.

4.2. Patrones reproductivos y mortalidad infantil

El PdA de la CIPD reconoce que los patrones reproductivos están estrechamente vinculados con la salud de los niños, tal como se expresa en el párrafo 8.14:

> *"La supervivencia del niño esta estrechamente vinculada al momento, el espaciamiento y numero de los nacimientos y a la salud reproductiva de las madres. La edad temprana o tardía, el alto número y la excesiva frecuencia de los embarazos son factores importantes que contribuyen a las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad de lactantes y de niños pequeños, en especial cuando los servicios de atención de salud son insuficientes."*

Para poder mejorar la salud y la supervivencia infantiles se requiere de atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El National Research Council (1989: 55) resume las interacciones de la manera siguiente:

> *"Investigación anterior sugiere que el riesgo de mortalidad y de una mala salud es más alto para los niños nacidos de madres con historias reproductivas particulares. Resultados de estudios bivariados por lo general muestran que las tasas de mortalidad de lactantes y niños son más altas para aquellos que son:*

- los primogénitos, nacidos de una madre joven, o una combinación;
- de un orden de nacimiento más alto, nacidos de una madre de mayor edad, o una combinación;
- nacidos en una familia con un número final de hijos nacidos grande;
- nacidos antes o después de un intervalo entre nacimientos corto."

En lo siguiente se abordarán estos factores de riesgo más sistemáticamente y con mayor detalle.

4.2.1. El vínculo causal entre la alta fecundidad/los intervalos cortos entre nacimientos y la mortalidad infantil y de la niñez

Un gran número de estudios provenientes de todo el mundo, particularmente usando datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) y las encuestas EDS, ha demostrado consistentemente que los niveles de mortalidad de lactantes y niños están relacionados con

nacimientos muy poco espaciados entre sí, con familias grandes y con órdenes de nacimiento altos (Hobcraft et al., 1985; Palloni y Millman, 1986; Pebley y Millman, 1986; Pebley y Stupp, 1987; Curtis et al., 1993; Palloni et al., 1994; Naciones Unidas, 1994 b).

> *"Cuando las mujeres pueden planear cuántos hijos tener, y cuándo tenerlos, el número de embarazos y nacimientos de 'alto riesgo' se reduce, y la supervivencia y la salud de niños y lactantes mejora." (Alan Guttmacher Institute, 1998 a: 1)*
>
> *"Las altas tasas de fecundidad reducen la atención de la salud de los niños." (UNFPA, 2002 a: 7)*

La mejor oportunidad y el mayor espaciamiento de los embarazos mejora los resultados de salud de los niños; evidencia proveniente de países en vías de desarrollo vincula la mayor supervivencia infantil con un menor tamaño de la familia y con embarazos más oportunos (Instituto Alan Guttmacher, 1998 a). Frecuentemente las mujeres con familias grandes han tenido muchos embarazos en una sucesión rápida, y el número de hijos tiene un impacto negativo en la atención que se le da a cada uno de ellos.

Desai (1995) examina la relación entre el tamaño de la familia y el bienestar de los miembros individuales de la familia, centrándose principalmente en el estado nutricional de los niños de entre seis y 36 meses, con base en datos recolectados en las EDS alrededor de 1986-90 en Bolivia, el Noreste del Brasil, Colombia, la República Dominicana, Guatemala, Trinidad y Tobago, Egipto, Marruecos, Sri Lanka, Tailandia, Burundi, Ghana, Mali, Senegal y Zimbabwe. El efecto del tamaño de la familia en la altura para la edad de los niños fue examinado usando una regresión multivariada, controlando la educación de la madre y su compañero, la residencia urbana, el estado civil de la madre y el tipo de vivienda. Los hallazgos indican que el número de hijos en la misma categoría de edad tiene un efecto negativo en el estado nutricional en 13 de los 15 países. La mayor competencia es planteada por los hijos cercanos en edad; el impacto de un hermano de más de cinco años de edad es mucho más débil, y la presencia de niños de 12 años de edad o más siempre parece tener un impacto positivo en el índice de crecimiento físico del niño. Sin embargo, la autora sugiere que en algunas sociedades, como es el caso de Mali y Senegal, el vínculo entre el número de hermanos y parientes y el bienestar individual es neutral o positivo. Las organizaciones sociales, como las redes de parentesco extendidas o la adopción de niños, pueden aliviar parte de la competencia por recursos generada por un número de hermanos grande; efectos similares están también relacionados con el subsidio gubernamental de algunos gastos relacionados con los niños.

Durante mucho tiempo se ha sabido que los bebés nacidos con menos de dos años entre sí tienen muchas más probabilidades de morir que aquellos nacidos después de intervalos más largos. Entre otros factores, esto ocurre porque las mujeres que tienen partos muy poco espaciados entre sí tienen mayores probabilidades de discontinuar la lactancia materna demasiado pronto, incrementando con ello el riesgo de mortalidad de los lactantes. Si todos los nacimientos que ocurren con una diferencia de menos de dos años entre sí pudieran espaciarse más ampliamente, podría prevenirse una de cada cuatro muertes de lactantes

en los países en vías de desarrollo (Instituto Alan Guttmacher, 1998 a). El Banco Mundial (1993) ha estimado que los programas de planificación familiar podrían evitar entre un 20 y un 40% de todas las muertes de lactantes al prevenir los nacimientos inoportunos y poco espaciados entre sí. Víctora y Barros (2001) sugieren, más conservadoramente, que reducir a la mitad la proporción de intervalos entre nacimientos de menos de 24 meses puede evitar el 9.5% de las muertes de lactantes en el Brasil.

En años recientes se ha cobrado una consciencia cada vez mayor de que incluso los intervalos entre nacimientos entre 24 y 36 meses están asociados con un riesgo de mortalidad más alto (ver también sección 6.2. del capítulo sobre el ODM 1). DaVanzo et al. (2004), usando datos del área de Matlab en Bangladesh, han realizado un riguroso análisis multivariado, en el que controlaron una variedad de factores intervinientes. Su análisis indica que si todos los intervalos entre nacimientos fueran de 3 a 5 años, la mortalidad neonatal temprana descendería en 5.8%, la mortalidad neonatal tardía en 9.4%, la mortalidad post-neonatal en 7.6%, y la mortalidad en el grupo etario de de 1 a 4 años en 8.7%. En la región de ALC no existen datos detallados del tipo de aquellos recolectados en el proyecto de Matlab. Sin embargo, de 1985 a 2000, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en Montevideo, ha registrado los embarazos de más de dos millones de mujeres en Argentina, las Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, la República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Con base en estos datos, Conde-Agudelo (2002) analizó los embarazos de 456,889 mujeres cuyos registros contenían datos completos sobre intervalos entre nacimientos y resultados maternos adversos, lo mismo que otros factores condicionantes (edad materna, número de partos anteriores, historial de abortos, muerte fetal y muerte neonatal temprana, parto por cesárea anterior, estado civil, educación, tabaquismo, índice de masa corporal antes del embarazo, trimestre en el que inició la atención prenatal, número de consultas de atención prenatal, área geográfica, tipo de hospital y año de parto). Usando estos controles, se encontró que la tasa de mortalidad neonatal era 102% más alta entre aquellos niños con intervalos entre nacimientos retrospectivos de 9 a 14 meses, 27% más alta entre aquellos niños con intervalos entre nacimientos de 15 a 20 meses, y 8% más alta entre aquellos niños con intervalos entre nacimientos de 21 a 26 meses, comparadas con la de aquellos niños nacidos entre 27 y 32 meses después del nacimiento anterior. El bajo peso al nacer mostró una conducta similar, con riesgos un 114%, 15% y 2%, más altos respectivamente.

Investigación más reciente ha producido resultados más dramáticos con respecto a la tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años. Después de descontar las variables que podían causar confusión, análisis multivariados de datos de las EDS de Bolivia, Guatemala y el Perú (lo mismo que de países fuera de la región de ALC) realizados por Rutstein (2005) sugieren que los hijos nacidos después de intervalos entre nacimientos de entre 24 y 29 meses siguen enfrentando riesgos de mortalidad entre niños menores de 5 años entre un 70 y un 90% más altos que aquellos entre niños nacidos después de intervalos de entre 36 y 41 meses. Si se pospusieran todos los nacimientos con intervalos entre nacimientos retrospectivos de menos de 36 meses, los resultados de este estudio sugieren que, después de

controlar un gran número de factores (sexo del niño, orden de nacimiento, multiplicidad de partos, edad de la madre al momento del parto, supervivencia del hijo anterior por fecha de concepción, prestador de atención prenatal, momento de la primera consulta de atención prenatal, número de vacunas de toxoide tetánico prenatales, asistente durante el parto, residencia urbana-rural, educación de la madre, e índice de riqueza del hogar), la tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años habría descendido 37.7% en Bolivia (1994), 36.3% en Guatemala (1995), y 42.6% en el Perú (1996).

Pinto (1995) analizó los patrones reproductivos y la mortalidad durante la niñez en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, con base en datos de la "Encuesta de Actividad Económica de la Mujer y Reproducción Humana", realizada en 1986 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) de Bolivia. El estudio aplicó técnicas estadísticas multivariadas para el análisis histórico de eventos con el fin de estimar los efectos simultáneos de variables del patrón reproductivo, al igual que la educación y otros controles, en la supervivencia infantil. Desafortunadamente, no controló el ingreso del hogar per cápita. De manera consistente con investigaciones anteriores, encontró que el orden de nacimiento cada vez mayor, los intervalos entre nacimientos cortos precedentes y las cortas duraciones de la lactancia materna incrementan el riesgo de muerte durante los primeros dos años de vida, y también sugirió que los efectos adversos del espaciamiento entre nacimientos corto están causalmente relacionados con el agotamiento materno, la competencia entre hermanos y el riesgo de infecciones cruzadas (Pinto, 1995). El riesgo de muerte se incrementó en un 75% en los niños con órdenes de nacimiento de más de 3 y en un 89% en los niños con menos de 24 meses de espaciamiento en relación al hermano anterior. El riesgo también se reducía con la edad de la madre y, particularmente, con la duración de la lactancia materna. Forste (1994) también sugiere un resultado similar para Bolivia, con base en datos de la EDS. Los intervalos entre nacimientos cortos (de menos de 18 meses) duplicaban las probabilidades relativas de morir durante los primeros dos años de vida, en comparación con un intervalo entre nacimientos largo (de más de 30 meses).

Curtis, Diamond y McDonald (1993) usaron modelos logísticos de efectos aleatorios[1] para analizar los efectos del intervalo entre nacimientos precedente en la mortalidad post neonatal en el Brasil, usando datos de la EDS 1986 y controlando la correlación de los resultados de supervivencia entre hermanos. El estudio introduce un modelo estadístico alternativo que incorpora la correlación familiar. Los resultados confirman que los efectos del intervalo entre nacimientos son altamente significativos en el Brasil, particularmente en el Noreste, la región menos desarrollada del país. Las posibilidades de muerte post neonatal para un niño después de un intervalo de menos de 12 meses son 5.5 veces aquellas que el niño habría experimentado si hubiera nacido después de un intervalo de por lo menos dos años. No obstante, se observa una cantidad considerable de variación entre familias en la

[1] La regresión logística es un tipo de regresión que relaciona la probabilidad de experimentar un cierto evento con un conjunto de variables explicativas. Es diferente de la regresión convencional en el sentido de que la variable a ser explicada es una probabilidad y, por lo tanto, está limitada al intervalo de 0 a 1.

probabilidad de muerte en el caso de niños con características idénticas, incluso después de controlar las características socioeconómicas.

Más del 20% de las muertes entre niños menores de 5 años ocurren durante la primera semana de vida, la mayoría a consecuencia de la desnutrición de la madre y el feto, una situación que conduce a bajos pesos al nacer, que pueden estar relacionados con intervalos entre nacimientos cortos. Los niños con bajo peso al nacer que sobreviven tienen más probabilidades de necesitar atención neonatal adicional, padecer enfermedades subsecuentes (los lactantes pueden experimentar cambios permanentes en el metabolismo y la estructura corporal, y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes e hipertensión más adelante en la vida), y padecer daños cognitivos y neurológicos durante la niñez y la adultez. Así, además de contribuir a una mortalidad excesiva, el bajo peso al nacer está asociado con una menor productividad en un rango de actividades educativas y económicas, y otras (Alderman y Behrman, 2004). Con base en la EDS 1996 del Brasil, Víctora y Barros (2001) sugieren que mejorar el peso al nacer podría conducir a una reducción del 8% en la mortalidad infantil.

Tal como lo observaron Curtis et al. (1993), el uso de planificación familiar podría actuar para reducir no sólo la fecundidad, sino también la mortalidad infantil, al reducir la incidencia de los intervalos entre nacimientos cortos. El Capítulo 8 de la CIPD sugiere que las intervenciones para reducir el bajo peso al nacer deberían incluir la promoción de intervalos entre nacimientos más largos y la promoción de la nutrición materna. El Instituto Alan Guttmacher (2002) incluso sugiere que el efecto general de la planificación familiar puede ser altamente significativo en la explicación de los diferenciales de mortalidad durante la niñez entre países. Con base en un análisis de datos de EDS de 49 países, su estudio concluye que, en los países en donde menos del 10% de las mujeres usan métodos anticonceptivos, la tasa de mortalidad infantil promedio es de 100 por cada 1,000 nacidos vivos, en comparación con 79 en los países en los que el porcentaje está en el rango del 10-29%, y 52 en aquellos países en los que es de más del 30%. La mayoría de esta diferencia, sin embargo, puede ser explicada por la variación regional (el África subsahariana, Asia, el Medio Oriente y el Norte de África, América Latina) y el ingreso per cápita.

4.2.2. El vínculo causal entre la fecundidad muy temprana o muy tardía y la mortalidad infantil y de la niñez

La mortalidad durante la niñez se incrementa, en una medida importante, con los nacimientos entre madres muy jóvenes o de edad muy avanzada. Varios estudios de una variedad de países, que relacionan la edad materna con diversos aspectos del embarazo y el desarrollo infantil, sugieren que la edad materna es una variable central que influye en el resultado del embarazo (Nortman, 1974; Petridou et al., 1996; Reynolds, Wong y Tucker, 2006).

Aproximadamente una tercera parte de todas las mujeres de 20 a 24 años de edad en 10 de 11 países latinoamericanos, y la mitad en Guatemala, tienen su primer hijo antes de su vigésimo cumpleaños (Instituto Alan Guttmacher, 1994). Aproximadamente una de cada

cinco mujeres jóvenes de menos de 18 años de edad en México y Bolivia han dado a luz. Las mujeres rurales con un menor nivel educativo tienen más probabilidades de dar a luz como adolescentes. La Fuerza de Tarea sobre Educación e Igualdad entre los Géneros del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas recomienda el indicador de la tasa de fecundidad adolescente como una forma de centrarse en el acceso a servicios de salud reproductiva, y como una forma de ayudar a monitorear el avance hacia el logro de mejores tasas de salud infantil. Actualmente es esto lo que se está haciendo como parte de la introducción de la nueva Meta de Salud Reproductiva bajo el ODM 5 (ver sección 5.5.). Si bien a nivel regional ha existido una disminución en la tasa de fecundidad adolescente de 87 a 76 por cada 1,000, entre 1990 y 2000, se ha incrementado en algunos países, particularmente en las áreas urbanas. En la Colombia urbana se ha incrementado de manera uniforme de 59 por cada 1,000, en la EDS de 1986, a 79 por cada 1,000 en la EDS más reciente de 2005. En la República Dominicana se incrementó de 88 por cada 1,000 en 1991 a 116 por cada 1,000 en 2002, y de 71 a 104 en las áreas urbanas. En otros países, como Chile, la fecundidad adolescente se incrementó durante la década de 1990, pero ha disminuido desde entonces.

Los niños nacidos de madres muy jóvenes tienen más probabilidades de ser prematuros, tener un bajo peso al nacer y padecer complicaciones al momento del parto, particularmente si la mujer tiene menos de 15 años. Adicionalmente, muchas adolescentes no saben cómo obtener, o no pueden pagar, una buena atención prenatal y durante el parto. De la misma forma, los nacimientos entre adolescentes tienen probabilidades de ser primeros nacimientos, que siempre conllevan un riesgo más alto que los nacimientos subsecuentes (Instituto Alan Guttmacher, 1998 b). Sin embargo, evidencia de varios estudios sugiere que la asociación entre mayores riesgos de mortalidad durante la niñez y la edad materna joven persiste incluso cuando el orden de nacimiento y el estatus socioeconómico se mantienen constantes.

La fecundidad adolescente está relacionada con la mortalidad durante la niñez, en parte porque los cuerpos de las madres adolescentes jóvenes (de menos de 16 o 17 años de edad) a menudo todavía no han madurado por completo: una adolescente embarazada que todavía está creciendo puede estar compitiendo por nutrientes con el feto (Reichman y Pagnini, 1997). Además, la probabilidad de que las adolescentes tengan malos hábitos nutricionales es mucho mayor (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 9). Govindasamy et al. (1993) también enfatizan que las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de proveer un cuidado adecuado para sus lactantes y niños, ya que a menudo carecen de la madurez, la educación y los recursos para hacerlo. Las adolescentes a menudo tienen poca información acerca de la sexualidad y la reproducción y poco acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Tal como lo sugiere el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2006: 2), el uso de dispositivos anticonceptivos entre las adolescentes ha estado incrementándose, pero datos de 94 encuestas nacionales, obtenidos durante la década pasada, demuestran que en estos países la necesidad no satisfecha de las adolescentes es de más del doble de aquella de la población en general.

> *"Las adolescentes jóvenes casadas y no casadas se encuentran entre los grupos más desatendidos, a pesar de que sus necesidades pueden ser las más apremiantes. Muchos*

prestadores de servicios incluyendo doctores, enfermeras, parteras y asistentes de parto tradicionales- no reconocen la necesidad entre este grupo etario, particularmente entre las adolescentes no casadas, de asesoría, información y servicios de salud reproductiva. Los programas para adolescentes son pequeños, con una cobertura limitada. Es necesario expandirlos de modo que puedan ofrecer servicios completos a la población adolescente en su conjunto." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 63)

Reynolds, Wong y Tucker (2006) usaron un análisis de regresión logística de datos tomados de las EDS para 15 países en vías de desarrollo y examinaron el uso por parte de las adolescentes de servicios de atencional antenatal, atención durante el embarazo e inmunización infantil, en comparación con el uso de estos servicios por mujeres de una edad mayor. En América Latina, controlar la paridad permitió que emergieran las diferencias entre las adolescentes y las mujeres de una edad mayor. En la región, la proporción de mujeres adolescentes que son madres o están embarazadas actualmente es de alrededor del 13 25%. Las mujeres más jóvenes pueden tener menos probabilidades de usar ya sea atención antenatal o atención durante el embarazo, o de inmunizar a sus lactantes. De acuerdo con las autoras, la demora en la búsqueda de atención, en acudir a instalaciones de salud adecuadas y en recibir atención apropiada en instalaciones es una barrera bien conocida a la atención para todas las mujeres. Esto puede ser especialmente pronunciado en el caso de las mujeres jóvenes, que pueden tener poco conocimiento y experiencia en la búsqueda de atención. Por otro lado, las mujeres que se embarazan por primera vez –incluyendo a la mayoría de las adolescentes embarazadas- son más susceptibles que las mujeres con embarazos de un orden más alto de contraer infecciones parasitarias palúdicas, que están asociadas con anemia, aborto, muerte fetal, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer (ver sección 6.1. del capítulo sobre el ODM 6). Una hipótesis para explicar esas diferencias en edad, que necesita ser confirmada por análisis adicionales, es que el estatus y el poder de las mujeres son desproporcionadamente menores entre las adolescentes que entre las mujeres de mayor edad (Reynolds, Wong y Tucker, 2006).

La postergación del embarazo y sus efectos en la mortalidad entre niños menores de 5 años: resultados esperados en la región de ALC

La División de Población de las Naciones Unidas (1994) ha realizado un extenso análisis, con base en encuestas EDS de la década de 1980 y principios de la década de 1990, acerca de los beneficios potenciales a esperar como resultado de posponer los primeros nacimientos hasta que las mujeres lleguen a la edad de 18 años de edad o, alternativamente, los 20 años de edad. Los efectos en la mortalidad entre niños menores de 5 años para los hijos de todos los órdenes de nacimiento (sin controlar las variables intervinientes), que se muestran en las primeras dos columnas del Cuadro 4.1, son relativamente modestos, incrementándose por encima del nivel del 7.5% únicamente en Trinidad y Tobago y Guatemala. Los efectos en los primeros nacimientos son mucho mayores, excediendo el 20% en 5 de los 9 países de ALC investigados. La introducción de controles para diversas covarianzas reduce este porcentaje pero, tal como lo muestran las dos últimas columnas, los efectos en la mayoría de los países continúan siendo del orden del 10%.

Cuadro 4.1: Reducción esperada de la mortalidad entre niños menores de 5 años si todos los nacimientos o todos los primeros nacimientos *) ocurrieran en mujeres de más de 18 años de edad o más de 20 años de edad para países seleccionados de la región de ALC

	Todos los nacimientos (sin controles)		Primeros nacimientos		
			Sin controles	Con controles	
	Más de 18	Más de 20	Más de 20	Más de 18	Más de 20
Bolivia	1.2%	2.1%	13.8%	10.1%	14.4%
Brasil	4.9%	5.8%	22.5%	12.1%	10.4%
Colombia	4.7%	5.5%	22.5%	9.8%	5.9%
Ecuador	1.5%	2.4%	12.3%	6.8%	0.6%
Guatemala	7.0%	7.8%	18.7%	10.5%	9.2%
México	-0.3%	0.6%	32.4%	11.3%	21.3%
Perú	2.8%	3.7%	29.1%	12.8%	13.3%
República Dominicana	5.1%	5.9%	27.0%	13.4%	17.2%
Trinidad and Tobago	9.7%	10.5%	13.8%	1.7%	-3.9%

*) Los nacimientos están limitados a mujeres de menos de 35 años de edad.
Fuente: Cómputos basados en División de Población de las Naciones Unidas, 1994: Cuadros 2 y 40

En la mayoría de los países de la región, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que declaran que su último nacimiento fue deseado y oportuno es más alto que en otros grupos etarios (Guzmán et al., 2001: Cap. III), pero esto no es cierto en toda partes. El porcentaje de nacimientos deseados y oportunos entre las adolescentes es bajo en el Brasil y en el Caribe. El Instituto Alan Guttmacher (1996) observa que, en el Brasil, el 50% de los nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad no fueron planeados, mientras que Morris et al. (1995) informan que, en Jamaica, el 77% de los embarazos entre mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad habían sido inoportunos o no deseados. En años recientes ha existido una tendencia cada vez peor en varios países. En Colombia, el porcentaje de mujeres de menos de 20 años que declararon que su último embarazo había sido deseado y oportuno descendió de 58.6%, en la EDS 1995, a 41.9% en 2005. En el Perú, el porcentaje disminuyó de 49.0% en 1996 a 36.0% en 2004. En la República Dominicana, la reducción fue de 68.7% en 1996 a 54.0% en 2002.[2] Estas cifras son motivo de cierta inquietud y desconcierto, ya que es difícil creer que puedan ser atribuidas a una tendencia cada vez peor en el conocimiento y el acceso a servicios de SSR. Una posible explicación, que necesita ser explorada con mayor detalle, es que los cambios están asociados con modificaciones en la composición de las madres adolescentes por características socioeconómicas.

Una prioridad para los gobiernos debe ser eliminar las barreras legales, regulatorias y culturales a la información y los servicios de SSR para los adolescentes. Adicionalmente, también es importante diseñar y suministrar servicios de SR sensibles y confidenciales que respondan a las necesidades particulares de los jóvenes; les ayuden a tomar decisiones informadas acerca de la sexualidad y negociar el sexo seguro; y enfaticen la prevención del

[2] Existe una pequeña diferencia entre los criterios usados para computar estas cifras: en 1994 y 1995, la edad de la mujer es su edad actual, mientras que en 2002, 2004 y 2005, se refiere a la edad al momento del parto. Es poco probable, sin embargo, que esta sea la causa de las tendencias descendentes.

embarazo no deseado, el aborto seguro y las ITS (Safe Motherhood, 2002). Es necesario implementar políticas adicionales para la integración de los jóvenes, en particular las mujeres, al sistema educativo y la fuerza de trabajo. Neuhouser (1998) ejemplifica que, en el Noreste de Brasil, el contexto estructural de la pobreza extrema prácticamente no le ofrecía a las mujeres de la comunidad de Caranguejo identidades alternativas: "como estas oportunidades están cerradas para las mujeres, las aspiraciones se centran en la única identidad femenina aprobada: la maternidad". Estos esfuerzos también deben ser integrados a una perspectiva socioeconómica más amplia, tomando en cuenta factores tales como el entorno ecológico, el sistema de salud y la economía política, que juegan un papel decisivo en la promoción de la supervivencia infantil.

Los bebés nacidos de madres de más de 35 años, y especialmente de más de 40, también están en riesgo. Winter, Morris y Murphy (1993) muestran, por ejemplo, que existe una relación negativa entre la edad de la madre y la nutrición infantil. Sin embargo, es la fecundidad muy temprana la que ha recibido la mayor atención pública, y por lo general existe poca información disponible acerca de los problemas de la fecundidad muy tardía. No obstante, las mujeres de mayor edad enfrentan riesgos biológicos derivados de los resultados de nacimiento deficientes, tales como una mayor probabilidad de condiciones de salud como la hipertensión y la diabetes, lo mismo que una duración más corta del embarazo (Petridou et al., 1996; Reichman y Pagnini, 1997). Por otro lado, a menudo ya tienen varios hijos, y los bebés nacidos después de que la madre ya ha tenido un número de hijos tienen más probabilidades de morir durante la infancia que los bebés cuya madre sólo ha tenido uno o dos nacimientos anteriores (Instituto Alan Guttmacher, 1998 a). También tienen más probabilidades de experimentar muertes fetales o parir hijos con anormalidades congénitas que pueden no sobrevivir a la niñez (Fretts y Usher, 1997). Es bien sabido, por ejemplo, que el síndrome de Down está correlacionado con la edad, pero el patrón no es tan conclusivo para otras malformaciones congénitas (Nortman, 1974).

4.2.3. El vínculo entre el deseo de tener hijos y sus probabilidades de supervivencia

Más allá de los intervalos entre nacimientos cortos y las edades extremas, el nivel de fecundidad puede no ser de importancia crucial para la determinación de la mortalidad de lactantes y niños. Se ha planteado la hipótesis de que, más que el número total de hijos, es el deseo de los nacimientos lo que hace la diferencia en el estado de salud de los niños.

> *"Los hijos nacidos como resultado de embarazos no deseados tienen probabilidades de tener una salud más deficiente en comparación con los hijos nacidos como resultado de otros embarazos." (National Research Council, 1989: 55)*

Esta relación también se menciona en el Estado de la Población Mundial 2002: "Los hijos no deseados tienen más probabilidades de morir que los hijos deseados." (UNFPA, 2002 a: 7)

Jensen y Ahlburg (1999) emplearon datos de EDS para 11 países y un Estado hindú con el fin de evaluar los vínculos entre el deseo de los hijos menores de 5 años y un número

de resultados de salud infantil. Uno de los países en su muestra es el Perú (1996). Después de controlar un número de variables relacionadas con el entorno y un posible sesgo de selección, encontraron efectos importantes: por ejemplo, que los hijos no deseados tenían entre 10 y 50% más probabilidades de enfermarse que los hijos deseados, y que tener un hermano más disminuía la probabilidad de recibir tratamiento en una proporción de entre 2 y 8% del nivel de tratamiento promedio. En el caso del Perú, específicamente, los hijos deseados tenían entre 10 y 15% menos probabilidades de contraer infecciones respiratorias agudas o diarrea, y si los contraían, tenían un 5% más probabilidades de recibir tratamiento.[3] Los hijos deseados también recibían un número ligeramente mayor (2%) de vacunas. El número total de hijos no evidenció ningún impacto detectable en estas condiciones.

El estatus de la planificación de una concepción incide en la conducta prenatal parental en formas que pueden influir en el bienestar y la supervivencia del lactante. El instituto Alan Guttmacher (1998 a) sugiere que las mujeres que planean embarazarse y desean un hijo tienden a detectar que están embarazadas al poco tiempo después de la concepción, y que este conocimiento temprano tiene un impacto positivo en la atención prenatal. Adicionalmente, las mujeres con embarazos deseados pueden recibir más consideración, apoyo y cuidados de los miembros de la familia. Similarmente, Gage (1998), lo mismo que Joyce y Grossman (1990), también sugieren que las mujeres que no tenían planeado embarazarse esperaban más tiempo para obtener atención prenatal que las mujeres que lo deseaban, y también presentaban un menor uso de atención profesional durante el parto.

Un análisis basado en datos de EDS de Bolivia (1998), Egipto (1995), Kenia (1998), el Perú (1996) y las Filipinas (1998), indica que, si bien el estatus de intención de embarazo tiene poco efecto en la supervisión médica durante el parto, la vacunación infantil o el crecimiento adecuado, la intención sí parece incidir en las probabilidades de obtener atención prenatal adecuada. Los investigadores usaron una regresión logística para examinar si la intención al momento de la concepción era un determinante de la atención prenatal inadecuada (nula antes del sexto mes de gestación) o el parto fuera de una institución médica o sin supervisión profesional. Alrededor del 27-71% de las mujeres que tuvieron un nacimiento no deseado habían recibido atención prenatal inadecuada, en comparación con el 21-65% de aquellas con un nacimiento deseado (Marston y Cleland, 2003).

No obstante, existen brechas importantes en lo que se refiere al entorno de protección y apoyo ofrecido a los hijos. Los hijos no deseados pueden ser más vulnerables al descuido y la falta de atención, lo cual puede poner en peligro su desarrollo físico y mental y su supervivencia. Además, pueden estar expuestos a violencia, castigos corporales y abuso, careciendo de los derechos básicos al cuidado y el amor (UNICEF, 2004 b). Aun cuando los gobiernos han expresado frecuentemente su compromiso hacia los derechos infantiles en contra del descuido, todavía existe una fuerte renuencia a intervenir en la esfera privada de la familia. Como no se ha realizado mucha investigación sobre el tema, existe poca evidencia que apoye la idea de que los hijos no deseados pueden ser objeto de violencia sistemática.

[3] Este último efecto no alcanzó una significancia estadística.

4.3. Otros efectos protectores de la vida de la SSR

La Agenda de El Cairo afirma que todos los gobiernos deben extender los servicios integrados de salud infantil y atención a la salud reproductiva a la población en su conjunto, incluyendo aquellos de atención prenatal, asistencia durante el parto y atención neonatal que incluya la lactancia exclusiva, la provisión de suplementación con micronutrientes y la vacunación con toxoide tetánico, y asegurarse de que todos los niños vivan en un ambiente higiénico. El acceso más amplio a la SSR, independientemente de que altere o no los patrones reproductivos, sostiene otros tipos de relaciones con la reducción de la mortalidad durante la niñez.

> *"Las reducciones en la mortalidad durante la niñez requieren, entre otras cosas, de atención a la salud neonatal, incluyendo la nutrición y la inmunización, lo mismo que de la evitación del embarazo de alto riesgo y la atención al cuidado y el bienestar de las mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo post-parto." (UNFPA, 2004 a: XV-5)*

Un estudio realizado por Jones et al. (2003) se centró en las intervenciones que abordan los determinantes más inmediatos de la mortalidad durante la niñez, más que factores distales o básicos. El estudio encontró que la lactancia materna y la terapia de rehidratación oral por sí solas pueden prevenir alrededor del 13% y el 15% de todas las muertes de niños menores de 5 años, respectivamente. Adicionalmente, otras 6 intervenciones podrían evitar un porcentaje significativo de las muertes entre niños menores de 5 años: los materiales tratados con insecticida (7%); la alimentación complementaria (el suministro de alimento además de la leche materna) (6%), antibióticos para sepsis (6%); antibióticos para neumonía (6%); antipalúdicos (5%); y zinc para reducir las muertes por diarrea y neumonía (5%). La atención a la salud de la madre también es de suma importancia. En ausencia de atención pre y post-natal adecuada, los hijos nacidos de madres enfermizas y madres desnutridas por lo general tienen un bajo peso al nacer y padecen de enfermedades debilitantes, incluso más adelante en la vida (Myers, 1995).

Recibir atención antenatal puede reducir la mortalidad infantil y de niños: hallazgos de Bolivia, Brasil y Jamaica

La atención antenatal y la atención a la salud neonatal juegan un papel decisivo en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades maternas, lo mismo que en la consejería y la promoción de la vacunación. Una encuesta EDS boliviana analizada por Forste (1994) indica que la atención antenatal recibida de un médico o algún otro profesional de la atención a la salud reduce las probabilidades de muerte, incluyendo el periodo neonatal, en un factor de 1.2, en comparación con aquellas mujeres que no recibieron atención en absoluto. La autora sugiere que aquellos niños cuyas madres recibieron la inyección antitetánica durante el embarazo, por ejemplo, tenían 1.7 veces menos probabilidades de morir durante los primeros dos años de vida que los niños cuyas madres no la recibieron.

Víctora y Barros (2001) también afirman que el acceso a la SSR, especialmente la atención antenatal, puede reducir la mortalidad de lactantes y niños al permitir el diagnóstico

y el tratamiento de enfermedades maternas tales como la sífilis, la diabetes, la hipertensión, el VIH y otras infecciones, al mejorar la nutrición materna, vacunar a los lactantes contra el tétanos, proporcionar consejería de salud sobre el tabaquismo y el consumo de alcohol, promover la planificación familiar, y garantizar estrategias para reducir las tasas de mortalidad a consecuencia de malformaciones genéticas, tales como la ingesta de ácido fólico, el uso de suplementos vitamínicos y el tratamiento de la diabetes antes de la concepción. Los autores presentan un estudio -basado en datos de otras tres encuestas realizadas en el Brasil- en el que se sugiere que si los porcentajes de madres con menos de cinco consultas de atención antenatal pudieran reducirse a la mitad (de 31.9% a 16.0%), en teoría se evitarían el 16.2% de todas las muertes por causas perinatales en el país. No obstante, se requeriría de un gran esfuerzo para alcanzar este resultado, ya que el 13.2% de las madres brasileñas no asistían a ninguna sesión de atención antenatal (de acuerdo con la encuesta EDS de 1996). No obstante, estos hallazgos deben ser interpretados con precaución, ya que están basados en diferentes estudios y están sujetos a ciertas suposiciones. El estudio es muy enfático en lo que se refiere a la necesidad urgente de mejorar la calidad en la atención antenatal y durante el parto en los países en vías de desarrollo.

Finalmente, una investigación llevada a cabo en Jamaica (Allen, 2000) muestra una mortalidad infantil 50% más alta en el caso de aquellos niños cuya madre no había recibido ninguna suplementación a base de hierro durante el embarazo. Los niños nacidos de madres no anémicas tienen un mayor volumen sanguíneo, más glóbulos rojos y una mayor masa de hemoglobina circulante que aquellos nacidos de madres anémicas, aparte de tener menos probabilidades de volverse anémicos ellos mismos

La SSR mejora las habilidades de cuidado de los hijos en lo que se refiere a prácticas de higiene, alimentación del bebé y procreación. Los efectos de la lactancia materna en la salud de los lactantes y los niños han sido reportados ampliamente. Tal como lo sugiere Forste (1994), existen por lo menos tres razones principales para ello: tiene propiedades inmunológicas que suministran protección en contra de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, satisface todos los requerimientos nutricionales del lactante por lo menos durante los primeros seis meses de vida, y es estéril. Hill (2004) recomienda que las madres usen la lactancia exclusiva por espacio de 6 meses y continúen amamantando hasta que el niño tenga 12 meses de edad, pero con suplementación alimenticia.

> *"La lactancia materna protege a los bebés y los lactantes de enfermedades crónicas e infecciosas - incluyendo tanto enfermedades diarreicas como respiratorias agudas - y les ayuda a recuperarse de la enfermedad más rápidamente. La alimentación de demanda intensiva también provee protección en contra del embarazo inmediatamente después de un nacimiento al retrasar el retorno de la menstruación. La promoción de la lactancia exclusiva es una importante prioridad global para mejorar la salud de los lactantes. Una madre seropositiva puede reducir el riesgo de transmisión postnatal del VIH cuando amamanta a su hijo exclusivamente, en comparación con suministrarle alimentación mixta." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 10)*

El estudio anteriormente mencionado de Pinto (1995) sobre Bolivia identificó a la lactancia materna como el determinante más importante de la mortalidad de lactantes y durante la infancia temprana. Forste (1994), también con base en la encuesta EDS en Bolivia, indica que los lactantes a los que se les interrumpió la lactancia materna a consecuencia de una enfermedad tenían 4.7 veces más probabilidades de morir antes de su segundo cumpleaños que aquellos lactantes que continuaban con la lactancia materna. En el caso de los lactantes cuyas madres interrumpían la lactancia por otras razones, la posibilidad de que murieran sería 1.8% mayor que la de aquellos que continuaban lactando.

Un estudio de la OMS (Betran et al., 2001) ha estimado el efecto de la lactancia materna y la lactancia materna parcial en la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en la región de ALC. Se analizaron encuestas nacionalmente representativas recientes para 16 de 36 países en la región, y los resultados indican que aproximadamente el 55% de las muertes entre lactantes por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas podrían prevenirse por medio de la lactancia exclusiva entre los lactantes de 0 a 3 meses y a través de la lactancia parcial por el resto de su infancia. Entre los lactantes de 4 a 11 meses de edad, el 32% de esas muertes podrían prevenirse por medio de la lactancia materna parcial.

4.4. Los roles de la mujer y la salud infantil

En la región de ALC, las principales responsabilidades del cuidado de los hijos son asignadas a las mujeres. Aproximadamente el 30% de los niños nacidos en el Brasil no tienen un reconocimiento formal por parte de sus padres, de modo que ni siquiera llevan los nombres de estos en sus registros de nacimiento. Se estima que cada año alrededor de 800,000 niños se ven sujetos a esta situación en el país (Thurler, 2004). Tal como lo hacen notar Neuhouser (1998) y Thurler (2004), ser un padre responsable es una opción para los hombres, mientras que para las mujeres, la calificación de ser una madre "responsable" por lo general es redundante. Incluso en aquellos casos en los que los padres están comprometidos con la paternidad, los roles de género principalmente asignan las responsabilidades del hogar y la crianza de los hijos a las mujeres; así, el cuidado femenino tiene una influencia directa sobre la salud de los lactantes o los niños.

A menudo se afirma que aquellos niños cuyas madres mueren justo después de dar a luz tienen muchas más probabilidades de morir, pero la evidencia real en este sentido es notablemente escasa. Over et al. (1992) reportan datos de la Suecia del siglo XIX que muestran que la muerte de una madre reducía la probabilidades de que su hijo lactante sobreviviera a su primer año de vida de 0.97 a 0.50, y las probabilidades de vivir hasta los 5 años de edad de 0.94 a 0.02. Aunque menos dramáticos, estudios acerca de los efectos de las muertes adultas en el bienestar socioeconómico y de salud de las familias rurales en el área de Matlab en Bangladesh también sugieren que una muerte adulta está asociada con un riesgo de mortalidad durante la niñez significativamente más alto durante los 5 años siguientes, y que estos riesgos son más altos si era una mujer adulta la que moría y si el bebé era una niña y/o tenía menos de 5 años de edad al momento de la muerte adulta (Koenig et al.,

1988; Strong, 1992; Roy et al., 2000). Estas conclusiones también son confirmadas por un puñado de estudios en el África subsahariana, especialmente de áreas con una alta incidencia de HIV. En cierta medida, esto puede deberse a que las infecciones (VIH, malaria y anemia) o la mala salud pueden ser transmitidas de la madre al hijo durante el embarazo, y las complicaciones del embarazo pueden poner en peligro al lactante, al igual que a su madre, pero la evidencia disponible es demasiado escasa como para sacar conclusiones sólidas.

Hasta ahora, en la región de ALC sólo existe un estudio que ha abordado el tema con algo de detalle, a saber, el de Gertler et al. (2004) con base en datos mexicanos de PROGRESA, que ya fue mencionado bajo el ODM 2. Después de controlar el consumo per cápita antes del periodo del estudio, los autores concluyen que tanto la pérdida de un padre como de una madre incrementa significativamente el riesgo de mortalidad durante la niñez, pero durante el primer semestre después del evento, el efecto de la muerte materna es más fuerte (un factor de 3.49) que aquel de una muerte paterna (1.54). Tal como sería de esperar, el efecto de una muerte paterna se vuelve un poco más importante con el tiempo y, en el tercer semestre, alcanza 2.68. El hecho de que el número de muertes paternas encontradas en este estudio fuera más de dos veces y medio más alta que el número de muertes maternas (121, en comparación con 45) implica que el número total de muertes infantiles atribuibles a la pérdida de un padre probablemente es mayor que el número que puede atribuirse a la pérdida de una madre.

Por otro lado, el estudio mexicano no consideró las muertes infantiles que se presentaron durante el proceso del nacimiento; si también se contaran estas muertes, que son de una naturaleza diferente, el factor de riesgo asociado con las muertes maternas obviamente se incrementaría. Desde el punto de vista de la reducción de la mortalidad infantil, sin embargo, también debería entenderse que las muertes entre niños menores de 5 años en la región de ALC son más de 40 veces más comunes que las muertes maternas durante el embarazo o el parto. Incluso si se asume que cada muerte materna da como resultado un riesgo de mortalidad 5 veces más alto, para un promedio de 2.5 de niños menores de 5 años que se quedan sin madre, el resultado de una reducción del 75% en la mortalidad materna durante el embarazo o el parto, tal como se busca bajo el ODM 5, disminuiría la tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años únicamente en un poco más de medio por ciento.

4.4.1. La educación de la mujer

Los efectos asociados con la educación de la madre probablemente tienen un impacto mucho mayor en la supervivencia infantil que aquellos resultantes de la orfandad materna. Tal como Caldwell (1979) lo sugirió inicialmente, la educación, en general, y la educación femenina, en particular, ejercen una gran influencia en la salud y la supervivencia de los niños en lo que respecta al embarazo, el parto, la inmunización y el manejo de las enfermedades de la niñez. Los hijos de madres educadas son menos vulnerables a la morbilidad y la mortalidad. Este autor encontró que las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de ser madres proactivas, tomando iniciativas en lo que respecta a proveer la mejor atención para sus hijos, y están dispuestas a ir contra las normas tradicionales en términos de acceder a instalaciones

de atención a la salud modernas para niños, incrementando su tasa de supervivencia. Mosley y Chen (1984) también están de acuerdo en que el nivel educativo de la madre incrementa sus habilidades en lo que se refiere a prácticas de atención a la salud relacionadas con el tratamiento de enfermedades, cuidados preventivos, higiene y nutrición, mejorando con ello las probabilidades de supervivencia infantil. Se ha mostrado que esta relación se mantiene incluso después de controlar un rango de indicadores de ingreso, clase social y acceso a servicios de salud (por ejemplo, Young, Edmonston y Andes, 1983; Ware, 1984; División de Población de las Naciones Unidas, 1985; Cleland y Van Ginneken, 1988; Govindasamy y Ramesh, 1997; Forste, 1994).

En su estudio del estado nutricional infantil en Bolivia, Frost, Forste y Haas (2005) sugieren que existen por lo menos cinco vías potenciales que vinculan a la educación materna con la salud infantil:

1. Un mejor estatus socioeconómico;
2. Conocimientos sobre salud;
3. Actitudes modernas hacia la atención a la salud;
4. La autonomía femenina; y
5. La conducta reproductiva.

En la región de ALC, algunos de estos vínculos han sido explorados por LeVine et al. (1994) y Castro Martín y Juárez (1995). La conclusión de Frost, Forste, y Haas es que el primer y el tercer efectos explican la mayor parte del impacto de la educación femenina, aunque existe una porción sustancial que no puede ser explicada por ninguna de las vías. Más recientemente, Rubalcava y Teruel (2004) usaron datos de la Encuesta de Vida Familiar mexicana, que contiene información sobre habilidades cognitivas, para separar los efectos de la escolaridad, la capacidad cognitiva y el entorno infantil usando puntuaciones de la altura para la edad de los niños (de 0 a 17 años) como el resultado de salud a largo plazo. Encontraron que la habilidad cognitiva materna es un factor importante en el mejoramiento de la salud infantil y que, a diferencia de la escolaridad, el impacto de esta característica parece ser relativamente independiente del entorno durante la niñez.

Usando datos entre países, Bajracharya (2003) encontró que el porcentaje de mujeres de más de 15 años de edad que saben leer y escribir mostró una significancia muy alta. El coeficiente de regresión para esta variable fue de -0.754. Esto puede interpretarse como el resultado de un incremento en la tasa de alfabetización entre las mujeres del 1%; si todo lo demás permaneciera constante, existiría una disminución correspondiente en la tasa de mortalidad infantil de 0.754 muertes por cada 1,000 nacidos vivos.

Una investigación realizada por Elo (1992) exploró la correlación positiva entre la educación formal y el uso de atención prenatal y asistencia durante el embarazo en el Perú. El resultado general es que la educación materna juega un papel crucial en la supervivencia de las madres y los niños, independientemente del entorno de la madre durante su niñez, su status socioeconómico y su acceso a servicios de atención a la salud. Otro estudio, realizado por Haidar, Oliveira y Nascimento (2001) estimó asociaciones entre el nivel de educación

materna y el marcador obstétrico para algunos factores de riesgo para la madre y el lactante en la ciudad de Guaratinguetá, Brasil, en 1998. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre un bajo nivel de educación materna y un bajo peso al nacer, 3 o más hijos nacidos vivos, una historia de muertes fetales y atención prenatal, incluyendo un máximo de 6 consultas. No se encontró ninguna asociación entre abortos y parto prematuro, tal como se describe en otros estudios, probablemente porque no existió suficiente información.

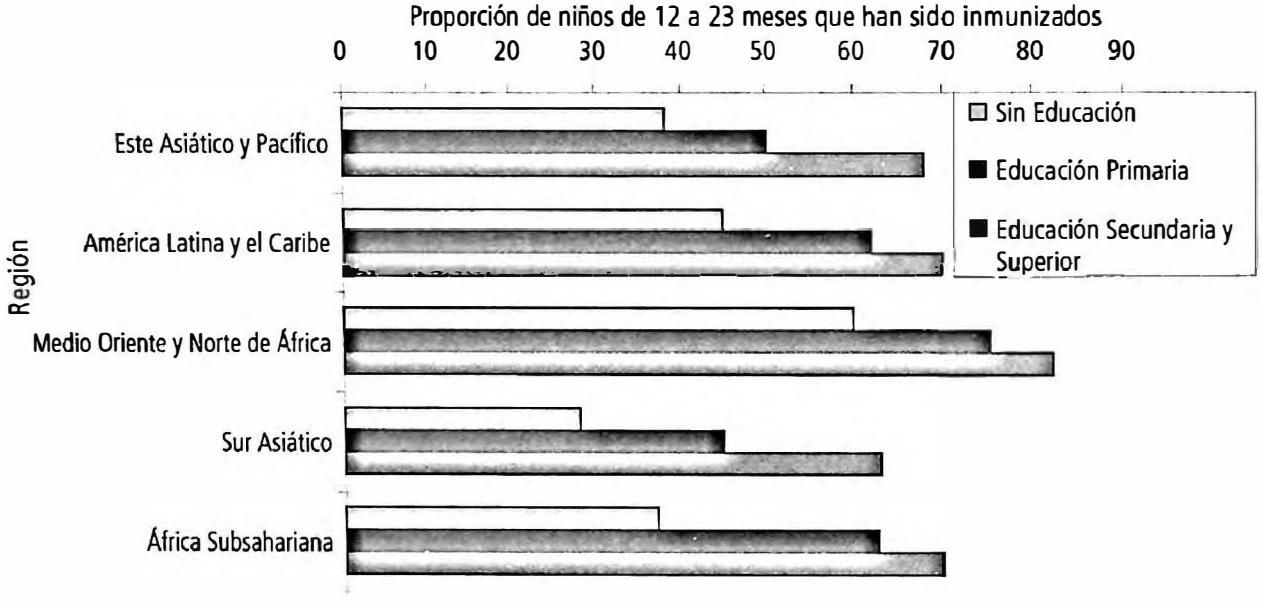
Otro estudio realizado por Kassouf y Senauer (1996) analizó los efectos de la educación parental en la desnutrición entre niños en edad preescolar (entre 2 y 5 años de edad) en el Brasil, con base en datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición brasileña de 1989. La educación parental tuvo tanto un impacto directo como efectos indirectos, vía salarios y el ingreso total, en la salud infantil, particularmente la educación de la madre. La educación primaria de por los menos 4 pero menos de 8 años produjo el único efecto directo significativo; no obstante, los niveles de educación más altos tuvieron un impacto aún mayor vía los efectos indirectos en los salarios y el ingreso total. Alrededor del 25% de los niños en edad preescolar cuyas madres tenían menos de 4 años de escolaridad padecían un retraso del crecimiento severo o moderado (impacto directo); el porcentaje descendería a un 15% si estas madres tuvieran una educación primaria de por lo menos 4 pero menos de 8 años, y a únicamente un 3% si estas madres tuvieran por lo menos 11 años de educación secundaria. Handa (1999) encontró efectos análogos de la educación materna en la nutrición infantil, medidos por la altura del niño, en Jamaica.

Similarmente, Thomas, Strauss y Henriques (1991), usando datos de la EDS brasileña de 1986, también concluyen que la educación parental tiene un impacto positivo significativo en la salud infantil en los sectores tanto urbanos como rurales del noreste del Brasil, particularmente cuando se le considera junto con la información sobre alfabetismo. De acuerdo con los autores, casi todo el impacto de la educación de la madre puede ser explicado por indicadores de su acceso a información: periódicos, la televisión y la radio. Esto sugiere que la disponibilidad y el procesamiento de la información juegan un papel crítico en la transmisión de los beneficios de la educación. En un artículo anterior (Thomas, Strauss y Henriques, 1990), con base en el análisis del Estudio Nacional de Gastos Familiares (ENDEF) de 1975, los mismos autores usaron las alturas parentales y el ingreso del hogar para controlar factores de entorno que pudieran causar confusión y concluyeron que, incluso con estos controles, la educación parental mantenía su importancia tanto para la supervivencia infantil como para la altura de los niños. Si bien los efectos de la educación de la madre fueron generalmente mayores que aquellos de la educación del padre, no fueron muy diferentes en el caso de la educación secundaria terminada o un nivel superior.

A pesar del peso de la evidencia, la interpretación de la relación no deja de tener sus críticos. Desai y Alva (1998), por ejemplo, analizaron datos de EDS para 22 países en vías de desarrollo y sugieren que, aun cuando la educación de la madre tiene un impacto estadísticamente significativo en la mortalidad infantil, la altura para la edad de los niños y el estado de inmunización de los niños, gran parte de esta relación puede vincularse a diferencias subyacentes en el estatus socioeconómico y el área de residencia.

Las inversiones en la educación de las mujeres son importantes para reducir la mortalidad de lactantes y niños y mejorar la salud infantil (Banco Mundial, 1993). La educación materna altera algunos patrones del cuidado infantil, conduciendo, por ejemplo, a la implementación de una conducta favorable y a mejorar el uso de servicios de salud modernos (Caldwell y Caldwell, 1993).

Gráfico 4.1: Tasas de inmunización infantil por educación de la madre para principales regiones (ponderadas por poblaciones de país)



Fuente: Banco Mundial, 2001

4.4.2. El empleo femenino

Existe alguna controversia en lo que respecta a la forma en la que la salud de los niños es afectada por el empleo de sus madres. En teoría, la relación puede ir en ambas direcciones, ya que el empleo de la madre significa menos tiempo pero más dinero disponible para la atención infantil. En una revisión de la literatura, que desafortunadamente es un poco antigua, Leslie (1988) abordó el tema de manera integral. Evidencia proveniente de todo el mundo sugirió pocos indicios de efectos negativos del empleo femenino en la duración de la lactancia materna y los patrones de alimentación de los lactantes. Lo que sí mostró es que puede existir un efecto en el estado nutricional del niño si las mujeres tienen un empleo digno. Existen dos aspectos críticos: el empleo digno y/o la presencia de cuidadores de niños alternativos en el hogar para reemplazar el tiempo de la madre mientras esta se encuentra trabajando.

Lamontagne, Engle y Zeitline (1998) investigaron la relación entre el empleo de las mujeres, las estrategias de cuidado infantil y el estado nutricional de los niños de 12 a 18 meses de edad. El estudio examina a 80 hogares nicaragüenses muestreados por medio de un diseño de bloque aleatorio en 10 comunidades urbanas de bajos ingresos. Un análisis de regresión múltiple mostró que los hijos de madres empleadas (56%) tenían una mejor situación en

términos de peso/altura que aquellos cuyas madres no estaban empleadas, con y sin controles para el estatus socioeconómico y la educación materna, el apoyo financiero paterno, el cuidado infantil adecuado, y el sexo y la edad del hijo. Aunque el tiempo de cuidado materno puede reducirse significativamente cuando las madres trabajan fuera de casa, al incluirse el tiempo de los cuidadores sustitutos en el tiempo de cuidado total no queda una diferencia significativa en el tiempo de cuidado infantil total. Los hijos con un cuidado infantil alterno inadecuado (el cuidado por un preadolescente o el cuidado en el lugar de trabajo) tenían una altura menor para su edad. Tal como lo argumentan los autores, los datos son consistentes con la hipótesis de que la contribución económica de las mujeres, particularmente cuando la economía está en crisis y existe poco apoyo paterno, puede hacer una diferencia crítica en el crecimiento de sus hijos. Resultados similares fueron obtenidos por Vial, Muchnik y Mardones (1989) en un estudio realizado en Santiago, Chile. Ellos encontraron un mayor incremento de peso en los lactantes de madres trabajadoras que en aquellos de madres no trabajadoras, y concluyeron que los efectos negativos de la terminación temprana de la lactancia materna eran superados por los ingresos más altos generados, que permitían un mayor gasto en alimentos y un mayor acceso a la atención a la salud. Engle (1993) encontró aproximadamente los mismos resultados en Guatemala, y Johnson y Rogers (1993) en la República Dominicana. Hobcraft (2000), en su revisión de las consecuencias del empoderamiento femenino para el bienestar infantil, también concluyó que las presuntas consecuencias negativas del empleo femenino para el desarrollo infantil no son ciertas. Encontró, sin embargo, que al parecer existen algunas consecuencias negativas para los niños derivadas de la ruptura de una relación de pareja y de la procreación fuera de la pareja.

Johnson y Rogers (1993) analizan datos de una encuesta nacional representativa de hogares de la República Dominicana relacionados con el consumo de alimentos, el ingreso y el gasto en 1986. De 1440 familias encuestadas, 706 tenían hijos de menos de 6 años de edad. En un estudio de seguimiento realizado de diciembre de 1986 a enero de 1987 se recolectaron indicadores antropométricos de altura y peso para todos los 1,251 niños de la muestra. Se concluyó que en los niveles de bajos ingresos, en donde existe un alto riesgo de tener una dieta inadecuada, los niños de hogares jefaturados por mujeres alcanzan un estado nutricional superior que aquellos de hogares jefaturados por hombres, a pesar de la menor disponibilidad de calorías equivalentes por adulto y la incidencia más alta de algunas enfermedades. Un análisis multivariado indicó que una posible explicación reside en la cantidad relativa de los ingresos del hogar para las mujeres. En los niveles de bajos ingresos, el porcentaje de ingresos generados por las mujeres fue un predictor significativo del estado nutricional de los niños (altura y peso por edad) aun cuando se controlara la educación de la madre y el ingreso total del hogar. Esto sugiere que cuando las mujeres controlan los recursos del hogar, los hijos en edad preescolar en el hogar se benefician.

4.4.3. Violencia contra la mujer

En un estudio realizado por Åsling-Monemi et al. (2003), en León, Nicaragua, se encontró que los hijos de aquellas mujeres que experimentan violencia física o sexual –ya

sea antes, durante o después del embarazo- tienen significativamente más probabilidades de morir antes de los 5 años de edad. Las probabilidades de perder un hijo, entre las mujeres que alguna vez habían experimentado abuso físico o sexual, eran entre 2 y 4 más altas que aquellas entre las mujeres que no habían experimentado abuso.[4] El tipo y la severidad de la violencia probablemente era más pertinente para el riesgo que el momento en que esta se presentaba, y la violencia puede provocar un impacto en la salud infantil a través del estrés materno o las conductas de suministro de cuidado, más que a través del trauma directo mismo.

El estudio también sugiere que las madres expuestas a estrés físico o emocional tienen más probabilidades que otras de tener bebés con un bajo peso al nacer, los cuales, a su vez, tienen un mayor riesgo de morir durante la niñez. También, la capacidad de las mujeres para criar a un hijo puede verse reducida por aspectos emocionales asociados con el abuso, como es el caso de la depresión, la ansiedad y el estrés post-traumático, e incluso pueden verse físicamente impedidas de obtener cuidado para sus hijos. Una mayor propensión hacia el bajo peso al nacer en hijos de madres abusadas también fue encontrada en un estudio mexicano realizado por Valdez-Santiago y Sanin-Aguirre (1996).

Otro estudio realizado por Kishor y Johnson (2004) analiza datos de EDS para examinar la prevalencia y los correlatos de la violencia doméstica y las consecuencias de la violencia doméstica para la salud de sus hijos, particularmente la relación entre la incidencia de la violencia y la inmunización infantil rutinaria. Se investigaron datos de nueve países -Camboya (2000), Colombia (2000), la República Dominicana (2002), Egipto (1995), Haití (2000), India (1998-1999), Nicaragua (1998), el Perú (2000) y Zambia (2001-2002)-, y la evidencia muestra que, en la mayoría de los países, los hijos de madres que han experimentado violencia están en desventaja en términos de su acceso a inmunizaciones rutinarias protectoras de la vida. Si se examina la probabilidad de recibir todas las vacunas requeridas, en seis de los nueve países los hijos de madres que han experimentado violencia tienen menos probabilidades de ser completamente inmunizados. La proporción de niños completamente vacunados de 12 a 35 meses entre madres que no han experimentado violencia, en comparación con los hijos de madres que han experimentado violencia, es más alta en una proporción de por lo menos 5-10% en Colombia, Egipto, Nicaragua, y el Perú, y 49% en la República Dominicana.

4.5. Migración y mortalidad infantil

La migración rural-urbana e internacional puede tener efectos benéficos o perjudiciales en la salud de los lactantes y los niños. Literatura reciente sobre las familias inmigrantes mexicanas apunta a una diversidad de resultados, tal como lo ilustran los estudios siguientes.

De acuerdo con Donato et al. (2003) el papel jugado por la migración en la mortalidad infantil está en su mayor parte condicionado por la situación social y económica del hogar

[4] Butchart y Villaveces (2003), sin embargo, hacen notar que el cuestionario del estudio no incluyó ítems en cuanto a si el nacimiento de un niño no fue planeado y si el niño había sido objeto de abuso. Ellos comentan que, en ausencia de esos controles, los hallazgos sobreestiman la verdadera asociación entre la violencia contra la mujer y el riesgo de muerte para sus hijos.

del emigrante. En su estudio reciente sobre el impacto de la migración en la salud de los mexicanos, en el que se evaluaron los hogares de los migrantes y los no migrantes, los autores demuestran que la mortalidad infantil en México padece la influencia de la migración, y que las regiones con las mayores reducciones de mortalidad infantil influidas por la migración eran las más vulnerables económicamente. Además, el estudio demuestra que la reducción depende de cuál sea el cónyuge que migre. Cuando es la madre la que migra, el riesgo de mortalidad infantil se incrementa, mientras que cuando ambos padres migran, el riesgo tiende a reducirse. Por último, los impactos de la migración en la salud están más relacionados con los mejores niveles de ingresos que con cualquier otro factor explicativo.

Kanaiaupuni y Donato (1999) aplicaron métodos de niveles múltiples a datos de 25 comunidades mexicanas ubicadas en la región central de México, y examinaron cómo es que los patrones migratorios de las comunidades inciden en los resultados de supervivencia infantil en las comunidades de origen. El estudio analiza datos del Proyecto de Migración Mexicana, que encuestó a las comunidades en los inviernos de 1987-1988 a 1992-1993. Tal como lo indican los hallazgos, en sus etapas iniciales la migración puede ser disruptiva para las comunidades y las familias; con el tiempo, sin embargo, facilita la supervivencia del hogar a medida que se convierte en parte de la vida de la comunidad y las instituciones locales. Dos factores disminuyen los efectos disruptivos de la migración: los migradólares (las remesas de los EEUU a las comunidades), y la institucionalización de la migración con el tiempo. Los riesgos de la mortalidad disminuyen cuando las remesas son altas, y el cambio puede estar relacionado con los avances tecnológicos y estructurales realizados gradualmente para facilitar el ingreso de los migradólares y su uso e inversión en infraestructura local. Los lactantes en comunidades con 20 años de exposición a tasas de intensidad migratorias por lo menos medianas tenían casi la mitad de probabilidades de morir. Las remesas anuales de por lo menos US$ 10,000 mejoraban la supervivencia de los lactantes.

Hildebrandt y McKenzie (2005) también investigan el impacto de la migración internacional en los resultados de salud de los niños en el México rural usando datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 1997. Se ha encontrado que los niños de hogares de migrantes tienen menores tasas de mortalidad infantil y pesos más altos al nacer. Se estima que los hijos nacidos en hogares con un miembro migrante tienen 3-4.5% menos probabilidades de morir en su primer año que los hijos nacidos en hogares sin un miembro migrante. El control de la infraestructura de salud a nivel estatal, las tasas históricas estatales de mortalidad infantil y el PIB per cápita a nivel estatal reduce el efecto estimado ligeramente a 3.7%. Se estima que nacer en un hogar con por lo menos un migrante incrementa el peso al nacer en 364 gramos, y 335 gramos una vez que se incluyen controles a nivel estatal. Adicionalmente, los niños en hogares de migrantes tienen significativamente más probabilidades de nacer en un parto atendido por un médico.[5] El estudio sugiere que la migración incrementa el nivel de conocimiento en materia de salud, además de su efecto

[5] Hanson y Woodruff (2003). al igual que Duryea et al. (2005), encontraron que los hijos de familias expulsoras de migrantes en México completaron entre 0.7 y 1.6 más años de educación que los hijos de familias sin migrantes en el extranjero.

directo en la riqueza. No obstante, la atención a la salud preventiva, como es el caso la lactancia materna y las vacunaciones, es menos probable para los niños en los hogares de migrantes.

Los efectos de la migración interna son investigados por Brockerhoff (1994), que analizó las mejores oportunidades de supervivencia en el caso de los niños de menos de 2 años de edad que migraron con sus madres de áreas rurales a urbanas a finales de la década de 1970 y la década de 1980. Los datos, que fueron agrupados por región, fueron obtenidos a partir de encuestas EDS realizadas en 17 países, entre 1986 y 1990, en el África subsahariana, el Norte de África, América Latina (Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y el Perú), y el Sureste de Asia. Los hijos migrantes de menos de 2 años experimentaron una disminución en mortalidad, de 110 muertes por cada 1,000 nacidos vivos antes de la migración, a 82 por cada 1,000 nacidos vivos después de la migración. Se encontró que la mayor supervivencia estaba relacionada con las condiciones en las áreas urbanas y también con la oportunidad relativa de los nacimientos y la migración. Los hijos nacidos durante el periodo de dos años que rodeó a la migración de sus madres tenían tasas de mortalidad considerablemente más altas, pero después de este periodo las ventajas de la migración para la supervivencia infantil se hacían gradualmente más evidentes.

Sin embargo, no toda la investigación ha encontrado efectos positivos. Bender, Rivera y Madona (1993) encontraron que los hijos de las mujeres de origen rural en Bolivia tenían más probabilidades de padecer desnutrición que aquellos de las mujeres urbanas nativas, una diferencia sólo parcialmente explicada por el nivel educativo más bajo de las primeras. Un estudio realizado por UNICEF sobre Ecuador, México y las Filipinas (Cortés, 2006) sugiere que aquellos hijos cuyos padres migraban pueden sufrir efectos psicológicos adversos. En otro estudio realizado por UNICEF (2005 b) sobre los niños y adolescentes en la región de la triple frontera -Argentina, Brasil y Paraguay- que involucró a 62 municipalidades de los tres países, se hace evidente la vulnerabilidad de los niños en esta área de tránsito. En las municipalidades en las áreas de tránsito de Paraguay y Argentina, las tasas de mortalidad infantil son más altas que sus promedios nacionales, mientras que en el Brasil, como resultado del intenso trabajo realizado por diversas ONG (especialmente Pastoral da Criança), la mortalidad infantil estuvo incluso por debajo del promedio nacional. También surgen diferencias entre los tres países al analizar otras causas de las tasas de mortalidad, incluyendo el SIDA. Estos son indicios de que las ventajas potenciales del proceso de integración y el Tratado del Mercosur todavía no son integrales para toda la población, y existe la necesidad de implementar políticas comunes.

La migración de personal de salud calificado de las áreas desatendidas a los países desarrollados es un problema significativo en varios sectores del sistema de salud. En la subregión del Caribe, que está particularmente afectada, a esto se le conoce como la "crisis de la enfermería" (ver también la sección 2.4. de este documento). Es probable que la mortalidad infantil sea el objetivo más sensible a la falta de personal de salud calificado. La orientación básica y la consejería acerca de la lactancia, la nutrición infantil, y el manejo de enfermedades son factores estrechamente vinculados con la disponibilidad de profesionales de la salud.

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 4:

Conclusiones generales

- En años recientes, la salud infantil en la región de ALC ha mejorado considerablemente y la región como un todo está en buen camino para realizar la Meta – excepto por Haití y Paraguay. Con una reducción promedio anual de 4% durante los años 90, la tasa de mortalidad de menores de 5 años cayó de 56 a 33 muertes por mil nacidos vivos entre 1990 y 2003. A pesar de estar todavía bastante por detrás del promedio de los países industrializados, de 6 niños muertos por cada mil nacidos vivos, ALC tiene la tasa de mortalidad de menores de 5 años más baja de todas las regiones del mundo en desarrollo.
- Hay una cierta variedad de marcos analíticos disponibles para sistematizar las maneras como factores socioeconómicos (productividad individual de madres y padres; ingreso/riqueza; ambiente ecológico; economía política; sistema de salud) e intervenciones específicas de salud interactúan para producir resultados en términos de la salud y mortalidad infantil y de niños. En el conocido esquema de Mosley y Chen, los determinantes primarios operan por medio de cinco variables próximas (factores maternos, tales como edad, paridez e intervalo de nacimiento; contaminación ambiental; deficiencia nutricional; lesiones y enfermedades personales). De forma similar, el abordaje de tres As de UNICEF – *Assessment, Analysis and Action* – clasifica las causas inmediatas, subyacentes y básicas de desnutrición en niños. Las causas inmediatas incluyen ingestión alimenticia inadecuada y enfermedades. Las causas subyacentes son acceso adecuado a alimentación, atención adecuada a niños y mujeres; y acceso adecuado a servicios preventivos y básicos de salud, juntamente con un ambiente sano. Las causas básicas son las condiciones ecológicas/tecnológicas de producción; condiciones sociales de la producción; factores políticos e ideológicos, incluyendo hábitos, creencias y preferencias culturales, y todas las ideas que legitiman acciones sociales.

1. Atención a la salud versus determinantes económicos de la mortalidad infantil y de niños

- Existe una divergencia en la literatura sobre los determinantes de la salud infantil y de niños: algunos autores defienden la influencia predominante de determinantes socio-económicos generales, mientras que otros dan mucho más peso a intervenciones específicas de salud.
- La tesis (basada en el trabajo histórico de McKeown) de que transformaciones sociales y económicas, y no necesariamente intervenciones en el área de la salud, son responsables por las reducciones de la mortalidad infantil y de niños tuvo mucha aceptación en los años 70. Resurgió en el final de los 90, cuando algunos autores defendieron que virtualmente toda la variación entre países en la mortalidad infantil podía ser explicada por un conjunto de indicadores de desarrollo (incluyendo el

PNB per capita) y que la introducción de la variable de gastos con la salud no contribuía con mucho poder explicativo.

- Este resultado es contestado por estudios que demuestran que las conclusiones dependen de las variables explicativas que el investigador decide incluir. Al ejecutar todas las regresiones posibles y observar cuáles generan resultados consistentemente significativos, estos estudios argumentan que, mientras que el ingreso per capita es un determinante robusto de la mortalidad infantil y de niños, también lo son los indicadores de salud, educación y desigualdad de género. Los resultados son consistentes con la noción de que buena parte de los gastos de salud en los países en desarrollo puede ser mal focalizado o ineficaz por otras razones, pero no apoyan la posición de que las estrategias de salud pública no deberían tener un papel protagónico en el logro del bienestar humano.

2. Patrones reproductivos y mortalidad infantil

- Es extensamente documentado por la literatura que los patrones reproductivos están fuertemente asociados a la salud infantil.
- Los niveles de mortalidad infantil y de niños están relacionados a nacimientos con intervalos cortos entre sí, familias numerosas y alto número de nacimientos. La mejor planificación en el tiempo y espaciamiento de los embarazos mejora los resultados de la salud infantil.
- Investigaciones más recientes han producido resultados dramáticos con respecto a la tasa de mortalidad de menores de 5 años. Un estudio con varios países indica que niños nacidos con intervalos de 24-29 meses todavía enfrentan riesgos de mortalidad hasta los 5 años que son 70-90% mayores que niños nacidos después de intervalos de 36-41 meses. La planificación familiar puede reducir la mortalidad infantil, por reducir la incidencia de intervalos cortos entre los nacimientos.
- Varios estudios de una variedad de países, relacionando la edad materna a varios aspectos del embarazo y desarrollo infantil, sugieren que la edad materna es una variable central que influencia el resultado del embarazo. La mortalidad infantil aumenta, de una forma importante, con nacimientos de madres muy jóvenes o muy viejas.
- En la región de ALC, existen altas tasas de fecundidad adolescente, así como necesidad no satisfecha de contracepción entre los adolescentes. No hay razones para esperar que las tasas de fecundidad adolescente caigan en el mismo grado que la fecundidad de otros grupos etarios.
- Los hijos de mujeres muy jóvenes son más propensos a ser prematuros, tener bajo peso al nacer y sufrir complicaciones al momento del parto – particularmente si la mujer tiene menos de 15 años. Esas relaciones son robustas con respecto a los controles de varios factores intervinientes tales como el ingreso y la educación. De acuerdo con estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, el aplazamiento de todos los nacimientos hasta que las mujeres tengan más de 20 años arrojaría, por si propio, una reducción de la mortalidad de menores de 5 años de hasta 21.3% en México y 17.2% en la República Dominicana.

- Bebés nacidos de mujeres de más de 35 años y especialmente 40 enfrentan riesgos. La fecundidad demasiado temprana, sin embargo, ha recibido gran parte de la atención pública, y poca información es normalmente disponible sobre los problemas de la fecundidad demasiado tardía. No obstante, mujeres de mayor edad enfrentan riesgos biológicos de resultados desfavorables de sus partos, tales como el aumento de la posibilidad de condiciones de salud como hipertensión y la diabetes, así como embarazos de corta duración. El problema se hace más complejo por el hecho de que en general esas mujeres ya tuvieron otros hijos. También son más propensas a tener hijos que nacen muertos o hijos con anormalidades congénitas. El síndrome de Down, por ejemplo, es conocida por estar relacionado a la edad.
- Si los nacimientos son deseados o no hace diferencia para el estado de salud del niño: niños no deseados son más propensos a tener una peor salud en comparación con niños nacidos de embarazos deseados. Algunos estudios indican que la deseabilidad parece afectar las posibilidades de obtener una atención prenatal adecuada. Otros análisis sugieren que el deseo por parte de la madre afecta la posibilidad de recibir tratamiento, de contraer infecciones respiratorias agudas, diarrea y recibir vacunaciones.

3. Otros efectos de la SSR que salvan vidas

- El acceso más amplio a la SSR, independientemente de si altera los patrones reproductivos, tiene otros tipos de relaciones con la reducción de la mortalidad infantil.
- La atención antenatal adecuada tiene un fuerte impacto en la salud infantil y de niños. Un estudio de Bolivia indica que la atención prenatal recibida de un médico u otro profesional de salud reduce la posibilidad de muerte, incluyendo en el período neonatal, por un factor de 1.2, comparado con los hijos de mujeres que no recibieron ninguna atención. Datos de Brasil sugieren que si los porcentajes de madres con menos de cinco visitas de atención prenatal pudiesen ser reducidos a la mitad, teóricamente se prevendría 16.2% de todas las muertes con causas perinatales en el país. Investigaciones de Jamaica demuestran que existe una sobremortalidad de 50% de niños de madres que no recibieron ningún suplemento de hierro durante el embarazo.
- La lactancia y la terapia de rehidratación oral, por sí solos, pueden prevenir un estimado 13% y 15% de todas las muertes de menores de 5 años, respectivamente. También 6 otras intervenciones pueden, cada una, prevenir un porcentaje significativo de muertes de menores de 5 años: materiales de tratamiento contra insectos (7%); alimentación complementaria (proveer alimentos además de la leche materna) (6%); antibióticos para la sepsis (6%); antibióticos para la neumonía (6%); anti-malaria (5%); y zinc para reducir las muertes por diarrea y neumonía (5%).
- Análisis basados en encuestas recientes y nacionalmente representativas para 16 de los 36 países de la región indican que alrededor de 55% de las muertes infantiles por diarrea e infecciones respiratorias agudas podrían ser prevenidas por amamantamiento

exclusivo para lactantes de 0-3 meses y amamantamiento parcial por el resto de la infancia. Entre niños de 4-11 meses, 32% de dichas muertes podrían ser prevenidas por amamantamiento parcial.

4. El rol de las mujeres en la salud infantil

- La idea de que la orfandad materna (pero no paterna) aumenta en mucho el riesgo de la muerte de niños tiene un fuerte apelo intuitivo, pero existen relativamente pocos datos para sustentarla. Los pocos estudios existentes son principalmente de Europa, Asia y África, especialmente de áreas con alta mortalidad por SIDA. En la región de ALC, un estudio, basado en datos de POGRESA de México, concluye, después de controlar los niveles de consumo familiar, que la pérdida de cualquiera de los padres aumenta significativamente el riesgo de mortalidad infantil. Durante el primer semestre, el efecto de la mortalidad materna es más fuerte (un factor 3.49) que la muerte paterna (1.54). Este último se hace más importante a lo largo del tiempo y llega a 2.68 en el tercer semestre. Pero, como la muerte de padres es más común que la muerte de madres, el número de defunciones de niños atribuible a la pérdida del padre es probablemente mayor.
- La educación de la madre tiene un impacto en la supervivencia de los niños y en el manejo de las enfermedades infantiles. Se ha demostrado que dicha relación se mantiene aun con el control de un conjunto de indicadores de ingreso, estatus social y acceso a servicios de salud. Existen por lo menos cinco caminos en potencial que asocian la educación materna a la salud infantil: 1. Mejor nivel socio-económico; 2. Conocimiento de salud; 3. Aptitudes modernas para la atención a la salud (por ejemplo, hay una correlación positiva entre la educación formal de la madre y su uso de atención prenatal y asistencia al parto); 4. Autonomía femenina; y 5. Comportamiento reproductivo. Consecuentemente, las inversiones en la educación de las mujeres son importantes para reducir la mortalidad infantil y de niños.
- Aun cuando existe controversia sobre la manera como la salud infantil es afectada por el empleo de las madres, investigaciones de Nicaragua, Chile y la República Dominicana indican que hijos de madres empleadas son más propensos a tener una mejor relación peso/altura que los niños cuyas madres no trabajan.
- Hijos de mujeres que pasan por experiencias de violencia física o sexual son más propensos a tener peores resultados de salud. La violencia tiene un impacto en la salud infantil con el estrés materno, la ansiedad, la depresión o el comportamiento de atención y cuidado. Se ha encontrado una mayor propensión al bajo peso en niños de madres víctimas de violencia, así como una disminución del acceso a inmunizaciones de rutina que salvan vidas.

5. Migración y mortalidad infantil

- La migración tiene un rol en la mortalidad infantil y de niños. El impacto de la migración en la mortalidad infantil depende más de la situación socio-económica

del hogar del emigrante. Un estudio de México demuestra que la reducción también depende de cuál de los cónyuges migra. Cuando la madre emigra, el riesgo de la mortalidad infantil aumento, mientras que cuando ambos padres emigran, el riesgo suele reducirse.

- Un estudio en el México rural indica que niños en hogares emigrantes tienen tasas más bajas de mortalidad infantil e intervalos entre nacimientos más largos. Ellos también son más propensos a ser asistidos en el parto por un médico. En las etapas iniciales, la migración puede ser disruptiva para las comunidades y familias; con el tiempo, sin embargo, facilita la supervivencia del hogar a partir de su integración a las instituciones locales y la vida comunitaria. Las remesas a las comunidades y la institucionalización de la migración a lo largo del tiempo disminuyen esos efectos. Los riesgos de mortalidad bajan cuando las remesas son altas y el cambio puede ser relacionado con avances tecnológicos o estructurales que se hicieron gradualmente para facilitar la entrada de los migradólares y su uso e inversión en la infraestructura local.
- En general, la migración interna también tiene un impacto positivo en la salud infantil, como confirmado por un estudio con datos de DHS de 17 países, sobre las posibilidades de supervivencia de los niños que emigraron con sus madres de áreas rurales para urbanas en el final de los años 70 y 80. Niños emigrantes con menos de 2 años pasaron de una mortalidad de 110 muertes por mil nacidos vivos para 82 por mil nacidos vivos después de la migración.
- Sin embargo, esas situaciones son excepcionales. En municipios de tránsito, por ejemplo, la vulnerabilidad de niños puede aumentar – como parece ser el caso para la región de triple frontera de Brasil, Argentina y Paraguay.
- La migración de personal de salud calificado en dirección a países desarrollados es un problema significativo en varios sectores del sistema de salud que se posiblemente tiene un impacto más importante en la salud infantil y de niños que en otros grupos poblacionales. En el Caribe, que es particularmente afectado, dicho fenómeno es conocido por "la crisis de las enfermeras".

ODM 5:
Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

El PdA de la CIPD hace un llamado a alcanzar dos reducciones en las razones de mortalidad materna (RMM): reducirlas a la mitad una vez entre 1990 y 2000, y de nuevo a más tardar en el año 2015. El ODM 5 se propone una reducción de tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo cual equivale al mismo resultado final. Adicionalmente, la CIPD propone lo siguiente:

> *"Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos, y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos, y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública." (CIPD, párrafo 8.21)*

El PdA de la CIPD ofreció un punto de partida para el ODM 5, ya que su Capítulo VIII hace recomendaciones específicas acerca de cómo reducir la brecha entre las RMM de 1990 y las Metas del 2015. Entre estas se incluyen la promoción de la atención prenatal, la atención postnatal, la atención durante el parto, programas de nutrición materna, asistencia adecuada durante el parto, emergencias obstétricas, atención a complicaciones del aborto y servicios de planificación familiar.

En la región de ALC, se estima que las RMM han permanecido constantes, en alrededor de 190 por cada 100,000 nacidos vivos, durante los últimos diez años, mientras que el número de muertes maternas permaneció en alrededor de 22,000 al año, revelando un avance insuficiente hacia la Meta del ODM (CEPAL, 2005 a). Actualmente, sólo Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Santa Lucía y Uruguay presentan niveles por debajo de 50 muertes por cada 100,000 nacimientos. En Haití, la RMM ha alcanzado un nivel de 520 por cada 100,000, mientras que en Bolivia la disminución de 390 a 310 por cada 100,000, entre 1994 y 2000, todavía deja a la RMM bastante por encima de la meta de la CIPD de 125 por cada 100,000 establecida para el 2005.

Por otro lado, es probable que los números sean subestimados a consecuencia de la subnotificación y la clasificación errónea de las causas de muerte. En el Brasil, la Universidad de São Paulo hizo una revisión de la mortalidad entre las mujeres de 10 a 49 años de

edad, con énfasis en la mortalidad materna, y encontró que, en realidad, la RMM sería aproximadamente un 67% más alta que lo que se informó en el 2002 para 25 capitales estatales y el Distrito Federal (Brasil, 2004). En consecuencia, el Ministerio de Salud multiplicó los datos del 2002 por un factor de corrección de 1.4. En el Perú, de acuerdo con ajustes hechos por UNICEF, la OMS y el UNFPA, la razón en el 2000 todavía tenía un nivel alto, de 410.

Pocos países en la región han logrado reducir las tasas de mortalidad materna. Belice es uno de ellos. El país redujo su RMM de 300 a 40 por cada 100,000 entre 1990 y 2003, rebasando en gran medida la reducción del 75% indicada por la Meta 6. Sin embargo, el MDGR de Belice (2005) advierte que las tendencias del país son susceptibles de cambios drásticos como resultado del reducido tamaño de su población. Argentina logró reducir su razón de mortalidad materna en 33% entre 1990 y 2000 (de 52 a 35 por cada 100,000). Entre los países latinoamericanos, sobresale el desempeño de Uruguay. Uruguay tiene una de las RMM más bajas en el continente (por debajo de 20 por cada 100,000 en el 2000), y alrededor del 99% de todos los nacimientos son asistidos por profesionales médicos. El MDGR uruguayo (2004) también destaca el hecho de que la estrategia para reducirla aún más reside en evitar los embarazos de alto riesgo desde un inicio.

El MDGR (2004) de Costa Rica considera que en el año 2000 se evitaron alrededor del 80% de los casos potenciales de muertes relacionadas con el embarazo y el nacimiento. Ya se alcanzó la meta de que el 97% de los nacimientos tengan lugar en hospitales, ya que el porcentaje en el 2003 fue del 99.4%. En Guyana, si bien alrededor del 80% de los nacimientos son atendidos por profesionales médicos calificados, la RMM continúa teniendo un nivel alto, de 122 por cada 100,000 (2000). No obstante, se ha logrado un avance significativo, ya que en 1995 fue de 230. A pesar de ello, todavía se encuentra muy por detrás de los 60 que se tenían como objetivo para el 2015. Similarmente, en la República Dominicana la razón descendió de 229 a 178 por cada 100,000 entre 1996 y 2002. El MDGR nacional atribuye el cambio a las tasas de fecundidad en descenso y al uso de métodos anticonceptivos, y lista a los embarazos adolescentes y la violencia doméstica como factores que agravan las estadísticas actuales.

Mientras tanto, en países como Jamaica, Nicaragua (con una razón de 121 por cada 100,000 nacimientos), Panamá (60 por cada 100,000 nacimientos) y Paraguay (160 por cada 100,000 nacimientos), ha habido poco avance. En Paraguay la situación al parecer incluso ha empeorado un poco con respecto a 1990, cuando la razón fue de 150. En Nicaragua, la mortalidad materna fue la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a lo largo de la década de 1990 (Nicaragua, 2003). En el Brasil, el avance es difícil de evaluar debido a cambios en el sistema de recolección de datos.

Por lo general se asume que la mortalidad está estrechamente asociada con la pobreza, en su mayoría porque el riesgo de mortalidad materna es notoriamente más alto en los hogares pobres, particularmente si están geográficamente aislados. Graham et al. (2004), por ejemplo, muestran que la proporción de mujeres sin educación formal o acceso a agua

potable en el Perú, entre otros países, era significativamente más alta entre aquellas mujeres que morían a consecuencia de mortalidad materna que entre aquellas que morían por otras causas. Al parecer es plausible que una muerte materna también puede agravar la pobreza de un hogar, aunque en la mayoría de los países el número de muertes maternas es tan pequeño en comparación con el número de hogares pobres, que es poco probable que provoque un efecto importante en la pobreza como tal. También es necesario tener cuidado de no atribuir la alta mortalidad materna de manera principal y directa a las condiciones de vida adversas. De acuerdo con Maine (2001) y otros, el principal determinante de la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo hoy en día, lo mismo que históricamente en los países ahora desarrollados, es la capacidad del sistema de salud para hacerle frente a las complicaciones obstétricas adecuadamente:

> *"Desde 1840 (cuando estuvieron disponibles las primeras estadísticas sobre mortalidad materna) hasta mediados de la década de 1930, la mortalidad materna mantuvo un nivel tan alto en Gran Bretaña como el que existe hoy en día en muchos países en vías de desarrollo. Esto muestra que la nutrición, la educación y el nivel de vida en general no son los principales factores en la mortalidad materna. Estos factores habían mejorado, y se les atribuye haber sido la causa de disminuciones drásticas en las enfermedades infecciosas. Posteriormente, después de casi un siglo de estancamiento, la mortalidad materna disminuyó tan abruptamente que en un lapso de 15 años dejó de ser un problema de salud pública importante. Esto se debió en gran medida al surgimiento de la tecnología para tratar complicaciones obstétricas, incluyendo los antibióticos (primero las sulfamidas y luego la penicilina), los bancos de sangre y las técnicas quirúrgicas más seguras." (Maine, 2001: 189)*

Este capítulo explora aspectos claves en las áreas de población y la salud materna con base en el siguiente esquema:

5.1. Metas Adicionales en informes nacionales
5.2. El vínculo entre los patrones reproductivos y la salud materna
5.2.1. Intervalos entre embarazos
5.2.2. Uso de métodos anticonceptivos
5.2.3. Edad materna muy baja o muy alta
5.3. El vínculo entre el aborto y la mortalidad materna
5.4. El vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR
5.5. Una nueva Meta bajo el ODM 5: acceso pleno a la SR

Inicialmente, este capítulo se centra en las Metas adicionales bajo el ODM 5 en los MDGR nacionales. Desde antes de la introducción oficial de la nueva Meta de SR, varios países en la región de ALC ya habían decidido ampliar el alcance de la Meta 6 al incluir el acceso universal a servicios de SSR y la reducción de la mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino, entre otras cosas. También se han adoptado ampliamente nuevos indicadores para monitorear aspectos no capturados por el conjunto de indicadores original.

Uno de los principales objetivos del texto es analizar el vínculo causal entre los patrones reproductivos y la salud materna. Tal como lo indica la evidencia proveniente de

diversos estudios, los cambios en los patrones reproductivos juegan un papel decisivo en la reducción de la razón de mortalidad materna. Algunos de los principales determinantes son: los intervalos entre embarazos, el uso de métodos anticonceptivos y la edad materna. Los intervalos entre nacimientos cortos y la edad materna muy baja o muy alta están asociados con riesgos de mortalidad materna sustancialmente más altos. Los altos niveles de necesidad de anticoncepción insatisfecha encontrados en la región de ALC también tienen un impacto negativo en los resultados de salud materna.

En la región de ALC, el aborto inseguro es otra importante causa de muertes maternas que ha sido considerada como un problema de salud pública crítico. La mayoría de los abortos, además de ser ilegales, son realizados en condiciones clandestinas y por personas que carecen de las habilidades necesarias. Aquí se presenta una visión general de la incidencia del aborto en la región de ALC, lo mismo que investigación acerca de las características de las mujeres que experimentan un aborto inducido y sus consecuencias en materia de salud. Se examinan MDGR nacionales y se hacen comentarios acerca de algunas de sus observaciones sobre el tema.

El texto también investiga el vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR –particularmente el sistema de salud basado en instalaciones y la atención obstétrica de emergencia. Satisfacer las necesidades de salud durante el embarazo, el parto y el periodo postparto es una manera demostrada de salvar las vidas de las mujeres. Tal como lo indican diversos hallazgos a partir de datos nacionales, las intervenciones deben considerar las discrepancias entre las áreas urbanas y rurales con el fin de abordar las razones de mortalidad materna en la región de ALC. Centrarse en las áreas desatendidas, tal como lo demuestra el estudio de caso de Honduras, puede optimizar los esfuerzos en la promoción de la salud materna.

Finalmente, la nueva Meta bajo el ODM 5 (alcanzar el acceso universal a la SR hacia el 2015) puede se un medio esencial no sólo para reducir la razón de mortalidad materna, sino también para mejorar la salud de las mujeres en general. Desde el punto de vista del mandato del UNFPA, al parecer esta podría ser la Meta más significativa de la agenda de los ODM en su conjunto.

5.1. Metas Adicionales en informes nacionales

Varios países en la región de ALC consideran que, en su concepción original, el Objetivo 5 está altamente sesgado hacia la salud materna, y que su logro no necesariamente provocará un cambio drástico en el estado de salud de las mujeres, especialmente si se considera que la proporción del ciclo de vida de las mujeres dedicado a las funciones de la maternidad ha disminuido grandemente. Por lo tanto, han decidido ampliar el alcance de este Objetivo, añadiendo nuevas Metas e indicadores a ser monitoreados en sus MDGR nacionales. Brasil, por ejemplo, incluyó la Meta de garantizar el acceso universal a servicios de SSR y reducir la mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino en su MDGR 2005 (Brasil, 2005), antes de que la Meta en este sentido se hiciera oficial. El MDGR también añadió 4 indicadores:

1 Proporción de muertes maternas por grupo de causas;
2 Proporción de la cobertura de consultas prenatales por región de residencia de la madre;
3 Número de hospitalizaciones derivadas de abortos en el Sistema de Salud Unificado (SUS), por principales regiones;
4 Proporción de muertes entre mujeres de 30 a 69 años de edad por causas de neoplasma seleccionadas.

El siguiente extracto del MDGR 2005 del Ecuador es un ejemplo acerca de la forma en la que diversos aspectos cruciales de la agenda de SSR han sido presentados en el contexto del ODM 5, incluso antes de que este último contuviera la Meta específica actual sobre SR:

> *"Para reducir los riesgos de morbimortalidad materna y alcanzar la meta propuesta, es necesario desarrollar acciones que tiendan a mejorar el bienestar general y la salud reproductiva de las mujeres, particularmente de las más pobres. Con ese propósito, es prioritario:*
>
> *- Promover y proteger los derechos de las mujeres, sus opciones y autonomía mediante la aplicación efectiva y oportuna del marco legal vigente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y de la equidad de género.*
>
> *- Universalizar en el sistema educativo, la entrega de información sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en el marco de la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor.*
>
> *- Establecer políticas de recursos humanos que favorezcan su adecuada disponibilidad en lugares de difícil acceso y aseguren la entrega de servicios de salud reproductiva de alta calidad.*
>
> *- Desarrollar campañas de información, educación y comunicación sostenidas que, a la vez que incorporen las diferentes visiones culturales, prioricen entre sus objetivos: el empoderamiento de la mujer y la exigibilidad de sus derechos; la difusión de información clave y confiable sobre signos de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, así como sobre salud sexual y reproductiva; y, la comunicación sobre la disponibilidad de servicios para que la mujer conozca dónde y cuándo solicitar la atención.*
>
> *- Asegurar el financiamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y garantizar la provisión oportuna de equipos, suministros y recursos humanos capacitados a las unidades de salud, para que puedan responder a los planes y programas dirigidos a disminuir la mortalidad materna.*
>
> *- Implementar estrategias de atención diferenciadas para proveer el cuidado a los adolescentes de ambos sexos y dar una respuesta adecuada a sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.*
>
> *- Implantar un sistema funcional de comunicación y transporte entre los distintos niveles de atención del sistema de salud, para la debida referencia y contrarreferencia*

de casos y el uso de servicios obstétricos, con la participación de las mujeres en la planificación y evaluación de los servicios para que éstos respondan a las necesidades locales del sector.

- Implementar estrategias de movilización de las redes sociales que permitan la identificación temprana de complicaciones obstétricas y garanticen la entrega oportuna de los servicios, particularmente en las zonas rurales y más pobres del país.

- Mejorar y modernizar los sistemas de registro e implementar sistemas de monitoreo y evaluación que incorporen las perspectivas de los proveedores y usuarias. (Ecuador, 2005: 30)

Adicionalmente, algunos países consideran que, con el fin de salvaguardar el tema de la salud materna, deberían especificarse más Metas. Argentina, por ejemplo, ha incluido la Meta adicional de reducir en 20% la desigualdad entre Provincias, que actualmente alcanza una razón de 1:20 entre los extremos. Colombia elaboró seis Metas nacionales adicionales, entre ellas reducir la RMM a 45 por cada 100,000 (línea de base en 1998: 100 por 100,000); incrementar a 90% el número de mujeres embarazadas que acuden por lo menos a cuatro exámenes prenatales; incrementar a 75% el uso de métodos de prevención entre la población sexualmente activa y a 65% entre los adolescentes de 15 a 19 años; limitar los embarazos tempranos a 15% y reducir el cáncer cervicouterino a 5.5 muertes por cada 100,000 mujeres.

Costa Rica también añadió nuevas Metas nacionales bajo el ODM 5: reducir las tasas de mortalidad materna a 2 por cada 10,000 en los niveles nacional y subnacional; incrementar a 97% el número de nacimientos que tienen lugar en hospitales; asegurar que el 75% de los embarazos sean detectados y examinados en los primeros tres meses; y que el 75% de todas las mujeres embarazadas reciban atención prenatal completa. El MDGR peruano (Perú, 2004) añadió otros indicadores relacionados con la salud materna a ser monitoreados hasta el 2015. Éstos son: 1) demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar (la brecha entre la fecundidad real y la deseada); 2) tasas de embarazo adolescente; y 3) incidencia de cáncer ginecológico.

5.2. El vínculo entre los patrones reproductivos y la salud materna

Para poder alcanzar a tiempo la reducción prevista en la Meta 6, sería necesaria una reducción promedio de 5.4% por año. No obstante, las estadísticas que están emergiendo en el mundo en vías de desarrollo están lejos de ser prometedoras, mostrando un estancamiento relativo de la razón (Bos, 2004). A nivel mundial, alrededor de 200,000 muertes maternas al año son el resultado de la falta de servicios anticonceptivos o de fallas en los mismos, y un total de entre 120 y 150 millones de mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos continúan careciendo de los medios para hacerlo efectivamente (Limanonda, 1998). Prevenir los embarazos no planeados y de alto riesgo y proveer atención durante el embarazo, el parto y el periodo postparto salva vidas de mujeres. Así, la provisión de SSR tiene un impacto directo en la morbimortalidad materna, ya que podría dar como resultado un número menor y más espaciado de nacimientos, tal como lo destaca el PdA de la CIPD:

> *"Un mayor acceso a métodos contraceptivos reduce significativamente las muertes maternas, por el mero hecho de rebajar el número de embarazos por mujer y, por consiguiente, los riesgos de complicaciones. Si se respondiera a la necesidad insatisfecha de la contracepción y las mujeres sólo tuvieran los embarazos que desearan y con los intervalos que decidieran, la mortalidad materna descendería entre un 20% y un 35%. Además, se calcula que los abortos practicados en condiciones de riesgo —por personas no cualificadas, en condiciones no higiénicas o ambas cosas— matan a 78.000 mujeres al año aproximadamente o, lo que es lo mismo, provocan cerca del 13% de todas las muertes maternas. Así pues, conseguir el Objetivo 5 requerirá ampliar rápidamente el acceso a los servicios de salud reproductiva. (PNUD, 2003: 99)*
>
> *"Reducir la mortalidad materna depende de muchos factores, incluyendo la disponibilidad de anticoncepción, la asistencia calificada y la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia. El papel de la alta fecundidad, particularmente en aquellos casos en los que la maternidad comienza temprano y está poco espaciada, juega un papel importante en la mortalidad materna." (UNFPA, 2004 a: XV-5)*

Además, las consecuencias de las complicaciones del embarazo tienden a ser más serias si no existe un acceso previo a la SSR. Satisfacer la demanda de servicios de planificación familiar existente reduciría los embarazos en los países en vías de desarrollo en un 20% y las lesiones y las muertes maternas por lo menos en la misma proporción (Sadik, 2001). En este contexto, resulta pertinente lo que algunos de los MDGR nacionales tienen que decir acerca de las causas de la mortalidad materna, por ejemplo, el MDGR de la República Dominicana, el cual, tal como ya se mencionó anteriormente, atribuye el cambio en la RMM nacional a las tasas de fecundidad en descenso y al uso de métodos anticonceptivos, y lista los embarazos adolescentes y la violencia doméstica como factores que agravan las estadísticas actuales. El primer MDGR de Nicaragua (2003) hace notar que "La elevada fecundidad, vinculada normalmente a los estratos de población femenina más desfavorecidos, refuerza el fenómeno de la morbimortalidad materna." Al parecer no se ha compilado evidencia directa de esta relación en la región de ALC,[1] pero Allison, Cheong y Yap (1989: 36) estimaron que en Pakistán eliminar todos los nacimientos después del quinto reduciría las muertes maternas a la mitad. El mismo informe también afirma que la fecundidad no deseada incrementa el riesgo de mortalidad materna entre los grupos vulnerables, como sería el de las adolescentes, particularmente entre aquellas sin educación, aunque no presenta evidencia en este sentido.

Los cambios en los patrones reproductivos, tales como reducir la fecundidad y expandir los intervalos entre embarazos, pueden tener un gran impacto en la reducción de la RMM y el mejoramiento de la salud de las mujeres en general. Es necesario prestar especial atención al uso de métodos anticonceptivos, ya que previenen los embarazos no deseados y de alto riesgo y, en consecuencia, reducen la necesidad de abortos inseguros:

[1] Esto se debe a la falta de datos confiables sobre la mortalidad materna por orden de nacimiento. Muchos sistemas de registro civil en la región de ALC no recaban información sobre el orden de nacimiento, como tampoco lo hacen las preguntas estándar para la aplicación del método de las hermanas en las encuestas EDS. La base de datos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en Montevideo, cuenta con la información pertinente, pero hasta donde sabemos no ha sido analizada desde esta perspectiva.

"Dicho en términos sencillos, si una mujer no se embaraza, no morirá durante el embarazo o el parto. Por lo tanto, incrementar el acceso a métodos para el control de la fecundidad puede tener un impacto significativo en el número de muertes maternas, al reducir el número de veces que una mujer corre el riesgo de que se presente una complicación obstétrica fatal." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 g: 72)

5.2.1. Intervalos entre embarazos

Aunque han existido algunas afirmaciones en contrario (Ronsmans y Campbell, 1998), la mayor parte de la investigación a lo largo de los años ha demostrado que la morbimortalidad materna está asociada con los intervalos entre embarazos. Desde hace mucho tiempo los intervalos muy cortos han sido asociados con un mayor riesgo de diversos resultados de salud adversos, tanto para las madres como para sus lactantes. El espaciamiento entre embarazos óptimo puede salvar vidas y mejorar la salud y el bienestar de las madres, reduciendo, por ejemplo, el riesgo de padecer desnutrición como resultado del traslape del embarazo y la lactancia materna, endometritis puerperal, ruptura prematura de membranas, anemia y sangrado durante el tercer trimestre. El espaciamiento entre nacimientos también es bueno para aquellas mujeres que enfrentan problemas de salud, ya que, si están embarazadas, enfrentan un mayor riesgo de muerte y complicaciones.

Cuadro 5.1: Tasas de resultados maternos adversos de acuerdo con intervalo entre embarazos en una legión de 456,889 mujeres latinoamericanas y caribeñas en edad fértil que parieron hijos únicos, 1985-1997

Resultado	Intervalo entre embarazos (meses)						
	0-5	6-11	12-17	18-23	24-59	60+	Total
Preeclampsia	3.4%	3.2%	3.3%	3.4%	4.2%	6.6%	4.3%
Eclampsia	0.12%	0.10%	0.12%	0.11%	0.10%	0.20%	0.13%
Hemorragia en el tercer trimestre	1.9%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.5%	1.2%
Ruptura prematura de membranas	9.8%	5.9%	5.6%	5.6%	6.6%	6.5%	6.7%
Endometritis puerperal	5.1%	4.2%	4.4%	4.0%	3.9%	4.3%	4.1%
Diabetes mellitus gestacional	1.4%	1.2%	1.0%	1.4%	1.4%	2.4%	1.6%
Anemia	7.9%	6.5%	6.3%	6.1%	6.2%	6.2%	6.3%
Tasa de mortalidad materna / 10,000 mujeres	9.5%	4.4%	4.2%	3.7%	4.9%	5.5%	4.8%

Fuente: Conde-Agudelo y Belizán, 2000

Conde-Agudelo y Belizán (2000) realizaron un estudio retrospectivo de corte transversal a partir de datos de la región de ALC (1985-1997) y analizaron el impacto del intervalo entre embarazos en la morbimortalidad materna. Después de controlar los principales factores susceptibles de causar confusión, encontraron que las mujeres con intervalos entre embarazos de 5 meses o menos, en comparación con aquellas que concibieron de 18 a 23 meses después de un nacimiento anterior, enfrentaban mayores riesgos de muerte materna (riesgo relativo: 2.54), hemorragia en el tercer trimestre (riesgo relativo: 1.73), ruptura prematura de membranas (riesgo relativo: 1.72), endometritis puerperal (riesgo relativo: 1.33), y anemia

(riesgo relativo: 1.30). Las mujeres que concibieron después de más de 59 meses tuvieron riesgos significativamente mayores de preeclampsia (riesgo relativo: 1.83), y eclampsia (riesgo relativo: 1.80). Los autores sugieren que los intervalos más largos entre nacimientos le dan a las mujeres el tiempo necesario para recuperar sus reservas nutricionales.

Cuadro 5.2: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva casadas que reportan intervalos entre nacimientos de menos de 3 años, múltiples encuestas, 1986–2001

País	Período de encuesta				Años entre la primera y la última encuesta	Reducción entre la primera y la última encuesta*
	1986–1989	1990–1993	1994–1997	1998–2001		
Bolivia	63%		64%	61%	9%	2%
Brasil	63%		51%		10%	13%
Colombia	62%	55%	54%	49%	14%	13%
Guatemala	69%		68%	68%	11%	1%
Haití			65%	66%	6%	-
Perú	66%	61%	55%	48%	14%	18%
Rep. Dominicana	68%	64%	63%		10%	6%

* Algunas de las cantidades mostradas están redondeadas a partir de fracciones y, por lo tanto, su suma no parece ser correcta. Sin embargo, las cifras son correctas con base en cálculos reales.
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (STATcompiler)

Aunque el espaciamiento de los nacimientos es esencial para la salud materna, a menudo no se enfatiza de manera suficiente en los programas de SSR. El espaciamiento entre nacimientos requiere de continuidad en la atención, un criterio que los programas de planificación familiar a menudo no cumplen adecuadamente. Las mujeres que desean espaciar sus embarazos requieren de continuidad en la atención para continuar usando dispositivos anticonceptivos y alcanzar sus intervalos entre nacimientos preferidos, para interrumpir su uso con el fin de embarazarse y, luego, después del parto, para iniciar el uso de un método apropiado durante la lactancia. Si estos servicios de buena calidad se encuentran disponibles, le permiten a las personas continuar usando métodos anticonceptivos durante muchos años (Setty-Venugopal y Upadhyay, 2002). Los datos provenientes de las encuestas EDS confirman que, en muchos países en la región de ALC, las mujeres desean intervalos entre nacimientos considerablemente más largos que los que logran, una situación que refleja una gran necesidad insatisfecha de espaciamiento de nacimientos. Los datos de las EDS también indican que muchas mujeres no están concientes de los riesgos y expresan una preferencia por intervalos entre nacimientos más cortos.

5.2.2. Uso de métodos anticonceptivos

La CIPD le dio prioridad a la reducción de la necesidad insatisfecha de anticoncepción como un objetivo principal en lo que respecta a garantizar nacimientos por decisión voluntaria e informada, expresando también que los objetivos de planificación familiar gubernamentales deberían definirse en términos de las necesidades insatisfechas de información y servicios. Siguiendo esta orientación, la Fuerza de Tareas de las Naciones Unidas sobre Educación e

Igualdad de Género recomienda el uso de indicadores sobre derechos y SSR adicionales para el Proyecto del Milenio (2005 b), tales como la proporción de la demanda anticonceptiva satisfecha, que captura la conexión central entre el control de una mujer sobre sus preferencias reproductivas y su capacidad para tomar decisiones.

El término "necesidad insatisfecha" fue acuñado a finales de la década de 1970 y, desde entonces, ha servido para medir las necesidades de planificación familiar en los países menos desarrollados (Ashford, 2003). De acuerdo con Singh et al. (2003), si bien las mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos representan a tres de cada diez mujeres en riesgo de tener un embarazo no planeado, también representan a ocho de cada diez embarazos no planeados reales. Adicionalmente, el estudio también destaca que, en los países en vías de desarrollo, el 29% de las mujeres en riesgo de tener un embarazo no planeado tienen una necesidad insatisfecha; el 63% en el África subsahariana, el 29% en la región de ALC, y el 24% en Asia. ORC-Macro (2004) y la Fuerza de Tareas de las Naciones Unidas sobre Educación e Igualdad de Género sugieren que el *número de mujeres* que desean espaciar o limitar la procreación adicional pero no están usando anticoncepción continúa siendo muy alto en la región de ALC, especialmente en Haití y Bolivia, y ese resultado tiene un impacto tanto en los patrones reproductivos como en la RMM de la región.

> *"Los niveles de fecundidad no planeada o inoportuna son altos en muchos países. La necesidad insatisfecha de planificación familiar comprende a las mujeres en riesgo de embarazo que no desean otro nacimiento (deseos de limitación) o que desean espaciar su nacimiento por lo menos dos años (deseos de espaciamiento) pero que no están usando un método de planificación familiar. Se estima que el 29% de las mujeres en los países en vías de desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 d: 14)*

Cuadro 5.3: Necesidad de planificación familiar en la región de ALC*

País (periodo de encuesta)	15-19 años de edad	Todos los grupos etarios
Bolivia (1998)	33.9%	26.1%
Brasil (1996))	19.1%	7.3%
Colombia (2000)	17.5%	6.2%
Guatemala (1998/1999)	25.4%	23.1%
Haití (2000))	58.4%	39.8%
Nicaragua (1997/1998))	27.4%	14.7%
Perú (2000))	23.6%	10.2%
República Dominicana (1999)	24.6%	11.9%

* Porcentaje – La necesidad de planificación familiar es el porcentaje de mujeres actualmente casadas con necesidad de planificación familiar insatisfecha, necesidad de planificación familiar satisfecha, y las necesidades totales de servicios de planificación familiar.
Fuente: ORC-Macro 2004

La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos puede estar relacionada con diversos aspectos, tales como la falta de servicios accesibles y la calidad de su personal, la falta de opciones de métodos apropiados a la situación de la mujer y su familia, la falta de conocimiento acerca la seguridad, efectividad y disponibilidad de las diferentes opciones,

la interacción cliente/prestador deficiente, los efectos colaterales para algunas mujeres, y las limitaciones financieras (UNFPA, 2004 a).

> *""Las razones de la falta de uso (de la anticoncepción) tienen que ver con situaciones específicas. Las principales son la falta de comunicación o el desacuerdo acerca de las preferencias de fecundidad (siendo la primera la más importante); la falta de información acerca de las opciones y la disponibilidad de métodos; las inquietudes de salud y el temor de efectos colaterales (algunos basados en la falta de información); la desaprobación por parte de la familia o la comunidad; el bajo poder de toma de decisiones de las mujeres (con sus compañeros o con las familias de éstos); el costo de los servicios y la oportunidad o los costos sociales de su adquisición; y las percepciones de una disponibilidad, acceso o calidad de los servicios limitados como barreras sistémicas al uso de la planificación familiar (incluyendo los métodos de planificación familiar naturales aprobados en un amplio rango de tradiciones culturales)." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 120-121)*

Para reducir estas barreras, se recomiendan programas de planificación familiar para asesorar a las mujeres acerca del rango completo de métodos anticonceptivos disponibles, de modo que puedan escoger el método que mejor se adapte a sus necesidades individuales, lo mismo que para asesorar a aquellas mujeres que están en el periodo postparto, amamantando, o que acuden a los servicios para saber qué métodos podrían ser los apropiados para sus casos (Ashford, 2003). El UNFPA también destaca la necesidad de que los servicios de SSR ofrezcan múltiples métodos de anticoncepción y el acceso universal a por lo menos tres métodos anticonceptivos durante la prestación de los servicios (UNFPA, 2004 a). Además de los métodos permanentes, los servicios deberían ofrecer métodos temporales, tales como condones, píldoras, métodos inyectables, implantes o DIU. Las opciones para cambiar de un método a otro y elegir un método diferente después de dar a luz son centrales para el uso continuo y satisfactorio de la planificación familiar. Los prestadores deberían aclarar que todas las clientes tienen la opción de cambiar de método en cualquier momento y con la frecuencia necesaria (Setty-Venugopal y Upadhyay, 2002).

En el transcurso de las últimas dos décadas, el uso de los métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado rápidamente. En la década pasada, por ejemplo, la prevalencia anticonceptiva entre las parejas se incrementó de 55% a 61% (UNFPA, 2004 b). No obstante, el uso de métodos anticonceptivos tradicionales - tales como el retiro y la abstinencia periódica - todavía es alto. Se sabe que los métodos tradicionales tienen altas tasas de falla y que la mayoría de las mujeres que interrumpen su uso cambian a un método moderno (Singh et al., 2003: 18). A medida que se incremente la proporción de mujeres que adopten métodos anticonceptivos modernos, que son más efectivos, este cambio de método contribuirá a disminuir las RMM al evitar los embarazos no planeados o no deseados que pueden poner en peligro su salud reproductiva.

Los MDGR nacionales a menudo no hacen mención al vínculo entre la mortalidad materna y el uso anticonceptivo, pero algunos sí lo mencionan, tal como lo ilustra el MDGR 2003 para Honduras:

> *"La salud materna está estrechamente relacionada con la salud reproductiva de la mujer, la planificación familiar, el uso de anticonceptivos y la participación activa de la pareja. La tendencia refleja un aumento del uso de anticonceptivos modernos como píldoras, condones, DIU, esterilización e inyectables, y se observa una baja significativa en el uso de métodos tradicionales (Billings, de retiro y ritmo). En 1990/1991, de un total de 46.7% de mujeres en unión (entre los 15- 44 años) que utilizaron métodos de planificación familiar, un 25% usó métodos tradicionales; mientras que en el 2001, del 61.8% que utilizó algún tipo de anticonceptivos, sólo un 5.5% lo hizo con métodos tradicionales." (Honduras, 2003: 39)*

El informe de Jamaica también se refiere brevemente al tema:

> *"Algunos de los retos que pueden retardar el progreso adicional hacia el objetivo, o revertir el progreso ya alcanzado, son los siguientes:*
>
> *El acceso a atención obstétrica esencial; asociada a ello se encuentra la necesidad de dotar a las instalaciones de personal capacitado en partería y obstetricia de emergencia con el fin de monitorear y supervisar la labor de parto y el parto.*
>
> *El acceso a anticonceptivos/planificación familiar para reducir el riesgo de muertes maternas y los malos resultados perinatales.*
>
> *Reducir las muertes asociadas con las principales causas de muerte: la eclampsia/ preeclampsia, la hemorragia y la infección." (Jamaica, 2004: 32)*

A pesar de que la anticoncepción de emergencia ya se encuentra disponible formalmente en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, la República Dominicana, El Salvador, Perú, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela, en la práctica el acceso a este método todavía es limitado.

5.2.3. Edad materna muy baja o muy alta

En la literatura existe evidencia considerable de que la edad materna muy joven (de menos de 16 años) está asociada con riesgos de mortalidad materna sustancialmente más altos. El estudio de Conde-Agudelo (2002), mencionado en el capítulo anterior, analizó el tema, al mismo tiempo que controló un amplio rango de factores susceptibles de causar confusión. Estos controles son importantes si se considera que existe poca evidencia sistemática en cuanto a si la ligera elevación de la mortalidad materna en el grupo etario de 15-19 años encontrada en muchos países se debe a un riesgo inherente planteado por el hecho de tener hijos a esta edad, o más bien al hecho de que las madres muy jóvenes pertenecen predominantemente a los estratos más pobres de la población. Siguiendo este procedimiento, se encontró que los riesgos de mortalidad materna en las mujeres de menos de 16 años eran 4.09 veces más altos que entre las mujeres de 20 a 24 años de edad.

Sin embargo, a menudo se asume erróneamente que estos resultados son extensivos a todos los embarazos adolescentes (es decir, entre los 15 y los 19 años de edad). De hecho, el mismo estudio encontró que los riesgos relativos en el grupo de 16 a 19 años, después de hacer los controles apropiados, eran los mismos o incluso marginalmente más bajos que

en el grupo etario de 20 a 24 años. Esta distinción es importante, ya que el primer grupo únicamente comprende al 16% de todos los partos adolescentes y requiere de estrategias de prevención bastante específicas. Sin embargo, aunque el número de adolescentes en esta situación es relativamente pequeño, la diferencia en los riesgos de mortalidad es tan grande que la postergación de todos los nacimientos que tienen lugar entre mujeres de menos de 16 años de edad, hasta después de tener por lo menos 16, reduciría la tasa de mortalidad materna adolescente en general en más de un 25%.

Las RMM más altas se encuentran entre las mujeres de mayor edad, especialmente en aquellas de más de 35 años. De acuerdo con datos del CDC, la RMM para las mujeres de menos de 20 años, en los Estados Unidos, fue de 8.6 por cada 100,000 durante 1991-1999, pero de 12.0 para las mujeres de 35 a 39 años, 21.6 para las mujeres de 40 a 44 años, y 45.4 para las mujeres de más de 45 años. La situación no es muy diferente en los países en vías de desarrollo. Agrupando datos de 25 encuestas EDS, Hakkert (2001: Cuadro VII.2) encontró que, en promedio, las mujeres de 35 a 39 años tienen una RMM un 50% más alta que la RMM en general entre la población; en el grupo etario de 40 a 44 años de edad, esta mortalidad excesiva se incrementa a 155% y en el grupo etario de 45 a 49 años a 525%. También se encontraron cifras similares en las EDS de Bolivia (1998), el Brasil (1996), Guatemala (1998), y Perú (1996). En Haití (2000), la RMM para las mujeres de más de 35 años de edad era de alrededor del doble que el promedio general. Sin embargo, como los embarazos en mujeres de más de 35 años de edad no son tan comunes, su contribución al número de muertes maternas en general sólo fue ligeramente por encima del 25%, es decir, más o menos el mismo que el de las muertes maternas de mujeres de menos de 16 años de edad.

5.3. El vínculo entre el aborto y la mortalidad materna

Durante los seis años examinados en un análisis a nivel mundial realizado por Daulaire et al. (2002), casi 700,000 mujeres murieron como resultado de embarazos no planeados. Si bien más de una tercera parte murieron por problemas asociados con el embarazo, la labor de parto y el parto, la mayoría –más de 400,000– murieron a consecuencia de complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones inseguras y a menudo ilegales. La OMS (2004 a) estima que el 20% de las muertes maternas en la región de ALC (más que el promedio mundial de 13%) son provocadas por abortos inseguros. La OMS también sugiere que entre el 10 y el 50% de las mujeres que se someten a un aborto inseguro experimentan complicaciones tales como desgarres cervicales, perforación del útero, fiebre, infección, shock séptico y hemorragia severa. Otras consecuencias serias a largo plazo enfrentadas por las mujeres que experimentan abortos inseguros incluyen dolor pelviano crónico, problemas para embarazarse y mantenerse embarazadas, infertilidad, bloqueo tubárico y embarazo ectópico (AbouZahr y Åhman, 1998).

En gran parte de la literatura se expresan inquietudes acerca del alto nivel de abortos clandestinos en la región de ALC, una situación que a menudo ha sido considerada como un problema de salud pública crítico:

> *"Cada año, más de cuatro millones de mujeres en América Latina experimentan un aborto inducido. Como la mayoría de los abortos son ilegales, estos procedimientos son realizados en condiciones clandestinas y a menudo peligrosas. En consecuencia, la región enfrenta un serio problema de salud pública que amenaza las vidas de las mujeres, pone en peligro su salud reproductiva y ejerce una gran presión sobre los sistemas hospitalarios y de salud cuya capacidad ya está extralimitada." (Alan Guttmacher Institute, 2005: 01)*

El MDGR argentino hace énfasis en la seriedad de este problema:

> *"La causa principal de muerte de las mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio es el aborto, que concentra más de una tercera parte del total de muertes registradas. Esta práctica se realiza cada vez en peores condiciones: las tasas de internación hospitalaria por complicaciones de abortos crecieron el 46% entre 1995 y 2000. El aborto es un problema social y de salud aún mayor, pues según estimaciones de especialistas, se producirían en el país 500 mil por año. Al igual que con otros indicadores sociales, la distribución de la mortalidad materna entre las diferentes zonas del país muestra una gran heterogeneidad. Son las provincias más pobres las que presentan tasas más elevadas, llegando a observarse diferencias de alrededor de 20 veces entre las jurisdicciones con tasas más bajas y aquellas con tasas más elevadas." (Argentina, 2003: 43)*

Un patrón similar es encuentra en Bolivia, en donde entre el 30 y el 37% de las muertes maternas ocurren como resultado de complicaciones en intentos de aborto. De manera similar, el MDGR brasileño (2004) informa que cada año tienen lugar 260,000 hospitalizaciones para ayudar a mujeres que padecen de complicaciones del aborto. La situación se ve agravada porque las mujeres que abortan son objeto de discriminación en los servicios de salud. El informe también reporta que en el Brasil el aborto es considerado un crimen contra la vida, excepto en casos de violación, o si la vida de la madre se encuentra en peligro, y ella o su representante legal otorgan su consentimiento para el procedimiento. El Supremo Tribunal Federal, sin embargo, a menudo ha reconocido el recurso al aborto si el feto tiene anencefalia.

> *"Además de estos casos previstos en la legislación, en julio de 2004...el Supremo Tribunal Federal (STF) emitió una orden preliminar con un efecto inmediato y vinculante (es decir, válido para todos los procedimientos que estuvieran en curso en el Sistema de Justicia Brasileño), reconociendo el derecho de la mujer embarazada a interrumpir el embarazo en caso de constatarse, con base en un dictamen médico, que el feto tiene anencefalia (ausencia del cerebro). Esta decisión todavía deberá ser sometida al pleno del STF." (Brasil, 2004: 54)*

El MDGR mexicano (2005) resalta que la Norma Oficial de Servicios de Planificación Familiar ha innovado en lo relativo a la promoción de la anticoncepción de emergencia con el fin de evitar embarazos no deseados propensos a terminar en abortos. El MDGR

nicaragüense (2003) informa que únicamente el 3% de todas las muertes maternas en el país son el resultado de complicaciones del aborto, mientras que el 60% se deben a hemorragias, pero resulta difícil no creer que una proporción considerable atribuida a hemorragias haya tenido su origen en complicaciones del aborto.

Cuadro 5.4: Incidencia del aborto en América Latina*

País/año	No. anual de abortos	Tasa por cada 1,000 mujeres	Promedio por mujer
Total	2,768,150	33.9	1.2
Brasil, 1991	1,433,350	36.5	1.3
Chile, 1990	159,650	45.4	1.6
Colombia, 1989	288,400	33.7	1.2
México, 1990	533,100	23.2	0.8
Perú, 1989	271,150	51.8	1.8
Rep. Dominicana	82,500	43.7	1.5
América Latina*	4,000,000	33.9	1.2

* Estimación basada en la suposición de que los seis países representan el 70% de la población de América Latina, y que todos los países en la región tienen niveles de hospitalización similares; redondeados a los 100,000 más cercanos.
Fuente: Alan Guttmacher Institute, 2005

En lo que respecta a las características de las mujeres que experimentan un aborto inducido, un estudio realizado en 1990 por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología en cuatro países (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela) encontró que la vasta mayoría de las pacientes de aborto hospitalizadas (el 79%) eran mujeres casadas, el 51% tenían por lo menos dos hijos, y el 50% tenía 7 años o más de educación (Pardo y Uriza, 1993). También, alrededor del 86% tenían 20 años de edad o más. Esto sugiere que la mayoría de las mujeres latinoamericanas que experimentan abortos inducidos tienen 20 años o más, son casadas y ya son madres, mientras que en la mayoría de los países desarrollados , en contraste, las mujeres que experimentan abortos inducidos a menudo son muy jóvenes, solteras y predominantemente sin hijos.

Cuadro 5.5: Características de pacientes de aborto en Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela

Características	Distribución porcentual
Estado civil	
Soltera	21%
Casada o en unión libre	79%
No. de hijos	
0	26%
1	23%
2-4	40%
>=5	11%

Fuente: Pardo y Uriza, 1993

Tal como se muestra en el Cuadro 5.4, el Alan Guttmacher Institute (2005) estima que el porcentaje de embarazos en América Latina que terminan en abortos inducidos varía entre 17% en México y 35% en Chile.

Cuadro 5.6: Resultados de embarazos en seis países latinoamericanos

Pais (número de embarazos)	Nacimientos deseados	Nacimientos no deseados	Abortos inducidos
Brasil, 1991 (4,693,000)	46%	23%	31%
Chile, 1990 (451,800)	44%	21%	35%
Colombia, 1989 (1,108,400)	50%	24%	26%
México, 1990 (3,112,100))	60%	23%	17%
Perú, 1989 (905,400)	40%	30%	30%
República Dominicana, 1992 (295,500)	52%	20%	28%

Fuente: Alan Guttmacher Institute, 2005

A menudo se ha argumentado que las tasas de aborto inseguro sólo comienzan a descender notablemente en situaciones en las que el aborto es legal por defectos físicos o mentales del feto, por razones económicas o sociales, o a petición (Berer, 2004; Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006). Las muertes maternas en Rumania, por ejemplo, descendieron rápida y notoriamente después de la legalización del aborto en el país en 1989 (OMS, 2004 a).

Si el principal efecto del estado legal del aborto se refleja en su seguridad, y no en su probabilidad, entonces las tasas de aborto en varios países son en su mayor parte el resultado de la medida en la que las mujeres están en riesgo de tener embarazos no deseados y de la prevalencia y la efectividad del uso de dispositivos anticonceptivos. La disponibilidad de servicios anticonceptivos de alta calidad estaría asociada con niveles de aborto más bajos, ya que las mujeres que usan un método de anticoncepción efectivo sencillamente tienen muchas menos probabilidades de enfrentar un embarazo no planeado y la posibilidad de un nacimiento no deseado o un aborto.[2] Tal como lo afirmó recientemente la Directora Ejecutiva del UNFPA, Thoraya Obaid, en su discurso ante la Tercera Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Implementación del PdA de la CIPD, en Bangkok, el 21 de noviembre del 2006:[3]

> *"Necesitamos trabajar dentro del espíritu y las palabras del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD, en el que 179 gobiernos reunidos en El Cairo, en 1994, afirmaron que el aborto jamás debería ser una forma de planificación familiar, y que expandir los servicios de planificación familiar le permite a las mujeres planear sus embarazos y reducir el aborto. El acuerdo también afirma que, en aquellos lugares en los que el aborto es legal (y en todos los países del mundo, a excepción de cuatro, el aborto es legal bajo ciertas condiciones), este debería ser seguro, y que es la responsabilidad de cada gobierno."*

No obstante, las políticas para evitar el aborto inducido por sí solas no bastan para reducir la mortalidad materna. Las mujeres que experimentan un aborto necesitan recibir una

[2] Un estudio realizado en Bangladesh (Gillespie, 2004) encontró que las mujeres que con un buen acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad tenían una tasa de aborto de 2.3 por cada 1,000, en comparación con 6.8 en el caso de las mujeres que carecían de dicho acceso.

[3] UNFPA news: http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=901 (consultado por ultima vez en marzo del 2007).

asistencia completa dentro de los servicios de SR, con el fin de evitar complicaciones que pongan en peligro su salud y sus vidas. Por lo tanto, la atención integral postaborto debe considerarse una prioridad.

5.4. El vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR

Satisfacer las necesidades de salud de las mujeres durante la adolescencia, el embarazo, el parto y el postparto es una manera comprobada de salvar sus vidas. El uso elevado de instalaciones para la atención de partos y el nivel de mortalidad materna están inversamente relacionados, ya que los servicios de SSR ofrecen varios beneficios, incluyendo la prevención de enfermedades y la muerte (Koblinsky y Campbell, 2003). Los beneficios médicos son bastante evidentes, y el acceso a servicios de SSR evita muertes provocadas por el SIDA, el cáncer, las complicaciones del aborto y el aborto inseguro (Singh et al., 2003). Un estudio realizado por el Banco Mundial sugiere que si todas las mujeres tuvieran acceso a las intervenciones para hacerle frente a las complicaciones del embarazo y el parto, en particular a atención obstétrica de emergencia, podría evitarse el 74% de las muertes maternas (Wagstaff y Claeson, 2004).

> *"Probablemente más que cualquier otra condición de salud materna o salud infantil importante, reducir la mortalidad materna depende de un sistema de salud a base de instalaciones que funcione." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 g: 88)*

Diversos estudios afirman que las inversiones de los gobiernos en servicios de SR y en políticas relacionadas con los derechos se traducen en ventajas sociales adicionales e incluso en ahorros financieros. Los beneficios económicos de invertir en servicios de SSR son evidentes: en uno de esos estudios se estimó que el costo de evitar un nacimiento no deseado en un país latinoamericano con baja fecundidad típico era de US$ 133, y el ahorro de US$ 1,600; lo cual significa que, por cada dólar invertido en planificación familiar, el gobierno ahorraba US$ 12 en costos de salud y educación solamente (Singh et al., 2003). Uno de los primeros estudios realizados en México, por ejemplo, encontró que, por cada peso que el sistema de seguridad social mexicano gastó en servicios de planificación familiar durante 1972–1984, se ahorraron 9 para el tratamiento de complicaciones del aborto inseguro y la provisión de atención materno-infantil. Adicionalmente, se encontró que los servicios de SSR ofrecían otros beneficios médicos, sociales y económicos, incluyendo las mejoras en la posición social de las mujeres y el empoderamiento de las mujeres (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 a: 7).

En el caso de los MDGR, el problema más serio es que no abordan las necesidades especiales de las poblaciones menos favorecidas al interior de los países. Desafortunadamente, en el contexto de la región de ALC el acceso a estos servicios todavía se encuentra fuertemente inclinado a favor de los no pobres, y a menudo se le considera la región más desigual en el mundo. El 90% de la población más rica recibe atención durante el parto y servicios de SSR, mientras que el acceso para las mujeres pobres es mucho más precario. No será posible alcanzar el ODM 5 a menos que las intervenciones tanto preventivas (planificación familiar

y suplementación a base de micronutrientes) como de tratamiento (asistencia calificada durante los servicios de atención obstétrica de emergencia y durante el parto) se dirijan a aquellas mujeres por lo general marginadas (Wagstaff y Claeson, 2004), pero no existe la garantía de que esto disminuirá la disparidad entre los diferentes estratos sociales:

> *"Como los pobres soportan una carga de mortalidad materna desproporcionada, dirigir las intervenciones de modo que lleguen a aquellas mujeres con las necesidades más grandes tendría el mayor impacto potencial en la reducción de la mortalidad materna en general y, con ello, en el avance hacia el logro del ODM 5." (Bos, 2004: IX-1)*

> *"(...) un objetivo definido en términos de promedios poblacionales (tal como el objetivo de la salud materna) puede ser altamente regresivo, conduciendo a mayores desigualdades, si las intervenciones no son dirigidas para llegar a los pobres." (Bos, 2004: IX-8)*

Esas desigualdades también afectan, en particular, a las mujeres que viven en áreas rurales remotas, a los pobres urbanos que viven en áreas marginales, a aquellos que carecen de acceso a educación y a aquellos que no pueden encontrar trabajo (Limanonda, 1998). Tal como lo sugieren Setty-Venugopal y Upadhyay (2002), el contar con tipos de servicios de salud cercanos y más amplios es crucial para reducir la morbimortalidad materna y, de la misma forma, el contar con una fuente de anticonceptivos cercana es clave para la continuación de su uso. Es necesario considerar las disparidades intraurbanas en el acceso a los servicios de SSR:

> *"Las mujeres urbanas pobres tienen resultados de salud sexual y reproductiva peores que los de otras mujeres urbanas, y sus resultados rivalizan con aquellos de las residentes rurales en algunos entornos. (...) Las mujeres urbanas pobres tienen muchas menos probabilidades de usar anticoncepción que otras mujeres urbanas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 f: 61)*

El MDGR brasileño 2005 destaca la diferencia en el acceso a servicios de SSR entre las habitantes de las áreas rurales y urbanas. Mientras que únicamente el 9% de las mujeres que vivían en áreas urbanas carecían de atención prenatal, el número se incrementaba a 32% en las áreas rurales. Con el fin de disminuir el número de muertes maternas en el país, el informe panameño identifica que es necesario reducir la brecha de la atención materna (prenatal y durante el nacimiento) entre las áreas urbanas y rurales, particularmente en relación con las comunidades indígenas. Mientras que en las áreas urbanas la cobertura médica para las mujeres embarazadas alcanza el 99.6%, en las áreas rurales se encuentra rezagada, con un 81.3%. Las discrepancias entre la SR de las mujeres urbanas y rurales y las mujeres más ricas y más pobres en Bolivia son alarmantes. Mientras que casi todas las mujeres ricas en Bolivia dan a luz con una asistente calificada presente, menos de una de cada cinco mujeres pobres lo hacen así. Las mujeres rurales tienen casi el doble de número de hijos que las mujeres urbanas.

Las inversiones en servicios de SSR, especialmente en atención obstétrica de emergencia, deben sin lugar a dudas ser una prioridad. Por lo tanto, es necesario implementar mejoras en infraestructura, incluyendo la construcción de clínicas de salud comunitarias, hogares

maternos, casas de parto, clínicas de salud rurales y hospitales. Tal como lo enfatizan Koblinsky y Campbell (2003), las instalaciones tales como las casas de parto y las clínicas privadas pueden proveer una manera para mitigar el flujo excesivo de pacientes de maternidad sin complicaciones en los hospitales y, junto con los hogares maternos, brindar acceso a la atención de referencia necesitada por las pacientes con complicaciones en los entornos rurales. Estas instalaciones pueden ser un lugar de acceso primario para brindar atención a aquellas mujeres con mayores necesidades clínicas.

Reduciendo la mortalidad materna: el ejemplo de Honduras

Las notables mejoras en las razones de mortalidad materna en Honduras apuntan a la potencia y la efectividad de un enfoque multisectorial. Tal como se sugiere en el estudio de caso que se centra en la reducción de la mortalidad materna en Honduras (1990-1997), realizado por Danel (1998), las estrategias que tuvieron un impacto en la salud materna incluyeron: la asignación de recursos para la promoción de servicios sociales y la salud, un alto nivel de participación comunitaria, el mayor acceso a servicios de atención obstétrica de emergencia (AOE), un incremento en el personal de salud (principalmente en áreas de difícil acceso), nuevos servicios de AOE centrados en las regiones con las RMM más altas, la capacitación de personal de salud, incluyendo a asistentes de parto tradicionales, el uso de casas de parto como un paso intermedio entre los nacimientos en casa y los nacimientos en hospitales, las mejoras en la transportación de emergencia, caminos y comunicaciones, una mejor canalización de las mujeres de alto riesgo para la atención del parto por una asistente calificada, y una mayor utilización de los servicios de atención prenatal. La razón disminuyó de 182 a 108 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, es decir, un 38%, entre 1990 y 1997.

> *"La historia hondureña resalta la importancia de múltiples estrategias y el hecho de que el éxito de estas estrategias es interdependiente. El éxito de una amplifica el éxito de las otras." (Danel, 1998: 20)*
>
> *"Si, como en Honduras, estas políticas son seguidas por la asignación de recursos a las áreas necesitadas, se anticipa que podrían alcanzarse otros éxitos en la reducción de la mortalidad materna relativamente rápido." (Koblinsky y Campbell, 2003: 26)*

5.5. Una nueva Meta bajo el ODM 5: acceso pleno a la SR

La sugerencia de añadir el acceso universal a la SR como una Meta bajo el ODM 5 se hizo explícita en el informe presentado por el Proyecto del Milenio al ex Secretario General en enero de 2005, Preparing National Strategies to Achieve the Millennium Development Goals: a Handbook. Esto le permite a las parejas evitar embarazos de alto riesgo, lo mismo que escoger el momento y el tamaño de sus familias. Uno de los resultados positivos rápidos ("quick wins") identificados por el informe, por lo tanto, fue expandir el acceso a los servicios de SSR, incluyendo información y servicios anticonceptivos y de planificación familiar, y cerrar las brechas del financiamiento para insumos y logística:

> *"La salud sexual y reproductiva es esencial para alcanzar los Objetivos. Implica elecciones sexuales y reproductivas saludables, voluntarias y seguras; elecciones voluntarias por parte de los individuos y las parejas acerca del tamaño de la familia y la formación de la familia, incluyendo el matrimonio temprano y otras exposiciones a riesgos sexuales. Los temas de salud reproductiva, por lo tanto, tienen que ver con inquietudes vitales (y a menudo sensibles), que incluyen a la sexualidad, los roles de género, las relaciones de poder masculinas y femeninas y la identidad social y personal." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 d: 14)*

La nueva meta sugerida por la Fuerza de Tareas sobre Salud Infantil y Salud Materna consiste en "garantizar el acceso universal a servicios de salud reproductiva para el 2015 a través del sistema de atención primaria a la salud, garantizando un progreso más rápido entre los pobres y otros grupos marginados". Los nuevos indicadores son la proporción de la necesidad de planificación familiar satisfecha y la tasa de fecundidad adolescente.

> *"Estos indicadores monitorean dos aspectos claves del mejoramiento de la salud materna no capturados todavía por las metas y los indicadores actuales. También complementan a otros indicadores de salud reproductiva que ya se encuentran en el marco del monitoreo de los ODM. El primer indicador monitorea la capacidad de una pareja para escoger el momento y el tamaño de sus familias, un aspecto importante de la salud materna. El segundo indicador es importante para el monitoreo del Objetivo 5, ya que las adolescentes mueren durante el parto más frecuentemente que las mujeres de otras edades. Adicionalmente, los embarazos adolescentes también le roban a las mujeres otras oportunidades importantes en la vida, incluyendo oportunidades de educación y generación de ingresos (ese indicador es, por lo tanto, importante para el monitoreo del Objetivo 3: promover la igualdad de género)." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 78)*

La Fuerza de Tareas también propone indicadores que llevan un seguimiento explícito de la cobertura de servicios obstétricos de emergencia y monitorean la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Campbell-White, Merrick y Yazbeck (2006) también se pronunciaron fuertemente a favor de añadir este "ODM faltante". En septiembre de 2006, el ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, presentó su Informe sobre el Trabajo de la Organización inmediatamente antes de la Asamblea General. El párrafo 24 de este Informe introdujo cuatro nuevas Metas de los ODM, una de las cuales reza lo siguiente: "alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015".[4] La adopción de esta Meta es una decisión trascendental y el producto del trabajo incansable de la comunidad de la SR global y, de hecho, reconoce la centralidad de la SR en lo que se refiere a hacerle frente a aspectos centrales de los ODM. Desde el punto de vista del mandato del UNFPA, es probable que esta sea la Meta más significativa de la agenda de los ODM en su conjunto, con implicaciones importantes en lo concerniente a la capacidad de la agencia para transmitir algunos de sus mensajes centrales.

[4] El Informe se refiere explícitamente a la salud reproductiva, no a la salud sexual y reproductiva.

En su discurso ante la Junta Directiva el 25 de enero del 2007, Thoraya Obaid, la Directora del UNFPA, se refirió al tema en los siguientes términos:

> *"A nivel global, ahora tenemos una meta sobre el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015 al interior del marco de monitoreo de los ODM. La nueva meta bajo el ODM 5 para mejorar la salud materna es un gran paso. Facilitará la gestión y promoción, el diálogo en materia de políticas, la expansión de los servicios de salud reproductiva, y un mejor monitoreo y rendición de cuentas. Juntos, debemos asegurarnos de que la nueva meta y sus indicadores sobre el acceso universal a la salud reproductiva sean integrados por completo a las estrategias de desarrollo, planes y presupuestos."* [5]

Se está desarrollando un conjunto de nuevos indicadores para ayudarle a las regiones y los países a monitorear el avance. De acuerdo con las recomendaciones de la Fuerza de Tareas sobre Salud Infantil y Salud Materna (2005 g), la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA), que actualmente es un indicador bajo el Objetivo 6, será reasignada al ODM 5.

Bernstein y Edouard (2007) sugieren que deberían dirigirse esfuerzos para garantizar el uso de un indicador de la necesidad insatisfecha como una medida del acceso a los servicios. De acuerdo con ellos, la necesidad insatisfecha es un componente vital para el monitoreo de la proporción de las mujeres con la capacidad para espaciar y limitar sus nacimientos, y sirve como un importante instrumento para mejorar la sensibilidad del diálogo en materia de políticas. Los autores también sugieren que la nueva meta ofrece una gran oportunidad para darle la atención apropiada a la necesidad insatisfecha de anticoncepción. Adicionalmente, Adam Sonfield (2006: 11) aclara que:

> *"Ya para el momento de la CIPD en 1994, el concepto de la necesidad insatisfecha también estaba ayudando a mediar entre las inquietudes de los gobiernos y los expertos centrados en el crecimiento poblacional y aquellas de las personas principalmente interesadas en la salud y los derechos de las mujeres. La necesidad insatisfecha fue útil como teoría, ya que la "necesidad" de anticoncepción es en gran medida un asunto de si, y en qué momento, una mujer desea tener un hijo, u otro. Al basarse en lo que las mujeres quieren, y no en lo que los líderes políticos quieren, la necesidad insatisfecha ayudó a definir la planificación familiar como un tema de derechos individuales"*

Aunque sólo queda la mitad del tiempo para la implementación de los ODM, es necesario que los países comiencen a integrar la meta del acceso pleno a la SR a las actividades de sus programas. De hecho, algunas organizaciones gubernamentales nacionales, como el Ministerio de Salud brasileño, ya han comenzado a implementar la distribución dirigida de anticonceptivos, lo mismo a través de los servicios públicos que de farmacias privadas, siguiendo el Programa Farmácia Popular do Brasil. A menudo se ha declarado que estas políticas públicas forman parte de una campaña nacional políticamente comprometida con los ODM, particularmente la reducción de la mortalidad materna.

[5] UNFPA news: http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=926 (consultado por última vez en marzo del 2007).

"Nosotros sostenemos que la salud sexual y reproductiva para todos es un objetivo alcanzable si se escalan apropiadamente las intervenciones costo-efectivas, se revitaliza el compromiso político y se movilizan, se asignan racionalmente y se usan más efectivamente los recursos financieros. La acción nacional deberá estar respaldada por la acción internacional. Es necesario un esfuerzo sostenido por parte de los gobiernos de los países en vías de desarrollo y la comunidad de donantes, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, los grupos de la sociedad civil, el movimiento por la salud de las mujeres, las fundaciones filantrópicas, el sector privado con fines de lucro, la profesión de la salud y la comunidad de la investigación." (Fathalla et al., 2006: 01)

"Desde luego, incluir una nueva meta e indicadores pertinentes en los ODM es sólo un primer paso. Para tener un impacto en el terreno, es necesario el apoyo determinado de los países ricos." (Dinamarca, 2006: 05)

Los ODM, el derecho a la SSR y el enfoque basado en los derechos humanos (con base en Hunt, 2003 y 2004)

Inicialmente, los ODM relacionados con la salud fueron concebidos de manera incompleta, ya que no abordaban aspectos de la salud cruciales que son características esenciales del derecho a la salud, como es el caso de la SR. La SR es un elemento integral del derecho a la salud y debe ser incorporada a cualquier estrategia que refleje esta orientación. Por lo menos tres de los ocho Objetivos aquellos sobre salud materna, salud infantil y VIH/SIDA están directamente relacionados con la SSR.

La CIPD fue un hito para el reconocimiento por parte de los Estados de que la SSR es fundamental para los individuos, las parejas y las familias, lo mismo que para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia colocó a las mujeres en el centro de un enfoque integrado hacia la reproducción, y reconoció que los derechos humanos tienen un papel crucial que jugar en relación con la SSR, lo cual fue reafirmado en Beijing.

La comunidad internacional ha confirmado que la SSR es un elemento integral del derecho de todos al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, ya sea a través de las conferencias mundiales: CIPD, CIPD +5, Beijing y Beijing +5, o a través de los tratados sobre derechos humanos internacionales: la Declaración Universal, la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos del Niño.

"(...) El principio 1 de El Cairo comienza diciendo: 'Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.' De acuerdo con el principio 8: 'Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados

deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. .' (...) En pocas palabras, los principios suministran un marco de derechos humanos sobre el cual construir leyes, políticas, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva." (Hunt, 2004: 7)

A través de la perspectiva de los derechos humanos, la SSR incluye el derecho a un sistema de protección de la salud, incluyendo la atención a la salud y los determinantes subyacentes de la salud, que ofrezca igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del nivel más alto posible de salud. Los Estados tienen la obligación de garantizar servicios de SR y salud materno-infantil, incluyendo la existencia de servicios apropiados para las mujeres relacionados con el embarazo, proporcionando servicios gratuitos en aquellos casos en los que sea necesario. Los Estados también deberían mejorar una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a planificación familiar, atención pre y postnatal, AOE, y el acceso a información. Esto también significa que a las mujeres con embarazos no deseados se les debe ofrecer consejería e información confiables, incluyendo información acerca de en dónde y en qué momento un embarazo puede ser interrumpido legalmente. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el manejo de complicaciones derivadas del aborto.

"La aplicación de los derechos humanos a estas cuestiones puede profundizar el análisis y ayudar a identificar políticas efectivas, equitativas y basadas en evidencia para hacerle frente a estos problemas complejos. Crucialmente, la legislación sobre derechos humanos le impone obligaciones a los responsables del cumplimiento de estos derechos en el sentido de que hagan todo lo que puedan para desmantelar las barreras a la salud sexual y reproductiva. En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, las normas de los derechos humanos tienen el potencial de informar y empoderar a los individuos vulnerables y a las comunidades menos favorecidas." (Hunt, 2004: 7)

Esta perspectiva también ve las obligaciones del Estado a través de un marco analítico de obligaciones específicas bajo la ley internacional: respetar, proteger y hacer cumplir el derecho a la salud, algo especialmente útil en el contexto del diseño de políticas y el refinamiento del análisis legal del derecho a la salud, incluyendo la SSR. Esta relación con la legislación internacional también exige que el derecho a la salud tenga mecanismos de rendición de cuentas, con el fin de garantizar el respeto pleno del derecho a las obligaciones en materia de salud.

Un enfoque basado en los derechos humanos también articula estos derechos con sus políticas de implementación, por ejemplo, con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad:

"Las herramientas o marcos analíticos pueden profundizar nuestra comprensión de los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la salud (...). Un

marco que resulta especialmente útil en el contexto del diseño de políticas es que los servicios, bienes e instalaciones de salud, incluyendo los determinantes subyacentes de la salud, deben encontrarse disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad. Este marco analítico comprende a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los servicios, bienes e instalaciones de salud sexual y reproductiva deben encontrarse disponibles en números adecuados dentro de la jurisdicción de un Estado; ser accesibles geográficamente, económicamente (es decir, ser asequibles) y sin discriminación; culturalmente aceptables para, por ejemplo, las minorías y los pueblos indígenas, lo mismo que sensibles al género y los requerimientos del ciclo de vida, y respetuosos de la confidencialidad; además de ser científicamente y médicamente apropiados y de buena calidad." (Hunt, 2004: 12).

Un enfoque basado en los derechos humanos depende de una participación amplia, de modo que las personas participen en las decisiones que afectan sus vidas. Para poder alcanzar el principio de los derechos humanos de la igualdad y la universalidad, las acciones deben dirigirse a aquellos con la mayor necesidad. El enfoque basado en los derechos humanos estructura las acciones de los responsables del cumplimiento de esos derechos (el Estado, por ejemplo, con su obligación de proveer atención a la salud) y empodera a los titulares de los derechos (aquellos con derecho a reclamar sus derechos). Con el fin de asegurar resultados más sostenibles, es imperativo abordar las causas de origen de las violaciones a los derechos humanos y operacionalizar los procedimientos al nivel de las asignaciones presupuestarias y la rendición publica de cuentas. El enfoque es complementario a un enfoque de igualdad entre los géneros, el cual debe ser culturalmente sensible. Finalmente, como este enfoque incorpora derechos humanos, debe apegarse a los estándares internacionales, las convenciones y los tratados de derechos humanos globales y regionales, lo mismo que a las recomendaciones de los organismos de derechos humanos internacionales tanto legales como políticos (UNFPA, 2006 b).

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 5:

Conclusiones generales

- En la región de ALC, se estima que la tasa de mortalidad materna ha permanecido constante en aproximadamente 190 por 100,000 nacimientos en los últimos diez años, mientras que el número muertes maternas se ha mantenido en cerca de 22,000 por año, revelando progreso insuficiente en la Meta de los ODM. En el presente, solamente Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, St. Lucia y Uruguay presentan niveles por debajo de 50 muertes para 100,000 nacimientos. En Haití, la razón de mortalidad materna es alta en 520 por 100,000 y en Bolivia la reducción de 390 para 310 por 100,000 entre 1994 y 2000 todavía deja la mortalidad materna más allá de la meta de la CIPD de 125 por 100,000 fijada para 2005.
- El riesgo de mortalidad materna es marcadamente más elevado para hogares pobres, particularmente si están geográficamente aislados. Parece plausible que la muerte

materna también pueda agravar la pobreza del hogar, aun cuando el número de muertes maternas, en la mayoría de los países, es tan pequeño, comparado con el número de hogares pobres, que es improbable que cause un efecto mayor en la pobreza como tal. Se debe tener cuidado, sin embargo, para no atribuir la alta mortalidad materna primariamente a condiciones adversas de vida, ya que la determinante primaria de la mortalidad materna en países en desarrollo hoy día, así como históricamente en los países hoy desarrollados, es la capacidad del sistema de salud de lidiar adecuadamente con las complicaciones obstétricas.

1. Metas adicionales en los informes nacionales

- Aun antes de la introducción de la nueva meta de salud reproductiva en 2006, varios países en la región de ALC habían decidido aumentar el ámbito del Objetivo 5, agregando nuevas Metas e indicadores a ser monitoreados dentro de sus informes nacionales de ODM. La situación de la salud de las mujeres, y no solamente salud materna, está recibiendo atención. Brasil, por ejemplo, ha incluido la Meta de garantizar acceso universal a los servicios de SSR y la reducción de mortalidad por cáncer de seno y cervical. Argentina, Colombia, Costa Rica y Perú también adoptaron nuevas Metas o indicadores, que incluyen: asistencia a exámenes de prenatal, partos ejecutados en hospitales, planificación de la familia y prevención al cáncer cervical.

2. La relación entre patrones reproductivos y salud materna

- Los cambios en los patrones reproductivos pueden tener un fuerte impacto en la reducción de la mortalidad materna y la mejoría de la salud de la mujer en general.
- La morbilidad y mortalidad maternas son asociadas a los intervalos entre embarazos. Intervalos muy cortos han sido asociados hace mucho con el aumento del riesgo de varios resultados adversos de salud, tanto para las madres como para sus hijos. Ellos aumentan los riesgos de muerte materna, hemorragia de tercer trimestre, ruptura prematura de las membranas, endometritis puerperal y anemia. Convencionalmente, el límite crítico ha sido fijado en 24 meses, pero recientemente hay una tendencia para mover dicho límite hacia los 36 meses.
- Datos de encuestas DHS confirman que, en muchos países de la región de ALC, las mujeres desean intervalos considerablemente más largos de lo que alcanzan, lo cual demuestra una gran necesidad no satisfecha de espaciamiento de nacimientos. El espaciamiento óptimo de nacimientos requiere una continuidad de atención y acceso a programas de planificación familiar.
- Existe evidencia sobre el aumento sustancial de la mortalidad materna en órdenes altas de nacimientos (5 o más) pero, debido a la escasez de información específica por orden de nacimiento sobre la mortalidad materna, el tema no ha recibido tanta atención, particularmente en la región de ALC, como el tema del espaciamiento de nacimientos.

- La relación entre la mortalidad materna y el uso de contraceptivos también ha sido enfatizada en la literatura de salud materna. Reducir la necesidad no satisfecha de contracepción debe ser (y lo fue recientemente) reconocido como una importante Meta para la realización del ODM 5 en la región de ALC.
- Las edades maternas muy bajas o muy altas (menos de 16 o más de 35 años) son asociadas con riesgos de mortalidad materna sustancialmente más altos. Datos de las encuestas DHS de varios países de ALC dan soporte a esa afirmación. En términos del número de muertes maternas involucradas, la importancia de cada uno de los extremos es básicamente la misma, pero en la práctica el primer fenómeno ha atraído mucho más atención que el segundo.

3. La relación entre aborto y mortalidad materna

- La OMS estima que 20% de las muertes maternas en la región de ALC (superior al promedio mundial de 13%) son causadas por abortos inseguros. La OMS también sugiere que 10-50% de las mujeres que se someten a abortos inseguros tienen complicaciones, tales como rupturas cervicales, perforación del útero, fiebre, infecciones, choque séptico, y hemorragia severa.
- Concerns over the high level of clandestine abortion in the LAC region are presented in much of the literature, and it has often been considered a critical public health problem.
- MDGRs from Argentina, Brazil, Mexico, and Nicaragua have emphasized the seriousness of health complications due to unsafe abortions.
- Un estudio de 1990 de cuatro países (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela) sugiere que la mayoría de las mujeres latinoamericanas que tienen abortos inducidos tienen 20 años o más de edad, son casadas y ya son madres. Eso es un contraste con el patrón típicamente encontrado en los países desarrollados, donde es más común que las mujeres jóvenes, solteras sin hijos busquen abortos.
- La disponibilidad de servicios contraceptivos de alta calidad sería asociada a niveles de aborto más bajos, puesto que las mujeres que usan un método efectivo de contracepción simplemente son mucho menos propensas a enfrentar un embarazo no deseado y la posibilidad de un nacimiento no deseado o abortos.
- Por sí solas, las políticas de prevención del aborto inducido no son suficientes para la reducción de la mortalidad materna. Mujeres que se han sometido a abortos necesitan ser asistidas integralmente en los servicios de SR, para evitar complicaciones que amenazan su salud y sus vidas. Asimismo, la atención comprensiva pos aborto debe ser considerada una prioridad.

4. La relación entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR

- El alto uso de instalaciones para nacimientos y el nivel de mortalidad materna son inversamente relacionadas. Servicios de SSR proporcionan varios beneficios para el parto, incluyendo la prevención de enfermedades y muerte.

- Un estudio de caso sobre la reducción de la mortalidad materna en Honduras demostró una correlación entre la mejoría en la salud materna y la mejoría de la disponibilidad de servicios de atención obstétrica de emergencia. Un estudio del Banco Mundial sugiere que, si todas las mujeres tuviesen acceso a intervenciones para tratar de complicaciones del embarazo y nacimiento, en particular la atención obstétrica de emergencia, 74% de las muertes maternas podrían ser evitadas.
- Las inversiones gubernamentales en servicios de SR y políticas de derechos resultan en más ventajas sociales e incluso ahorros financieros.
- En la región de ALC, muchas veces considerada la más desigual del mundo, el acceso a servicios de SSR es todavía fuertemente sesgado a favor de los no-pobres.
- El Informe brasileño de ODM del 2005 señala la diferencia de acceso a los servicios de SR entre las personas que residen en áreas rurales y urbanas. Mientras que solamente 9% de las mujeres que vivían en áreas urbanas no tuvieron atención prenatal, el número crecía para 32% en las áreas rurales. El informe de Panamá también identifica que es necesario acercar las brechas de la atención materna (prenatal y parto) entre las áreas urbanas y rurales, particularmente con relación a las comunidades indígenas.

5. Una nueva Meta en el ODM 5: acceso pleno a la salud reproductiva

- La nueva Meta de alcanzar el acceso universal a la SR hasta 2015, introducida por el ex Secretario-General en 2006, reconoce la centralidad de la SR en tratar de temas centrales de los ODM. También estimulará el mejor monitoreo, diálogo político y disponibilidad de servicios de SR.
- Más particularmente, dicha Meta ofrece una gran oportunidad para proveer atención apropiada a necesidades no satisfechas de anticoncepción.

ODM 6: Combate al VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades

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

Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

La epidemia del VIH/SIDA es un problema de salud dramático y complejo a nivel mundial; se estima que, tan sólo durante el año 2006, 4.3 millones de personas en todo el mundo contrajeron la infección (ONUSIDA/OMS, 2006). También se ha estimado que, en el 2006, el número de personas que vivían con el VIH en la región de ALC se había incrementado a 1.7 millones, en comparación con 1.6 millones, el número estimado en el 2003. Aproximadamente 65,000 murieron de SIDA, y 140,000 eran nuevos infectados.[1] La región de El Caribe es considerada la segunda más afectada a nivel mundial, a pesar de las diferencias sustanciales entre países, con una estimación de 19,000 muertes en el 2006, lo cual convierte al SIDA en la principal causa de muerte entre las personas adultas de 15 a 44 años de edad. Se estima que, en el 2003, el número total de personas que vivían con el VIH en los países del CAREC era de 109,395 (Caribbean Commission on Health and Development, 2003). La prevalencia del VIH estimada entre adultos a nivel nacional excede el 1% en Barbados, la República Dominicana, Jamaica y Surinam, el 2% en las Bahamas, Guyana y Trinidad y Tabago, y es de más del 3% en Haití. En Cuba, por otro lado, todavía no alcanza el 0.2% (ONUSIDA, 2005 b).

La propagación del VIH está relacionada con factores tanto sociales como biomédicos, y no podrá reducirse a menos que exista un amplio cambio sociocultural y conductual. En la región de ALC, la epidemia está inextricablemente relacionada con la desigualdad entre los géneros; los valores culturales, las normas y los tabúes hacia la sexualidad (incluyendo la homofobia); los sistemas de salud debilitados y poco integrados; los recursos humanos y financieros limitados; las intervenciones de prevención y tratamiento insuficientes y con un enfoque limitado; la estigmatización de las personas que viven con el VIH; una calidad insuficiente de la educación de la sexualidad; la migración interna e internacional, y el uso inseguro de drogas. De la misma forma en que sucede con otras regiones en vías de desarrollo, los procesos sociales operan para crear disparidades en materia de salud (Stall y Mills, 2006).

[1] Se estima que el número total de personas con ETS curables en la región es de 38 millones (OMS, 2001 a).

En la mayoría de los países de la región de ALC, los niveles más altos de infección del VIH se encuentran entre los hombres que tienen sexo con hombres.[2] Se ha estimado que el sexo entre hombres representa entre un 25 y un 35% de los casos de SIDA reportados en países tales como Argentina, el Brasil, Guatemala y el Perú (ONUSIDA/OMS, 2005). Las trabajadoras sexuales ocupan los segundos niveles más altos de VIH, con una prevalencia que va de menos del 1% en Nicaragua y 2% en Panamá a más del 10% en Honduras. En Honduras, una de cada 12 trabajadoras sexuales y el 8% de los hombres que tienen sexo con hombres han dado resultados positivos en pruebas de VIH en Tegucigalpa (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica, 2003). En el Ecuador, las trabajadoras sexuales tenían una prevalencia de VIH del 11%, contra 0.3% entre la población en general (ONUSIDA, 2004). En el Caribe, la mayoría de las infecciones por VIH están teniendo lugar a través de relaciones sexuales entre hombres y mujeres.[3] Los países en los que este es el caso tienden a estar caracterizados por una proporción más alta de casos de VIH entre las mujeres (Hoffman et al., 2004).

El SIDA tiene un impacto negativo en todos los demás ODM (UNFPA, 2003 b). Incide en los resultados en materia de pobreza (ODM 1) y perjudica el acceso universal a la educación (ODM 2), especialmente en aquellos países con altas tasas de prevalencia. También tiene grandes consecuencias para la salud materno-infantil, ya que la infección del VIH incrementa la frecuencia de los problemas obstétricos y neonatales.[4] Por lo tanto, si bien el combate contra el SIDA es un objetivo en sí mismo, apuntala a otros objetivos del desarrollo, tal como lo afirmó el ex Secretario General, Kofi Annan, en su discurso ante la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre VIH/SIDA, celebrada en Nueva York el 2 de junio del 2005:[5]

> *"En esa misión, los resultados que obtengamos en la lucha contra el SIDA son cruciales. Detener su propagación no sólo es un Objetivo de Desarrollo del Mileno en sí mismo; es un requisito previo para alcanzar la mayoría de los demás. Es por eso que la lucha contra el SIDA puede ser el gran reto de nuestra época y nuestra generación. Únicamente si superamos este reto podremos tener éxito en nuestros demás esfuerzos por construir un mundo humanitario, saludable y equitativo."*

La discusión acerca del papel jugado por los temas de población en la propagación del VIH, su tratamiento y prevención estará orientada por el siguiente esquema:

[2] En la región de ALC, el estigma que rodea al sexo entre hombres sigue siendo común. Por otro lado, la cultura del "machismo" y la homofobia a menudo le impiden a los hombres buscar pruebas de VIH, consejería y tratamiento. Por lo tanto, la discriminación es una preocupación en materia de atención a la salud.

[3] En Puerto Rico, sin embargo, el uso de drogas inyectables es la principal fuente de la epidemia (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004).

[4] Una investigación realizada por Leroy et al. (1998) en Kigali, Ruanda, mostró que la infección por VIH materna tiene un impacto en los resultados obstétricos y neonatales adversos: si bien no se identificó una influencia del VIH en las malformaciones congénitas y la mortalidad neonatal, la infección por VIH materna incrementó el riesgo de premadurez en un 62% y el riesgo de bajo peso al nacer en un 58%, indujo un peso placentario más bajo e incrementó sustancialmente el riesgo de hemorragia materna postparto. UNFPA/OMS (2006) destacan además que las mujeres embarazadas que viven con el VIH/SIDA presentan un mayor riesgo de desarrollar malaria y sus consecuencias y que, por lo tanto, requieren de precauciones adicionales.

[5] http://data.unaids.org/Media/Speeches02/sp_annanga_02jun2005_en.pdf (consultado por última vez en marzo del 2007).

6.1. Aspectos de género del VIH/SIDA
6.1.1. La feminización de la epidemia del VIH/SIDA
6.1.2. La naturaleza de los factores de riesgo para el VIH en mujeres
6.2. Integrando la SSR y los servicios relacionados con el VIH/SIDA
6.2.1. Transmisión de madre a hijo (TMH)
6.3. La necesidad de enfocarse en los jóvenes
6.4. El vínculo entre migración y propagación del SIDA
6.4.1 Transmisión de enfermedades
6.4.2 Dificultades al momento de llegar
6.4.3 La fuga de cerebros médicos
6.5. Una nueva Meta bajo el ODM 6: acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA
6.6.1. Malaria y SR
6.6.2. Malaria y migración

El capítulo comienza con una visión general de la feminización de la epidemia del VIH/SIDA en la región de ALC, presentando hechos y datos recientes de varios países y describiendo algunos de los principales determinantes relacionados con el género que dan lugar a la vulnerabilidad. Entre los factores analizados se incluyen: los roles de género y la conducta sexual, una menor autonomía, la violencia contra la mujer y las condiciones del mercado del sexo. La dinámica del poder tiene un profundo efecto en la susceptibilidad de las mujeres al VIH.

La integración de los servicios relacionados con la SSR y las ETS puede optimizar los esfuerzos para el combate del VIH/SIDA entre la población femenina. El texto investiga el potencial de asociar estos servicios para la prevención, el diagnóstico, la consejería y el tratamiento del VIH/SIDA y, para ello, identifica una serie de estudios relacionados con el tema. La integración también puede jugar un papel decisivo en la reducción del número de niños infectados al promover la prevención de la transmisión de madre a hijo (TMH).

Los jóvenes en los países en vías de desarrollo y en transición son más vulnerables al VIH/SIDA que otros grupos etarios. El capítulo examina algunas de las causas que incrementan la susceptibilidad de los jóvenes a la epidemia, tales como: la actividad sexual temprana, la información inadecuada acerca de la prevención del VIH, la falta de educación de la sexualidad y en habilidades para la vida, y el acceso insuficiente a servicios amigables para los jóvenes. También se hace una revisión de la evidencia sobre estrategias para prevenir el VIH entre los jóvenes.

En la última década, la relación entre la epidemiología del VIH y la migración ha sido documentada ampliamente. La migración tiene un impacto en la propagación del VIH/SIDA a través de tres vías que se intersectan: la primera es la relación entre la movilidad humana y la transmisión de las enfermedades; la segunda se relaciona con las condiciones existentes para los migrantes al momento de llegar al país o el área de destino; y la tercera tiene que ver con el impacto de la fuga de los profesionales médicos en la salud pública: la fuga de cerebros médicos. En el texto se analizan cada uno de estos determinantes.

La nueva Meta bajo el ODM 6 es la base para el acceso universal al tratamiento para el VIH/SIDA. Los esfuerzos combinados por parte de los gobiernos y la colaboración pública privada pueden contribuir a la transferencia de tecnología y a la expansión de las opciones de tratamiento para aquellas personas ya infectadas. La terapia antirretroviral puede prolongar las vidas de los pacientes con VIH. Actualmente, la región de ALC le proporciona tratamiento a aproximadamente el 68% de la población que lo necesita.

Finalmente, el capítulo describe el vínculo entre la SR y la malaria, lo mismo que los efectos de la migración humana en el resurgimiento de la endemia de la malaria en América Latina. Es necesario tener una comprensión adecuada de la dinámica de la migración para prevenir la propagación de la malaria a nuevas áreas. De la misma forma, como las mujeres embarazadas y las personas infectadas con el VIH tienen una inmunidad reducida a la malaria, los programas para el control de la malaria deben ser diseñados en función de las necesidades de estos grupos.

6.1. Aspectos de género del VIH/SIDA

En aquellos países en los que la transmisión del VIH tiene lugar predominantemente a través de relaciones sexuales heterosexuales, tal como está sucediendo cada vez más en todas partes, las mujeres tienen menos probabilidades de infectarse que los hombres. Las relaciones entre los géneros y las desigualdades entre los géneros juegan un importante papel en este contexto de la propagación del VIH/SIDA. Por lo tanto, para poder abordar las estrategias de tratamiento y de atención a la salud es fundamental contar con una comprensión adecuada de los determinantes relacionados con el género que dan lugar a la vulnerabilidad[6] a la infección del VIH.

Es necesario considerar dos aspectos de esta cuestión. Por un lado, como el porcentaje de mujeres que viven con el VIH se está incrementando entre el número total de víctimas del VIH/SIDA, las acciones dirigidas a las mujeres como parte de los servicios de SSR son cada vez más importantes. Por otro lado, los mecanismos responsables de la infección del VIH entre las mujeres involucran problemas de género específicos y una vulnerabilidad que son diferentes de aquellos encontrados entre otros grupos.

6.1.1. La feminización de la epidemia del VIH/SIDA

A nivel mundial, la epidemia del VIH/SIDA se ha incrementado rápidamente entre las mujeres, que ahora representan el 48% de las infecciones globales. Las mujeres que viven con el VIH representan el 51% en el Caribe y el 36% en América Latina (ONUSIDA, 2006 a). Las proporciones más altas se encuentran en Haití (58%), Honduras (56%) y Guyana (55%) (ver Cuadro 6.1). En el 2002, el SIDA fue la principal causa de muerte entre las

[6] De acuerdo con el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Cuestiones de Género y VIH/SIDA de ONUSIDA, (2005: 8), la vulnerabilidad al VIH se refiere a "la probabilidad de exponerse a la infección del VIH como resultado de una serie de factores o determinantes en el ambiente externo, que se encuentran más allá del control de una persona o un grupo social particular". Sofia Gruskin (2002), por otro lado, la describe como "la falta de poder de los individuos y las comunidades para minimizar o modular su riesgo".

mujeres en edad reproductiva (de 15 a 45 años) en Belice (Belice, 2005). La feminización de la infección es mencionada en casi todos los MDGR nacionales en la región de ALC. El tema está recibiendo atención, y la mayoría de los países están adoptando políticas dirigidas a la población femenina. El PdA de la CIPD también ha hecho explícita la necesidad de políticas más efectivas con respecto a la prevención y el tratamiento del VIH, con especial atención a las adolescentes y las mujeres.

Cuadro 6.1: Mujeres como porcentaje de los adultos que viven con el VIH en países de la región de ALC (finales de 2003)

País	Adultos (15-49)	Mujeres (15-49)	Porcentaje
Argentina	120,000	24,000	20%
Bahamas	5,200	2,500	48%
Barbados	2,500	800	32%
Belice	3,500	1,300	37%
Brasil	650,000	240,000	37%
Chile	26,000	8,700	33%
Colombia	180,000	62,000	34%
Costa Rica	12,000	4,000	33%
Cuba	3,300	1,100	33%
Ecuador	20,000	6,800	34%
El Salvador	28,000	9,600	34%
Guatemala	74,000	31,000	42%
Guyana	11,000	6,100	55%
Haití	260,000	150,000	58%
Honduras	59,000	33,000	56%
Jamaica	21,000	10,000	48%
México	160,000	53,000	33%
Nicaragua	6,200	2,100	34%
Panamá	15,000	6,200	41%
Paraguay	15,000	3,900	26%
Perú	80,000	27,000	34%
República Dominicana	85,000	23,000	27%
Suriname	5,000	1,700	34%
Trinidad y Tabago	28,000	14,000	50%
Uruguay	5,800	1,900	33%
Venezuela	100,000	32,000	32%

Fuente: ONUSIDA, 2004

En Argentina, al igual que en otros países de la región, en un principio el VIH circuló principalmente entre los hombres usuarios de drogas inyectables y sus compañeras sexuales, lo mismo que entre los hombres que tienen sexo con hombres, pero hoy en día las nuevas infecciones se están produciendo cada vez más durante relaciones sexuales heterosexuales no protegidas. La razón hombre a mujer entre los casos de SIDA reportados en el país se redujo de 15:1 en 1988 a 3:1 en 2004 (ONUSIDA/OMS, 2005). Similarmente, en Belice esta razón ha llegado a 1:1 (Belice, 2005), mientras que en Trinidad y Tabago las mujeres de entre 15 y 19 años de edad tenían seis veces, y en Jamaica dos veces y media, más probabilidades de infectarse con el VIH en comparación con los hombres de la misma edad. En la República Dominicana, se estima que las mujeres de entre 20 y 24 años tienen el doble de probabilidades de ser seropositivas que los hombres jóvenes (ONUSIDA, 2006 a).

Según el MDGR nacional 2003 de Honduras, desde 1997 el SIDA ha representado la segunda causa (después de la violencia) de hospitalización y muerte entre la población en general, y la primera causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. A nivel nacional, la prevalencia del VIH proyectada entre la población adulta es de 1.4%, con un número acumulado de alrededor de 60,000 hasta el 2002. Germain y Kidwell (2005 b) sugieren que, incluso en el Brasil, en donde la epidemia se ha estabilizado en los últimos años, existe evidencia cada vez mayor de que las esposas y las compañeras principales, lo mismo que las adolescentes, se encuentran en un riesgo cada vez mayor, ya que el número de casos entre mujeres adolescentes de entre 13 y 19 años de edad en el 2005 fue un 60% mayor que aquel entre hombres adolescentes de la misma edad (Boletim Epidemiológico AIDS, Nov. 2006).

6.1.2. La naturaleza de los factores de riesgo para el VIH en mujeres

La susceptibilidad de las mujeres a la infección del VIH no está disociada de su posición de género subordinada en general en la sociedad. Over (1998), por ejemplo, encontró evidencia, con base en 32 países en el África subsahariana, 20 en la región de ALC, y 19 en Asia y el Medio Oriente, de que la tasa de prevalencia de VIH entre las personas adultas urbanas está estadísticamente asociada con indicadores de desigualdad entre los géneros, tales como la brecha entre las tasas de alfabetización masculinas y femeninas.

Tal como lo argumentan Anderson et al. (2002), mientras que los hombres han tenido históricamente un mayor riesgo conductual, las mujeres son fisiológicamente más vulnerables a la infección del VIH. También pueden enfrentar un mayor riesgo como resultado de su situación de género subordinada, por ejemplo, con respecto al acceso a la información sobre prevención y la capacidad para negociar relaciones sexuales seguras. Adicionalmente, también se pueden citar realidades tales como el matrimonio entre mujeres adolescentes y hombres mayores sexualmente experimentados; los esposos que se involucran en relaciones sexuales extramaritales; la violencia y la coerción sexual dentro y fuera del matrimonio; y los tabúes que se oponen a proporcionar a las adolescentes información objetiva acerca de la sexualidad y la reproducción (Germain y Kidwell, 2005 a). De hecho, la menor autonomía y las desigualdades entre los géneros tienen un profundo efecto en la susceptibilidad de las mujeres al VIH. Para las mujeres, la fidelidad ofrece poca protección en contra de la infección del VIH (ONUSIDA/OMS, 2005). En Chinandegas, Nicaragua, por ejemplo, se estima que las mujeres casadas tienen el doble de probabilidades que las trabajadoras sexuales de vivir con el VIH.

Un estudio realizado por Avila et al. (2002) examinó la conducta de riesgo en 134 pacientes de maternidad heterosexuales con seroprevalencia de VIH, 41 de sus compañeros sexuales (hombres que tienen sexo con mujeres), y 95 hombres homosexuales (hombres que tienen sexo con hombres) en Buenos Aires, Argentina. A todos los sujetos del estudio se les canalizó para recibir consejería post-test, carga viral, conteos de linfocitos CD4 y atención clínica. Los resultados indican que la mayoría de las mujeres se habían infectado como resultado de tener relaciones sexuales con un compañero ya infectado (84%), mientras que

la mayoría de sus compañeros se habían infectado como resultado del uso de drogas (76%). Entre las mujeres, el 16% había tenido relaciones sexuales con extranjeros, en comparación con el 34% de los hombres; la mayoría de estos contactos fueron con personas extranjeras de países vecinos, con muy pocos contactos fuera de América del Sur. Más del 74% de las mujeres reportaron menos de 5 compañeros hasta ese momento en su vida, mientras que el 18% reportaron más de 10 compañeros hasta ese momento en su vida.

> *"La dinámica subyacente del poder entre las mujeres y los hombres en muchos países en vías de desarrollo también impide que las mujeres tengan acceso a condones y luego insistan en su uso. Las relaciones sexuales no protegidas con un esposo no monógamo incrementan enormemente la posibilidad de que una mujer se vea expuesta al VIH. Un paso importante para hacerle frente a esa dinámica de poder es garantizar que exista un acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que los servicios de planificación familiar se dirijan activamente a los hombres en sus programas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 11)*

En la Ciudad de México, México, Pulerwitz et al. (2001) investigaron el riesgo de contraer el VIH y otras ETS entre mujeres casadas y en unión libre, estimando la prevalencia de la conducta sexual de los hombres fuera de sus relaciones primarias con base en datos de la primera encuesta de hogares realizada en México, que investigó la conducta sexual masculina. El análisis estuvo restringido a hombres sexualmente activos o que vivían en unión libre (n = 3990). Se encontró que el 15% de los hombres reportaron relaciones sexuales fuera de la relación durante el año anterior, el 9% reportó el uso del condón durante su última relación sexual, y el 80% no percibía ningún riesgo de contraer el VIH. La mayoría de las compañeras secundarias eran compañeras de trabajo, amantes o amigas, y el número de compañeras fuera de la relación variaba entre 1 y 30. De los hombres que reportaron relaciones sexuales fuera de la relación, el 89% indicó que su compañera primaria no sabía de su compañera secundaria, y una tercera parte reportó que su compañera secundaria no sabía acerca de la primaria. Los autores concluyeron que un número sustancial de mujeres pueden estar en riesgo.

Anderson et al. (2002) también enfatizan la importancia de la violencia de género para el desempoderamiento femenino y su mayor susceptibilidad al VIH: es esencial que las intervenciones que involucran a las mujeres le hagan frente a la violencia contra la mujer en la pareja y al tráfico de mujeres.

> *"La violencia es el sostén de la vulnerabilidad de las mujeres y las adolescentes al VIH/SIDA. (...) Es probable que la violencia y la amenaza de la violencia contribuyan a la epidemia más poderosamente al restringir la libertad de las mujeres y las adolescentes para involucrarse en relaciones y abandonarlas, decidir cuándo y cómo tener relaciones sexuales, usar condones y beneficiarse de los servicios de prevención y tratamiento." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c: 56)*

Un estudio realizado por Kishor y Johnson (2004) utilizó datos de EDS de hogares e individuales para examinar la prevalencia y los correlatos de la violencia doméstica y las

consecuencias de la violencia doméstica para la salud de las mujeres. Los autores analizaron datos representativos a nivel nacional de Camboya, Colombia, la República Dominicana, Haití, el Perú y Zambia. Los resultados indican que, en todos los países, la prevalencia de ETS entre las mujeres que han experimentado violencia es más alta que aquella entra las mujeres que no la han experimentado. En la mayoría de los países, la prevalencia de ETS reportada por las mujeres que han experimentado violencia es por lo menos del doble que aquella entre las mujeres que nunca han experimentado violencia. Análisis multivariados de los datos para tres de estos países muestran que, incluso después de controlar factores socioeconómicos pertinentes y otras conductas, la violencia está significativa y positivamente asociada con la posibilidad de reportar un síntoma de una ETS o una ITS. En la República Dominicana, por ejemplo, la proporción de mujeres que tuvieron una ITS 12 meses antes de la encuesta fue de 3.7% entre aquellas que habían sufrido violencia, 4.6% entre aquellas que experimentaron violencia en el último año, y 1.0% entre aquellas que nunca habían experimentado violencia.

Chacham et al. (2007) investigaron el vínculo entre la autonomía, o el control sobre áreas importantes de la vida social y sexual, y la susceptibilidad a la infección por VIH entre las mujeres jóvenes pobres que vivían en un área de barrios marginados en Belo Horizonte, Brasil. Se realizó una encuesta de corte transversal en una muestra aleatoria de 356 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años. Los hallazgos sugieren que los indicadores de autonomía relacionados con la sexualidad, la movilidad y la libertad de amenazas por parte de sus compañeros estaban significativamente correlacionados con prácticas vinculadas a la prevención del VIH y el acceso a los servicios de salud que promueven la prevención, especialmente entre los adolescentes. Las mujeres jóvenes que hablaban con sus compañeros acerca del uso del condón antes de la primera relación sexual y tomaban decisiones acerca del uso del condón de manera conjunta con ellos tenían más probabilidades de usar condones. En contraste, aquellas que alguna vez habían sido víctimas de violencia física por parte de un compañero, o cuyos compañeros restringían su movilidad, tenían menos probabilidades de usar condones.

La violencia basada en género limita la libertad física y mental – que es acentuada en el contexto de la creciente industria del tráfico. Toda persona traficada para su incorporación a cualquier forma de explotación es vulnerable a riesgos de salud asociados con enfermedades mentales, reproductivas, sexuales y comunicables. Globalmente, Colombia es el tercer país de origen más común entre las mujeres traficadas; se estima que cada año 35,000 mujeres abandonan Colombia para trabajar en el mercado del sexo en Asia y Europa (Ward, 2002).

> *"El tráfico de adolescentes y mujeres como trabajadoras sexuales las coloca en un mayor riesgo de contraer la infección del VIH y otras ETS. Además de los riesgos implícitos relacionados con las relaciones sexuales forzadas y a menudo no protegidas con múltiples compañeros, la mayoría de las trabajadoras sexuales y las adolescentes y mujeres traficadas ingresan a los países y trabajan ilegalmente, por lo general no son protegidas por la ley y tienen poco o ningún acceso a servicios médicos y sociales. Las mujeres migrantes también están sujetas a estas situaciones de riesgo." (OPS/UNIFEM, 2005: 2)*

Diversos estudios[7] similares a los descritos anteriormente y relacionados con otras regiones en vías de desarrollo también apuntan a una fuerte correlación entre la violencia basada en género y la susceptibilidad al VIH.

Para poder prevenir las infecciones por VIH que pueden tener lugar como resultado de relaciones sexuales forzadas y otros tipos de violencia por razón de género, se ha demostrado que la profilaxis post-exposición (PPE) – un tratamiento antirretroviral que se usa poco tiempo después de que una persona ha estado expuesta al VIH con el fin de inhibir la infección- es efectiva si se inicia rápidamente, preferentemente dentro de las primeras horas posteriores a la exposición. Un estudio llevado a cabo desde que se comenzó a ofrecer la PPE en una clínica en São Paulo, Brasil, mostró que ninguna de las 182 mujeres tratadas con PPE se infectaron, mientras que cuatro de 145 (el 2.7%) que no recibieron la PPE contrajeron el VIH (Drezett, 2000). No obstante, el estigma de la violencia y la pena asociada con el abuso sexual hacen que para las mujeres resulte difícil buscar ayuda y tratamientos diseñados para reducir la posibilidad de infección.

Proveer a las mujeres con métodos para la prevención del VIH controlados por ellas mismas puede mejorar grandemente su efectividad. Tal como lo afirmó el ex Secretario de las Naciones Unidas, Kofi Annan, durante la 16a Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Bangkok, Tailandia, el 11 de julio del 2004:[8]

> *"Debemos asegurarnos de que ellas [las mujeres] tengan un acceso pleno a las opciones prácticas que pueden protegerlas del VIH incluyendo los microbicidas, a medida que se hagan disponibles."*

En la región de ALC, la transmisión del VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes es un factor significativo para la propagación del VIH. Tal como se mencionó anteriormente, los segundos niveles más altos de VIH en la región de ALC se encuentran entre las trabajadoras sexuales. Es necesario diseñar políticas especiales para este grupo. La estigmatización y la naturaleza a menudo ilegal del trabajo sexual le impiden a las trabajadoras sexuales buscar protección en contra de clientes abusivos o propietarios de bares y burdeles. La ausencia de

[7] En una regresión logística multivariada realizada con base en 1,366 mujeres de 16 a 44 años de edad que buscaron atención antenatal en clínicas en Soweto, Sudáfrica, en el periodo 2001-2002 (Dunkle et al., 2004), el 55% reportaron que habían experimentado abuso físico o sexual por parte de un compañero. Diversas mediciones de la violencia contra la mujer en la pareja predecían la infección por VIH (razón de disparidad, 1.5). El reporte de una gran disparidad de poder en la relación sexual actual, y el haber participado en cualquiera de las conductas de riesgo sexuales examinadas, a excepción de jamás haber usado un condón, también estuvieron asociados con una mayor probabilidad de infección por VIH. Todas las conductas de riesgo incluyendo el hecho de jamás haber usado un condón estaban vinculadas con diversas formas de violencia conyugal, abuso infantil y disparidades de poder en las relaciones actuales de las mujeres. Los investigadores sugieren que, como las mujeres abusadas y desempoderadas tienen un mayor riesgo de infección por VIH, incluso después de considerar su propia conducta de riesgo, los hombres abusivos y controladores pueden tener más probabilidades que otros hombres de infectarse con el VIH o con otras ITS que pueden incrementar la susceptibilidad de las mujeres al VIH. También concluyen que "hacerle frente a los problemas de la violencia por razón de género y el VIH requerirá de amplias transformaciones a nivel comunitario y societal que desafíen las arraigadas culturas de la violencia y las normas de las relaciones entre los géneros dominadas por el hombre." En un comentario adicional, Martin y Curtis (2004) apuntan que muchas iniciativas importantes para contener la propagación del VIH/SIDA incluyendo el Plan de Emergencia para la Mitigación del SIDA del Presidente de los Estados Unidos reconocen la importancia de hacerle frente a las desigualdades entre los géneros, la violencia contra la mujer en la pareja y los desafíos resultantes para la prevención del VIH. Sin embargo, hacen notar que muchas estrategias de implementación, tales como aquellas que se centran en la abstinencia entre las personas jóvenes, no consideran las circunstancias y los efectos de la violencia por razón de género y pueden ser de un uso limitado para aquellas mujeres que han sido abusadas o desempoderadas.

[8] http://www.un.org/News/ossg/sg/stories/statments_search_full.asp?statID=36 (consultado por última vez en marzo del 2007).

regulación de la industria sexual, y el hecho de que en la mayoría de los países el trabajo sexual es ilegal y, por lo tanto, no está protegido por estándares de seguridad legales, han dado como resultado una falta de respuesta por parte del sector salud, la policía y los servicios sociales a las inquietudes de las trabajadoras sexuales (Anderson et al., 2002). Estos temas fueron objeto de discusión durante la Consulta Técnica Global sobre el VIH y el Trabajo Sexual realizada en Río de Janeiro en julio de 2006. Durante su presentación en esta consulta, Jenny Butler, del UNFPA, hizo referencia al pilar prioritario del soporte para la expansión de los servicios sobre VIH, SSR y otros servicios sociales y de salud para este grupo, lo mismo que a la necesidad de hacerle frente a las barreras al acceso en el contexto del trabajo sexual. Globalmente, se estima que sólo el 26% de las trabajadoras sexuales, de acuerdo con sus datos, tienen acceso a dichos servicios. Los servicios sociales y de salud establecidos a menudo son renuentes a satisfacer sus necesidades y, en aquellos casos en los que se ofrecen estos servicios, su calidad a menudo es deficiente.

Montano et al. (2005) entrevistaron y realizaron pruebas a 13,600 trabajadoras sexuales comerciales en 9 países de América del Sur, entre 1995 y 2002. Se proporcionó consejería pre y post-prueba, además de canalizaciones posteriores a las autoridades médicas apropiadas, y se desarrollaron cuestionarios específicos para cada país que se administraron en entrevistas individuales. Entre las trabajadoras sexuales comerciales, la prevalencia del VIH se incrementaba con la edad ($P<0.05$), y se notaron prevalencias más altas en las ciudades de Buenos Aires (6.3%), Asunción y las ciudades fronterizas con el Brasil (2.6%), y Guayaquil (2.1%). Diversos factores de riesgo fueron asociados con la infección por VIH entre las trabajadoras sexuales. Las asociaciones más notables en el análisis fueron aquellas con una historia de ITS precedente, el número de compañeros sexuales por semana, el uso de drogas inyectadas y no inyectadas, el consumo de alcohol y las transfusiones sanguíneas. Las investigaciones no pudieron evaluar la asociación entre la seropositividad al VIH y el uso del condón, a consecuencia del alto número de no respuestas a este tipo de pregunta al momento de realizarse el análisis por país.

Allen et al. (2006) realizaron un estudio de corte transversal similar en Georgetown, Guyana. El objetivo fue identificar los factores de riesgo para el VIH y los patrones de uso de servicios de ITS entre 299 trabajadoras sexuales. Se encontró que la prevalencia de VIH fue del 30.6% [intervalo de confianza del 95% (24.9-36.3)]. Una regresión logística multivariada[9] indicó una asociación significativa entre la infección por VIH y el haber tenido una úlcera vaginal en los últimos 12 meses. De la misma forma, el haber tenido una úlcera vaginal fue asociado con el uso de cocaína. Una regresión de variables de uso de servicios de ITS encontró asociaciones significativas entre la infección por VIH y la obtención de condones a través de servicios de ITS del sector público, el no regresar por los resultados de las pruebas de VIH y el haberse sometido a una prueba de VIH por última vez hace más de 6 meses. Los autores sostienen que un programa activo de detección y tratamiento de

[9] La regresión logística es un tipo de regresión que relaciona la probabilidad de experimentar un cierto evento con un conjunto de variables explicativas. Es diferente de la regresión convencional en el sentido de que la variable a ser explicada es una probabilidad y, por lo tanto, está limitada al intervalo de 0 a 1.

de ITS ulcerantes debería combinarse con servicios para combatir el abuso de sustancias adictivas dirigidos a las trabajadoras sexuales. También observan que el estigma del VIH puede impedirle a las trabajadoras sexuales con un alto nivel de riesgo tener acceso a los resultados de la prueba del VIH.

Un primer paso hacia el mejoramiento de esta situación consistiría en reconocer que las mujeres son vulnerables a la infección, y que todas las mujeres tienen el derecho a tener acceso a consejería, pruebas, tratamiento, atención y apoyo de manera voluntaria y confidencial (Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, 2006; ONUSIDA, 2006 b). Los programas y las políticas de salud en general necesitan incorporar una perspectiva de género a la agenda del VIH/SIDA, ya que las normas y los roles de género también tienen un profundo efecto en la transmisión/prevención de la epidemia. Estas políticas deberían dirigirse a los grupos objetivo con una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH y deben promover formas para que las mujeres se protejan más efectivamente.

> *"Los derechos sexuales y reproductivos son una prioridad crucial en las políticas, la programación y asignación de recursos para el VIH/SIDA, aunque descuidada. La falta de protección de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, incluidos sus derechos a la salud y a una vida libre de coerción y violencia, alimenta la pandemia. A fin de erradicarla, son esenciales el acceso universal a servicios y educación en materia de salud sexual y reproductiva, así como la protección de los derechos sexuales y reproductivos." (Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, 2006: 1)*

De manera más general, el Banco Mundial (2004 d) categoriza las intervenciones apropiadas para hacerle frente a los factores de riesgo y las vulnerabilidades femeninas de la manera siguiente:

1. Reducir la pobreza y la dependencia económica;
2. Hacerle frente a los efectos negativos de las normas culturales;
3. Cambiar las normas sexuales;
4. Reducir la violencia contra la mujer;
5. Mejorar las leyes, la aplicación de la ley y el acceso legal;
6. Hacerle frente a los factores fisiológicos; y
7. Poner fin a la mutilación genital femenina.

6.2. Integrando la SSR y los servicios relacionados con el VIH/SIDA[10]

A medida que se incrementa la proporción de mujeres entre la población que viven con el SIDA, las sinergias entre los campos de la SSR y las ITS se vuelven cada vez más evidentes. El hecho de que alrededor del 80% de las infecciones por VIH ahora son transmitidas sexualmente y un 10% adicional perinatalmente o durante la lactancia (Askew y Berer, 2003)

[10] Con el fin de ofrecer una orientación acerca de cómo vincular la SSR y el VIH/SIDA, IPPF, el UNFPA, la OMS y sus asociados han preparado un conjunto de herramientas, incluyendo las siguientes:

- Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA: Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios: http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.es.pdf
- Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: an annotated inventory: http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/inventory_linkages_shr_hiv.pdf
- Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS (UNFPA/OMS, 2006): http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/616_filename_srh_hiv-aids.pdf

parecería reservarle un importante papel a las intervenciones de SSR para la prevención del SIDA. Un aspecto importante de la Agenda de El Cairo es la integración del manejo de las ITS, incluyendo el VIH, con los servicios de planificación familiar y de salud materno infantil. La Agenda de CIPD+5 es aún más enfática en lo que respecta a esas inquietudes, y establece la siguiente meta:

> *"Para el 2005, el 60% de las instalaciones de planificación familiar y atención primaria a la salud deberán ofrecer la prevención y el manejo de infecciones del tracto reproductivo, incluyendo ETS y métodos de barrera para prevenir la infección." (CIPD+5, 21a Sesión Especial, punto 8 de la Agenda)*

La Revisión 2006 de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) también hizo notar la importancia de vincular el VIH/SIDA y la SSR. Con base en la Declaración Política y los resultados de la Cumbre Mundial 2005, el Secretariado de ONUSIDA y sus asociados han estado definiendo el concepto en un marco para el *Acceso Universal a la Prevención, el Tratamiento y la Atención del VIH/SIDA para el 2010*, el cual también subraya la importancia de fortalecer las vinculaciones entre la SSR y el VIH/SIDA. Aunque los MDGR nacionales guardan un silencio casi total acerca del valor de integrar los servicios, en general los países latinoamericanos habían avanzado más que otras regiones en vías de desarrollo, incluyendo el África subsahariana, en la implementación de la integración; especialmente la consejería y la reducción de riesgos (Lush, 2002; Dehne y Snow 1999).

> *"Los programas de VIH/SIDA en el pasado han estado separados de los programas de SSR, pero es momento de reintegrar estos dos temas de salud obviamente interconectados con el fin de optimizar los resultados de salud positivos." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 117)*

Los servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil pueden ser entornos ideales para suministrar información y para la consejería acerca de la conducta de prevención apropiada, el desarrollo de métodos anticonceptivos y el uso del condón, que ofrecen una excelent barrera contra la gonorrea, la clamidia, el citomegalovirus, el herpes, la hepatitis B y la infección por VIH (Erny y Porte, 1989; Berer, 2004). El acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos también juega un papel en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. El gran potencial de estos servicios en el combate al VIH/SIDA está vinculado al hecho de que a menudo son el principal y a veces único contacto de la mujer con el sistema de atención a la salud (Budiharsana, 2002).

> *"El alcance y la gran clientela de los servicios de salud reproductiva ofrecen una importante oportunidad para la prevención y el tratamiento del SIDA. Las mujeres casadas y algunas jóvenes a las que llegan los servicios de planificación familiar, embarazo y parto existentes, al igual que los servicios de ITR/ITS, incluyendo la detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama, ofrecen una enorme clientela potencial para la educación sobre la consejería y las pruebas voluntarias, la prevención de la transmisión de madre a hijo, el SIDA y la promoción y distribución del condón, al igual que la atención y el tratamiento del SIDA." (Kaufman y Messersmith, 2005: 14)*

La prevención y el manejo de las ITS, lo mismo que su detección y tratamiento tempranos, no sólo son importantes en sí mismos, sino también para la prevención del VIH, ya que algunas ITS incrementan la probabilidad de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales no protegidas (ONUSIDA, 2005 c). Por lo tanto, la prevención, el diagnóstico, el examen y el tratamiento de las ITS deberían ofrecerse de manera integral, confidencial y efectiva como parte de los servicios de salud materno-infantil, atención antenatal y planificación familiar (OMS/Programa Global sobre el SIDA, 1994; Mayhew et al., 2000). De hecho, se ha estimado (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004) que el acceso a los servicios de prevención básicos podría prevenir 29 de los 45 millones de infecciones que se proyecta ocurrirán durante la presente década.

> *"La gran mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas sexualmente o durante el embarazo, el parto o la lactancia. La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual son una preocupación de salud reproductiva central, lo mismo que una importante intervención para la prevención del VIH. Además, los programas de planificación familiar han desarrollado un conocimiento considerable y herramientas para transmitir información e influir en la conducta sexual. De tal modo que existen abundantes razones para promover vínculos fuertes entre los programas y los servicios de salud reproductiva y VIH/SIDA." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c: 36)*

En Haití, por ejemplo, en donde la gran mayoría de las infecciones por VIH son contraídas sexualmente, la ONG GHESKIO decidió ofrecer servicios de SSR vinculados a su programa de VIH/SIDA. La integración se implementó principalmente porque el estigma y la falta de las habilidades profesionales necesarias dieron como resultado que a muchas personas seropositivas se les negaran servicios de SSR en otros sitios, y también porque las personas no tenían el tiempo o el dinero para ir de un lugar a otro para satisfacer sus variadas necesidades de salud. El ofrecer la oportunidad de tener acceso a otros servicios de salud al mismo tiempo y bajo el mismo techo mejoró grandemente el uso de la consejería y las pruebas de VIH (Simone, Pape y Verdier, 1999). De hecho, de acuerdo con estos autores, la SSR puede contribuir de muchas maneras diferentes:

Contribución de los servicios de planificación familiar:

- Educación sobre las ITS, sus síntomas y su forma de transmisión, y la conducta de búsqueda de la salud apropiada; detección y manejo de ITS;
- Alentar el uso del condón con o sin otros métodos anticonceptivos para la protección en contra del embarazo no deseado, las ITS/el VIH, y la infertilidad;
- Proporcionar información en el sentido de que los anticonceptivos que no son de barrera no protegen en contra de las ITS/el VIH;
- Garantizar que las mujeres y los hombres seropositivos tengan acceso a servicios de SSR para prevenir embarazos no deseados o para concebir y tener hijos seguramente.

Contribución de los servicios prenatales y de parto:

- Información y servicios para prevenir la transmisión sexual del VIH;

- Pruebas y consejería para el VIH;
- Educación sobre la reducción de riesgos;
- Promoción y provisión de condones durante el embarazo y planificación familiar/ doble protección posteriormente;
- Educación sobre las consecuencias adversas de las ITS para el embarazo y los resultados del embarazo;
- Detección y manejo de ITS, incluyendo la sífilis.
- Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo durante el parto/a través de la alimentación del lactante.

Existe una clara asociación entre el conocimiento de aspectos relacionados con la SSR por parte de la madre y su conocimiento acerca del VIH/SIDA, sugiriendo que existen ventajas en el uso de estrategias de información conjuntas para ambos, aunque no es posible atribuir ninguna interpretación causal a esta relación. La EDS 2003 de Bolivia, por ejemplo, muestra que el 68.5% de las mujeres en edad reproductiva sabían que una persona en apariencia saludable de cualquier forma puede infectarse con el SIDA. Sin embargo, entre aquellas mujeres que conocían menos de 4 métodos anticonceptivos, sólo el 34.9% respondieron la pregunta correctamente. Entre aquellas que conocían entre 4 y 7 métodos, la proporción fue del 56.2%, y entre aquellas que conocían entre 8 y 11 métodos, del 74.5%. De las mujeres que identificaron 12 o más métodos anticonceptivos, el 89.4% también respondió correctamente a la pregunta sobre el VIH/SIDA.

Además de su contribución al mejoramiento de la conciencia y el conocimiento acerca del VIH/SIDA, la integración también ha sido considerada como un medio importante para promover la consejería y las pruebas voluntarias y el uso del condón. En el Brasil se han observado bajas proporciones de personas que conocen su estado de seropositividad (Beloqui, 2004), una situación que también podría encontrarse en otros países de la región.

La factibilidad y la sinergia efectiva de la integración de los servicios: el caso de Haití

Una investigación realizada en Puerto Príncipe, Haití, por Peck et al. (2003), demostró la factibilidad y la sinergia efectiva de integrar los servicios de atención primaria en el sitio a la consejería y las pruebas voluntarias de VIH, a través de una revisión retrospectiva de registros de pacientes en el centro de consejería y pruebas voluntarias de GHESKIO. El número de nuevas personas que buscan consejería y pruebas voluntarias en GHESKIO se incrementó de 142 en 1985 a 8,175 en 1999, con un porcentaje cada vez mayor de mujeres, adolescentes, clientes libres de síntomas, y clientes autoderivados. De las nuevas personas adultas que buscaron consejería y pruebas voluntarias en 1999, el centro pudo suministrar atención para el SIDA al 17%, tratamiento contra la tuberculosis al 6%, manejo de ITS al 18%, y planificación familiar al 19%.

Se ha reportado una amplia aceptación de la consejería y las pruebas voluntarias de VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a servicios de SSR. Viani et al. (2006), por

ejemplo, realizaron un estudio en Baja California, México, entre mujeres embarazadas que asistieron al Hospital General de Tijuana de marzo a noviembre del 2003. De las 1,653 mujeres que buscaron atención prenatal, 1,529 (92.5%) otorgaron su consentimiento para participar, al igual que 1,068 (95.2%) de 1,122 mujeres en trabajo de parto.

La aceptación de la integración de la consejería y las pruebas voluntarias y los servicios de atención se ha encontrado no sólo en América Latina, sino también en otros países en vías de desarrollo.[11]

Es necesario implementar la oferta rutinaria de pruebas de VIH voluntarias y confidenciales como parte de los servicios de SSR, particularmente en las clínicas para ITS y tuberculosis, lo mismo que en las clínicas antenatales que ofrecen servicios para la prevención de la transmisión de madre a hijo. Las pruebas son cruciales tanto para la prevención como el tratamiento; la consejería post-prueba también es un aspecto imperativo:

> *"Un elemento central de una respuesta de salud pública sería un programa de pruebas mucho más amplio, y el reconocimiento de que las pruebas sirven a una variedad de propósitos, lo cual exige una variedad de enfoques. Es necesario ampliar la consejería y las pruebas voluntarias tradicionales, que son solicitadas por personas que quieren conocer su estado." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c: 66)*

En lo que respecta a los condones femeninos, los programas y los servicios de SSR también juegan un papel en la promoción de su uso. El condón femenino no tiene efectos secundarios serios: no altera la flora vaginal o provoca una irritación significativa de la piel, reacciones alérgicas o trauma vaginal (Gollub y Warren, 1997). No sólo protege en contra del VIH, sino también en contra del citomegalovirus, el virus del herpes y el virus de la hepatitis B (Hoffman et al., 2004). Los prestadores de servicios necesitan capacitación, incluyendo el conocimiento de las necesidades de consejería especiales de sus clientes potenciales (Gollub y Warren, 1997). Particularmente, los condones femeninos pueden ofrecerle a las trabajadoras sexuales un mayor control sobre la prevención del VIH si sus clientes los encuentran más aceptables que los condones masculinos (UNFPA/OMS/PATH, 2005).

> *"Con el reconocimiento de que las desigualdades entre los géneros son una importante fuerza que impulsa la epidemia, el desarrollo de métodos de prevención sobre los que las mujeres tengan algún control se convirtió en un imperativo." (Hoffman et al., 2004: 140)*

[11] Reynolds et al. (2003) realizaron un estudio acerca de la consejería y las pruebas voluntarias (CPV), en Kenia, durante el mes de junio de 2002. Para ello emplearon métodos tanto cualitativos como cuantitativos en 20 centros de CPV. En lo que respecta a la aceptación de la integración de los servicios, los resultados indicaron que: todos los consejeros de CPV y los encargados de los centros estuvieron de acuerdo en que era una buena idea ofrecer información y educación sobre anticoncepción a sus clientes de CPV. Casi todos los prestadores de servicios y los encargados de los centros (el 95%) apoyaron la provisión de materiales de información, educación y comunicación y la canalización a servicios de planificación familiar durante la CPV. El suministro de métodos anticonceptivos fue apoyado por casi dos tercios de los encargados de los centros y los consejeros (60% y 61%). La mayoría de las clientes (el 89%) pensaban que los servicios de planificación familiar ofrecidos como parte de la CPV era una buena idea. La mayoría de los encargados de los centros y los consejeros pensaban que la sesión pre-prueba o la sesión post-prueba eran el momento más apropiado para ofrecer estos servicios. Las clientes preferían que la consejería sobre planificación familiar le siguiera a la prueba del VIH.

Aunque el uso del condón femenino exige la cooperación de los hombres (Hoffman et al., 2004), la cual no está garantizada, se han registrado éxitos con su introducción, y su uso se está incrementando. En Haití, las ventas de condones femeninos (Reyalite) se incrementaron de 14,073 en 1997 a 37,854 en el 2000 (Camara, 2002). El Ministerio de Salud del Brasil realizó un estudio para identificar la aceptación del condón femenino. A lo largo de un período de un año, se entrevistó a 2,400 usuarias de servicios de salud pública provenientes de diversos entornos culturales. Los resultados indicaron una tasa de aceptación para el condón femenino del 70%. En 1999, el Programa Nacional contra el SIDA comenzó a distribuirlo en el sector público. Sus mensajes claves se centraron en las desigualdades entre los géneros y en factores culturales. De manera similar, una investigación realizada en seis ciudades brasileñas (Barbosa, Berquó y Kalckmann, 2000) indicó que un porcentaje relativamente alto (el 70.1%) de usuarias del condón por espacio de 90 días encontraron el método aceptable. Este porcentaje varió relativamente poco entre los grupos de usuarias, aunque fue ligeramente más alto entre aquellas mujeres que estaban acostumbradas al condón masculino o que tenían una historia de ITS, y ligeramente más bajo entre aquellas que no se consideraban en riesgo de embarazo.

La integración de los servicios también puede contribuir a ampliar la práctica de la doble protección, al hacer ver que debería considerarse el riesgo de ITS durante la elección anticonceptiva. Un estudio realizado por Lazcano-Ponce et al. (2000), con la participación de 2,107 clientes en una clínica de planificación familiar en la Ciudad de México, sugiere que si a las mujeres que buscan servicios de planificación familiar se les proporciona información acerca de los métodos de planificación familiar y la prevención y los factores de riesgo de las ITS, y luego se les da la responsabilidad de elegir un método, estas tienen más probabilidades de elegir el condón en lugar del DIU que las mujeres cuya elección de método se basa en la selección del proveedor. Estos datos indican que el proporcionar información acerca de los métodos de planificación familiar, los factores de riesgo de las ITS, y la elección de un método anticonceptivo a las clientes de planificación familiar puede reducir la dependencia potencialmente perjudicial del DIU como el único método anticonceptivo e incrementar la selección del condón para la anticoncepción en aquellas clínicas que ofrecen estos servicios. Los resultados también apuntan al argumento de que la 'percepción' del riesgo de ITS para las mujeres por parte de los médicos puede colocar a las mujeres en un mayor riesgo de depender exclusivamente del DIU en comparación con la decisión informada de las mujeres.

Xu et al. (2002) desarrollaron un estudio cuyo objetivo era evaluar los efectos de proporcionarle a las mujeres consejería sobre la comunicación en la pareja, la realización de pruebas de VIH para sus parejas y el uso del condón por compañeros sexuales estables en el Norte de Tailandia. La cohorte constó de 779 mujeres, 655 de las cuales fueron reclutadas en clínicas de planificación familiar y 124 en el pabellón postparto del Hospital Chiang Rai. Se recolectó información acerca de la conducta para la prevención del VIH, con seguimiento a los 6 y 12 meses para determinar si esa conducta cambiaba después de la consejería en la clínica. Los hallazgos indicaron que la consejería sí promovía la comunicación acerca del

riesgo de contraer el VIH y la conducta preventiva con los esposos, y esta comunicación fue asociada con la adopción de conductas preventivas, tales como la iniciación del uso del condón y las pruebas de VIH por parte del marido. Los efectos de la consejería proporcionada en las clínicas en el uso consistente del condón y las pruebas de VIH por parte de los esposos fueron pequeños o moderados. Se hizo notar que muchas de las parejas únicamente utilizaron los pocos condones que se les proporcionaron a las mujeres durante sus visitas a las clínicas y luego interrumpieron su uso; este hallazgo indicó que, si bien muchas parejas podían mantener el uso del condón por algún tiempo después de la consejería, no estaban lo suficientemente motivadas como para superar las barreras contra el uso del condón, que pueden incluir el módico costo de los condones, la estigmatización para las personas casadas que adquieren condones en las comunidades pequeñas, las implicaciones de la falta de confianza en la pareja, la inconveniencia de usar condones, la percepción de un bajo riesgo de infección, la confiabilidad limitada de los condones, y una disminución en el placer sexual con el uso del condón.

Los servicios de SSR pueden contribuir a la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas a las que las mujeres infectadas con el VIH, con sus sistemas inmunes debilitados, son más vulnerables. Las más comunes entre las personas que viven con el VIH/SIDA incluyen a la candidiasis, la displasia cervical, el citomegalovirus, los virus del herpes simplex y el virus del papiloma humano (VPH) (Tuomala, 1999; Fauci, 2004). Es crucial que los países ofrezcan un acceso total a los canales normales para acceder a los servicios ginecológicos y de SR, como es el caso de la atención ginecológica, anticonceptiva o relacionada con el embarazo para aquellas mujeres que viven con el SIDA (Dalcy, 1994).

Las personas que viven con el SIDA y tienen acceso a terapia antirretroviral están viviendo más tiempo, y también deben tener acceso a programas de SSR integrales con el fin de disfrutar del derecho a una sexualidad saludable, segura y placentera, el derecho a tomar decisiones reproductivas informadas, y los medios para tener hijos sin transmitirles el virus (Kaufman y Messersmith, 2005; Rutenberg y Baek, 2005). Los programas y las políticas deben ser adaptados para cumplir con los derechos y las necesidades de SSR cada vez mayores de las personas que viven con el SIDA. La prevención de los embarazos no deseados es un aspecto de gran importancia; de la misma forma, una proporción significativa de las mujeres seropositivas pueden desear embarazarse (UNFPA/OMS, 2006).

> *"Los servicios anticonceptivos voluntarios para ayudarle a las mujeres seropositivas a prevenir embarazos no deseados deberían ser un componente central de las estrategias de prevención nacionales costo efectivas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 12)*
>
> *"El campo del SIDA mismo está cambiando a medida que el acceso al tratamiento comienza a convertirse en una realidad, o por lo menos en el objetivo enunciado, incluso en los lugares más pobres. Con el tratamiento, el SIDA puede convertirse en una enfermedad crónica. A medida que las personas viven con la enfermedad, el campo debe reconocer que las poblaciones predominantemente jóvenes afectadas*

> *querrán tener vidas sexuales saludables y activas, casarse y tener hijos. El campo debe moverse más allá de sencillamente prevenir las infecciones primarias." (Kaufman y Messersmith, 2005: 8)*

Otros programas deben incluir la necesidad de tratar a sus parejas del sexo masculino, que tienen muchas menos probabilidades de ser los usuarios primarios de los servicios de SSR. Adicionalmente, el dirigirse a segmentos estigmatizados de la población, como es el caso de los hombres que tienen sexo con hombres, también exige esfuerzos adicionales (Finger, 1994; ONUSIDA/OMS, 2005).

> *"La falta de información, la estigmatización, la homofobia y los prejuicios sociales acerca de la orientación o la conducta sexual impiden el acceso a la prevención y la atención clínica en América Latina. Estos son algunos de los obstáculos que las personas con un alto nivel de riesgo o que están infectadas enfrentan al tratar de tener acceso a los servicios. También obstaculizan el acceso por parte de las personas que viven con el VIH y el SIDA, lo cual impide un tratamiento justo y equitativo." (Abreu, Noguer y Cowgill, 2003: xxiii)*

En la práctica, la integración de la SSR con la prevención del VIH no ha sido fácil y los vínculos entre ambos tipos de programas por lo general han sido débiles (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c). Packer et al. (2004) analizaron el sistema de salud pública de Jamaica y propusieron una serie de intervenciones potenciales que podrían mejorar la integración de los servicios de planificación familiar (PF) y VIH, tales como adaptar las políticas de recursos humanos, el uso de una lista de verificación común para los servicios de PF/antenatales/ITS, rediseñar los sistemas de registro, y la implementación de capacitación para el personal nuevo. El estudio concluyó que, sin el establecimiento de cambios sistémicos en el sistema de salud, la integración efectiva es altamente improbable.

Según Askew y Berer (2003), los siguientes problemas juegan un papel en la falta de articulación: los líderes en ambos campos tienen diferentes agendas y disciplinas enraizadas; los donantes bilaterales y multilaterales tienen departamentos para el VIH/SIDA y la SSR separados, y han estado financiando programas y servicios por separado; las responsabilidades de los programas, la presupuestación y el financiamiento para las dos especialidades están separados en los sistemas nacionales de salud; se han implementado o mantenido estructuras de programas verticales; el financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha exacerbado esta situación, ya que los fondos para el SIDA se han vuelto tan abundantes que tienden a favorecer un enfoque vertical por encima de los esfuerzos de integración con la SSR y otras áreas de la salud relacionadas.

En términos de la asignación de recursos, incluso se ha dado cierta competencia entre los programas de SSR y VIH/SIDA. Campbell-White, Merrick y Yazbeck (2006) hacen notar que si bien las inversiones en planificación familiar y SSR disminuyeron en términos reales entre 1995 y 2001, el apoyo para el VIH y las ITS se incrementó ocho veces. Desde un punto de vista más práctico, la combinación de los servicios de SSR y VIH exige esfuerzos especiales para asegurarse de que la integración no imponga una carga excesiva a los servicios

ya existentes y comprometa la calidad de los servicios. Los costos iniciales de la integración, incluyendo la capacitación al personal para satisfacer las complejas necesidades de SSR de los clientes seropositivos, también tienden a ser altos.

El 7 de junio del 2004, el UNFPA y ONUSIDA, en colaboración con Family Care International, convocaron a una consulta global de alto nivel en la Fundación Rockefeller, en la ciudad de Nueva York. Los participantes, que incluyeron a ministros, parlamentarios, embajadores, líderes de las Naciones Unidas y otras agencias multilaterales, oficiales de organizaciones donantes, líderes comunitarios y de organizaciones no gubernamentales, jóvenes y personas que viven con VIH, expresaron:

> *"(...) una profunda inquietud por el hecho de que demasiadas políticas, programas e iniciativas, dirigidas ya sea a la salud sexual y reproductiva o al VIH/SIDA, no han tomado en cuenta estas vinculaciones; y porque, en consecuencia, la comunidad global ha sido menos efectiva de lo que podría haber sido en responder a estos retos y oportunidades compartidos".*

En consecuencia, recomiendan transformar las políticas y los servicios relacionados con la SSR y el VIH/SIDA ya existentes. Reconociendo que la base de evidencia actual acerca de estos temas es escasa, el UNFPA contrató recientemente los servicios de Cochrane Collaboration para producir evidencia empírica más sistemática a través de una revisión sistemática de las vinculaciones estructurales, en materia de políticas y programáticas entre la SSR y el VIH/SIDA.[12]

6.2.1. Transmisión de madre a hijo

La transmisión de madre a hijo (TMH) tiene lugar durante el embarazo, mientras se amamanta y a través de la lactancia materna prolongada. Se ha estimado que, en ausencia de cualquier intervención, las tasas de TMH del VIH pueden variar de un 15 a un 30% sin la lactancia materna, y pueden alcanzar entre un 30 y un 45% con la lactancia materna (OMS, 2004 b). Los lactantes infectados con el VIH rara vez viven más allá de los dos años de edad (UNFPA, 2003 b). En la región de ALC, en el 2005, alrededor de 32,000 niños de menos de 15 años de edad estaban viviendo con el VIH, y el SIDA había reclamado alrededor de 59,000 vidas en este grupo etario (ONUSIDA, 2005 a). En el Caribe, cada año nacen aproximadamente 3,000 hijos de madres que viven con el VIH. A medida que se incrementa el número de mujeres infectadas con el VIH, también se incrementa el número

[12] Los aspectos específicos a considerar son:

- El acceso a servicios de VIH/SIDA y SSR claves y su uso;
- El acceso por parte de las personas que viven con el VIH a servicios de SSR adecuados a sus necesidades;
- La cobertura de todas las poblaciones en los servicios de SSR, incluyendo a las poblaciones marginadas y desatendidas, como sería el caso de los usuarios de drogas inyectables, las trabajadoras sexuales y los hombres;
- El apoyo para la doble protección en contra del embarazo no deseado y las ITS, incluyendo el VIH, para aquellas personas que lo necesiten, especialmente los jóvenes;
- El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA;
- La calidad de la atención en la prestación de servicios de SSR o VIH;
- La costo-efectividad y la eficiencia de la vinculación entre servicios.

de niños infectados con el VIH (Camara, 2002). El MDGR de Belice (2005) subrayó la necesidad de mejorar las estrategias para la prevención de la TMH:

> *"La transmisión de madre a hijo (TMH) del virus es la fuente más significativa de la infección en niños de menos de 10 años de edad, que representan el 6% de todos los casos de VIH y el 4% de los casos de SIDA. Por lo tanto, las estrategias para prevenir y/o mitigar la TMH se han vuelto esenciales." (Belice, 2005: 23)*

Cuadro 6.2: América Central: Proporción de mujeres embarazadas infectadas con VIH en países seleccionados

País	Prevalencia estimada entre mujeres embarazadas
El Salvador	1% principal hospital de maternidad (2000)
Guatemala	0.75% Ciudad de Guatemala (2000) 0.36% promedio nacional, 11 sitios (2000)
Honduras	1.9% San Pedro Sula (1999) 1.5% Puerto Cortés (1999) 0.8% Tegucigalpa (1999)
Panamá	0.9% Occidente de Panamá (1997)

Fuente: Mordt et al. (2003)

La falta de acceso por parte de las mujeres a información y a servicios de atención a la salud conduce a un incremento en el número de mujeres y niños infectados (Anderson et al., 2002). Actualmente sólo se ofrecen servicios para prevenir la TMH a menos del 8% de las mujeres embarazadas en el mundo (ONUSIDA, 2006 a). Sin embargo, en Argentina, el 87% de las mujeres embarazadas reciben tratamiento con este fin. El programa de prevención de la transmisión de madre a hijo de Cuba está entre los más efectivos a nivel mundial: a todas las mujeres embarazadas se les realizan pruebas de VIH y existe un acceso libre y universal a la terapia antirretroviral (ONUSIDA, 2005 b).

> *"Las intervenciones para la prevención de la TMH no deben darse de manera aislada, sino que deben ser integradas, en todos aquellos casos en los que sea posible, a las infraestructuras de atención a la salud y los servicios de salud reproductiva ya existentes. Además, las intervenciones deben ser vistas como parte de una respuesta más amplia al VIH/SIDA que incluya la expansión del acceso a la atención y el apoyo para las madres infectadas con el VIH y sus familias, incluyendo el tratamiento de infecciones oportunistas y la agilización del acceso al tratamiento para el VIH." (OMS, 2001 b: 7)*

La TMH puede reducirse significativamente a través del uso de antirretrovirales por parte de las mujeres que viven con el VIH durante el embarazo y el parto, lo mismo que por los lactantes recién nacidos. La profilaxis antirretroviral por sí sola reduce la tasa de transmisión periparto en un 30-50% (OMS, 2004 b). De acuerdo con el National Institute of Allergy and Infectious Disease (2005), en aquellos casos en los que los prestadores de servicios de atención a la salud le proporcionan tratamiento a las mujeres embarazadas que viven con el VIH y dan a luz a sus bebés a través de una cesárea electiva, realizada antes del inicio del trabajo de parto y antes de la ruptura de las membranas, las posibilidades de que el

bebé se infecte se reducen al 1%: en los Estados Unidos, la infección por VIH de los recién nacidos casi se ha erradicado como resultado del tratamiento adecuado.

La atención y el seguimiento postparto integrales para las mujeres que viven con el VIH/SIDA y sus lactantes se extienden más allá del periodo postparto de seis semanas, e incluyen la evaluación de la recuperación materna después del parto y la evaluación de complicaciones infecciosas postparto (UNFPA/OMS, 2006). Adicionalmente, la consejería acerca de la vulnerabilidad relacionada con la lactancia materna y el suministro de sustitutos de la leche materna deberían ser parte regular de la consejería sobre el VIH en los servicios de SSR, con el fin de evitar consecuencias nutricionales perjudiciales (Anderson et al., 2002). Esas acciones son esenciales para promover la salud materna y garantizar la supervivencia de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH/SIDA:

> *"Una gran proporción de las mujeres infectadas con el VIH todavía no tienen acceso a una atención prenatal, obstétrica y postnatal integral, y requieren de estrategias específicas e innovadoras para la prevención de la TMH. (...) Es urgente contar con un enfoque integral e integrado para prevenir la infección por VIH en las mujeres, los lactantes y los niños pequeños." (OMS, 2004 b: 2)*

> *"Muchas de estas infecciones [de madre a hijo] podrían haberse evitado garantizando el acceso por parte de las madres a un régimen para prevenir la transmisión de madre a hijo. Los servicios de SSR expandidos pueden ofrecer un paquete integrado de servicios, incluyendo consejería sobre la transmisión y prevención del VIH, apoyo psicológico y social y tratamiento antirretroviral para las madres seropositivas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 12)*

Beneficios identificados en los programas para la prevención de la TMH: el ejemplo de la República Dominicana

Perez-Then et al. (2003) documentaron los resultados del primer año del programa para la prevención de la TMH de la República Dominicana, que inició en el año 2000. Durante el primer año, 42,666 mujeres acudieron para recibir atención prenatal; el 54% de ellas (23,067) se realizaron una prueba de VIH; de estas, 581 (el 2.5%) tenían VIH. Se identificaron beneficios específicos, tales como la administración de tratamiento antirretroviral, para el 89% (164/185) de las madres y el 98% (183/186) de los niños. Se realizaron cesáreas al 67% (124/185) de las mujeres embarazadas seropositivas, y se suministró fórmula para lactantes en el 47% (87/186) de todos los casos. Se implementó ampliamente un paquete integrado de intervenciones para reducir la TMH. Con base en la evaluación del proyecto, los autores estimaron que la implementación del programa nacional para prevenir la TMH podría reducir el riesgo de TMH en un 50%, evitando aproximadamente 1,000 infecciones por VIH entre lactantes anualmente en todo el país.

Un estudio realizado por Stover et al. (2003), con base en datos de 14 países con un alto nivel de prevalencia, proporciona estimaciones acerca de las posibles sinergias entre los

programas de planificación familiar y TMH convencionales. De acuerdo con este estudio, el costo por muerte infantil evitada podría reducirse de US$ 2,600 bajo las estrategias de TMH convencionales a tan sólo US$ 360 si se añadiera un componente de planificación familiar. El costo por infección evitada disminuiría de US$ 1,300 a US$ 660. Se estima que en el África subsahariana los servicios de planificación familiar están previniendo la infección por VIH en más lactantes que la provisión de nevirapina (Reynolds, Steiner y Cates, 2005) y son más costo-efectivos para este fin (Reynolds, Janowitz, Homan y Johnson, 2006).

La consejería y las pruebas voluntarias para mujeres embarazadas deben encontrarse disponibles en los servicios de salud. Rosa et al. (2006) indican que la consejería y las pruebas de VIH han sido implementadas exitosamente en el sector de la salud pública en el Brasil. En Porto Alegre, Brasil, se realizó un estudio de corte transversal de diciembre de 2000 a febrero de 2001. De un total de 1,642 madres entrevistadas, el 94.3% reportaron que se les ofrecieron pruebas de VIH antes del embarazo o durante el mismo, o durante el parto. La asistencia a menos de seis consultas prenatales, el ser soltera y el tener menos de 18 años de edad fueron barreras pertinentes que impedían la realización de las pruebas de VIH.

Aun cuando las pruebas son un aspecto crucial, no deberían tener lugar sin consentimiento, ya que es necesario promover un enfoque integral y basado en derechos:

> *"En algunos casos, las mujeres embarazadas son sometidas a pruebas de VIH sin su conocimiento y consentimiento. Aunque por lo general estas pruebas se realizan con el fin de ofrecer el mejor tratamiento y atención posibles, en algunos casos, particularmente en aquellos contextos en los que la atención, el apoyo y el tratamiento para las personas seropositivas todavía no han sido integrados a los sistemas de atención a la salud, las pruebas en ocasiones se realizan de modo que los trabajadores de atención a la salud puedan tomar medidas adecuadas para protegerse de la infección. (...) El énfasis del campo de la SSR en la elección informada de anticonceptivos y el consentimiento informado para los procedimientos anticonceptivos podría servir como modelo para orientar a los programas de pruebas para las mujeres embarazadas." (Kaufman y Messersmith, 2005: 21)*

Kaufman y Messersmith (2005) también denuncian que no sólo se han documentado pruebas sin consentimiento, sino también otros abusos de derechos, incluyendo la esterilización y el aborto bajo coacción (por ejemplo, en el Perú) en mujeres que viven con el VIH. Los trabajadores de la salud deben estar concientes de la necesidad de proporcionar una atención integral, y también se les debe proporcionar información completa, incluyendo una descripción precisa de los riesgos, las medidas de protección apropiadas y las precauciones universales, lo cual a su vez reduciría la discriminación que deben enfrentar las personas que viven con el VIH/SIDA en las unidades de atención terciaria (Mordt et al., 2003).

> *"Muchas personas que viven con el VIH/SIDA expresan una gran insatisfacción con los sistemas de atención a la salud, en los que a menudo experimentan el rechazo de los trabajadores de atención a la salud, la falta de atención apropiada y violaciones a la confidencialidad. El temor de los trabajadores de atención a la salud a la contaminación*

de los instrumentos de diagnóstico a menudo conduce a retrasos en la atención o a una total falta de atención." (Mordt et al., 2003: 13)

En su estudio acerca del Brasil, EngenderHealth y el UNFPA (2006) encontraron quejas frecuentes acerca de la discriminación y el estigma que las mujeres seropositivas enfrentan en los centros de SR en general. Los tiempos de espera prolongados, la distancia geográfica a las instalaciones que ofrecen atención, y la discriminación y las actitudes de parte de los prestadores estuvieron entre las principales inquietudes citadas por las mujeres. Algunas reportaron que, aun cuando sabían que tenían derecho a ser atendidas primero, a menudo no se identificaban como resultado de inquietudes relacionadas con el tratamiento recibido y la confidencialidad. En Haití, una ONG (GHESKIO) patrocinada por el UNFPA encontró que las mujeres seropositivas canalizadas a clínicas de planificación familiar estaban siendo rechazadas como resultado del estigma y la discriminación, lo mismo que la falta de competencia para satisfacer sus necesidades especiales. Las clínicas de planificación familiar a menudo se rehusaban a aceptar canalizaciones provenientes de clínicas de VIH, por temor a que el estigma del SIDA afectara su operación.

6.3. La necesidad de enfocarse en los jóvenes

Las personas de entre 15 y 24 años de edad representan la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial (ONUSIDA, 2006 a), y se ha estimado que, en el 2001, 11.8 millones de personas eran seropositivas. Los jóvenes en la región de ALC también son más vulnerables al VIH/SIDA que otros grupos etarios. Entre otras causas, el crecimiento de la epidemia en este grupo etario está relacionado con el incremento en las actividades de riesgo, el estigma social asociado con la infección del VIH, la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva preventivos, las dificultades para obtener información (tanto dentro como fuera de las escuelas), y las insuficientes políticas de salud diseñadas en función de las necesidades de los jóvenes. Por lo tanto, las personas jóvenes son muy susceptibles a la infección:

"La epidemia varía grandemente en diferentes regiones del mundo, pero en cada una de estas epidemias los jóvenes se encuentran en el centro, lo mismo en términos de nuevas infecciones que de ser la mayor fuerza potencial para el cambio si se puede llegar a ellos con las intervenciones apropiadas." (Monasch y Mahy, 2006: 15).

Tal como lo enfatiza la CIPD, las políticas deben orientarse a la necesidad del acceso a la información y la educación por parte de los hombres y las mujeres jóvenes. El indicador 19b de los ODM - el porcentaje de la población entre 15 y 24 años con un conocimiento correcto e integral del VIH/SIDA - es consistente con esta recomendación. El indicador es definido como el porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las dos formas principales para prevenir la transmisión sexual del VIH (usando condones y limitando las relaciones sexuales a un compañero fiel y no infectado), que rechaza las dos concepciones erróneas locales más comunes acerca de la transmisión del VIH, y que sabe que una persona en apariencia sana puede transmitir el VIH.

> *"Para el 2005, por lo menos el 90% de los hombres y mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años de edad deberían tener acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar las habilidades para la vida requeridas para reducir su vulnerabilidad a la infección del VIH." (CIPD+5, 21ª Sesión Especial, punto 8 de la Agenda)*

> *"Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA." (CIPD §7.47)*

Los programas deben considerar que cada vez más jóvenes están teniendo relaciones sexuales a edades más tempranas y con más compañeros o compañeras sexuales. Existe una relación entre estos dos aspectos, en el sentido de que las personas jóvenes que inician su actividad sexual a una edad temprana tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales con compañeros(as) múltiples o de alto riesgo, y también tienen menos probabilidades de usar condones (Monasch y Mahy, 2006). Se ha denunciado ampliamente que las políticas dirigidas a los jóvenes a menudo no reconocen la actividad sexual temprana. En una encuesta realizada en el Brasil, por ejemplo, por lo menos una de cada tres (36%) personas de entre 15 y 24 años de edad afirmó que ya era sexualmente activa antes de su 15º cumpleaños, el 20% afirmó haber tenido relaciones sexuales con más de diez personas hasta ese momento en sus vidas, y el 7% había tenido relaciones sexuales con más de cinco personas en el año anterior (ONUSIDA/OMS, 2005). No obstante, su conocimiento acerca del VIH era pobre.

En el Caribe, como parte de una encuesta sobre salud sexual realizada entre estudiantes en St. Maarten, en el 2001, se entrevistó a 1,200 estudiantes de secundaria (de entre 13 y 18 años de edad), y los resultados indicaron que el 42% eran sexualmente activos; el 60% reportó haber usado un condón en su última relación sexual, y el 18% había tenido cuatro o más compañeros(as) sexuales hasta ese momento de su vida (Camara, 2002). En otra encuesta realizada en Barbados, una cuarta parte de las mujeres de entre 15 y 29 años afirmaron que ya eran sexualmente activas al momento de cumplir los 15 años de edad (ONUSIDA, 2005 b). En el proyecto GHESKIO en Haití, se encontró que la gran mayoría de los jóvenes que asistían a la clínica de VIH tenían múltiples compañeros(as) sexuales; en el caso de las adolescentes, estos compañeros a menudo eran mucho mayores. Alrededor del 44% de las mujeres jóvenes siempre tenían relaciones sexuales sin condón, en comparación con el 19% de los hombres jóvenes. Entre los hombres jóvenes en el Perú que se identificaron como homosexuales, el 40% reportó haber tenido relaciones sexuales anales sin protección recientemente (UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002).

La encuesta *Adolescent Condom Survey*, realizada en Jamaica (Hope Enterprises, 2001), afirmó que más de 1,000 adolescentes, el 73.7% de los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, y el 9.5% de los jóvenes entre 10 y 14 años de edad, reportaron ser sexualmente activos. El estudio encontró que los adolescentes más jóvenes tenían muchas menos probabilidades que los adolescentes mayores de saber que el uso del condón es una forma de evitar una ITS

(59% en el caso de los jóvenes entre 10 y 14 años de edad vs. el 88% en el grupo etario de 15 a 19 años). Además, una proporción pequeña pero preocupante de jóvenes (el 21% de los jóvenes entre 10 y 14 años de edad y el 5% de aquellos entre 15 y 19 años de edad) no conocía ninguna manera de evitar una ITS.

Las mujeres jóvenes también merecen atención especial, considerando que son altamente vulnerables a la infección, incluso más que los hombres jóvenes, en los países en vías de desarrollo. Ellas constituyen casi dos terceras partes de las personas de menos de 25 años de edad con VIH a nivel mundial (ONUSIDA, 2006 a). ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM (2004) estiman que, globalmente, las mujeres jóvenes tienen 1.6 veces más probabilidades de vivir con VIH/SIDA que los hombres jóvenes. En el Caribe, la mayoría de los nuevos casos de VIH están teniendo lugar en mujeres de entre 15 y 24 años de edad, las cuales tienen 2.5 veces más probabilidades de infectarse (ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM, 2004; CEPAL, 2005 a). En Trinidad y Tabago, los niveles de infección por VIH son altos entre los jóvenes, y la prevalencia del virus es seis veces más alta entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que entre los hombres adolescentes de la misma edad (ONUSIDA, 2005 b).

La vulnerabilidad más alta de las mujeres jóvenes al VIH está asociada con la discriminación de género, las privaciones económicas, la falta de sistemas educativos, la falta de poder para negociar las relaciones sexuales, y la alta incidencia de violencia y violaciones; todos ellos factores que hacen a las mujeres más susceptibles a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección. En Jamaica, por ejemplo, el 12% de las mujeres de entre 15 y 19 años reportaron haberse mostrado renuentes o haber sido coaccionadas durante su primer encuentro sexual (Hope Enterprises, 2001). También es necesario considerar que las mujeres jóvenes son fisiológicamente más vulnerables a contraer el virus que las mujeres mayores. Sus tractos reproductivos contienen menos capas de células epiteliales, las cuales proveen una barrera contra la infección viral menos efectiva que las múltiples capas de células escamosas epiteliales modificadas encontradas en las vaginas de las mujeres adultas (Anderson et al., 2002). Las mujeres adolescentes necesitan un mayor acceso a información acerca de la sexualidad y la reproducción, lo mismo que a servicios de SSR. Adicionalmente, es importante ver el empoderamiento no sólo como un fenómeno individual, sino como un proceso colectivo para proporcionarle a las adolescentes el apoyo social necesario para la adopción de una conducta sexual segura y responsable (Gage, 2000).

La CEPAL argumenta que existe una enorme brecha entre la percepción general de la existencia del virus y la enfermedad y el conocimiento más completo requerido para tomar decisiones más informadas entre las mujeres adolescentes y las personas jóvenes: un 96% en comparación con un 14% en Haití, un 78% en comparación con un 18% en Bolivia, un 96% en comparación con un 25% en Trinidad y Tabago, y un 95% en comparación con un 28% en Guyana (CEPAL, 2005 a; los datos se refieren al año 2000).

> *"Proporcionarle a los jóvenes servicios de salud que ayuden a evitar que se infecten es la obligación de un derecho humano básico, y todos los gobiernos y comunidades necesitan asegurarse de que estos servicios sean prestados." (Dick et al., 2006: 191)*

Se ha argumentado que los jóvenes deben recibir información y servicios de SSR adecuados. Estos segmentos poblacionales necesitan saber cómo reducir su vulnerabilidad, además de poder protegerse en contra de la epidemia. A pesar del hecho de que la mayoría de los jóvenes han escuchado acerca del SIDA, muchos todavía no saben cómo evitar la transmisión, y las concepciones erróneas acerca del VIH y el SIDA están bastante extendidas. Una encuesta realizada en Haití identificó que el 15% de las mujeres jóvenes y el 28% de los hombres jóvenes tenían suficientes conocimientos[13] acerca del SIDA (Monasch y Mahy, 2006), es decir, más del 80% de las mujeres y más del 70% de los hombres de entre 15 y 24 años de edad todavía no contaban con información adecuada.

Es necesario reforzar la educación de la sexualidad y en habilidades para la vida, en una forma que promueva plenamente los derechos sexuales y reproductivos, la adopción de una conducta sexual segura y responsable, y la igualdad entre los géneros y el desarrollo de habilidades. No obstante, los MDGR nacionales no enfatizan la necesidad de invertir en la educación de la sexualidad. La educación para una sexualidad segura dirigida a los jóvenes gay y bisexuales es aún más limitada. Los esfuerzos deben incluir el alentar un uso apropiado y consistente del condón y el uso de jeringas estériles. Kirby et al. (2006) elaboraron una revisión de la literatura acerca de los efectos de la educación de la sexualidad impartida en las escuelas y las intervenciones educativas relacionadas con el VIH en las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes en los países en vías de desarrollo. Los estudios examinados presentaban una evidencia sólida de que la educación de la sexualidad y las intervenciones educativas relacionadas con el VIH no incrementaban la conducta sexual, y que un porcentaje sustancial de las intervenciones disminuían significativamente uno o más tipos de actividad sexual. La mayoría de las intervenciones realizadas en escuelas fueron consideradas muy efectivas en lo que se refiere a incrementar el conocimiento, y por lo menos la mitad de las intervenciones tuvieron un impacto positivo en por lo menos una de las conductas sexuales o de protección reportadas.

> *"No existe un uso amplio de planes de estudio integrales para la educación sexual en las escuelas de la región [centroamericana], particularmente aquellos que consideran aspectos de la orientación sexual y proveen información acerca de los riesgos del VIH/ SIDA y las infecciones de transmisión sexual." (Mordt et al., 2003: 14)*

Expandir el acceso a servicios de salud amigables a los jóvenes es otra intervención demandada, ya que los adolescentes y los jóvenes tienen menos probabilidades de buscar tratamiento para ITS que otros segmentos de la población. Monasch y Mahy (2006) analizaron datos de 12 países y encontraron que, en 10 de ellos, la proporción de mujeres entre 15 y 24 que reportaron haber tenido una infección de transmisión sexual en el curso de los últimos 12 meses y haber buscado tratamiento fue significativamente menor que aquella entre las mujeres de 25 a 49 años que reportaron lo mismo. Los autores sugieren que, incluso en aquellos casos en los que los adolescentes sospechan tener una infección, a menudo no

[13] El conocimiento suficiente se definió como la capacidad para identificar dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazar tres concepciones erróneas importantes acerca del VIH (Monasch y Mahy, 2006)..

buscan servicios de salud por vergüenza, culpa o el temor a que no se respete su privacidad. Por lo tanto, eliminar las barreras al acceso por parte de los jóvenes a toda forma de consejería y a pruebas de VIH debe ser una prioridad.

> *"Los enfoques institucionales que incorporan las perspectivas y las prioridades de los jóvenes, alentando su participación activa y sensibles a sus necesidades especiales, pueden involucrarlos y empoderar su ciudadanía plena. Los jóvenes necesitan información y servicios que respondan a sus situaciones particulares. Son particularmente sensibles a los aspectos relacionados con la privacidad, la honestidad, la consejería empática y la participación activa. Los servicios amigables a los jóvenes buscan responder a estas inquietudes, y su impacto requiere de monitoreo." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 131)*

La implementación de un paquete estándar de servicios de salud amigables a los jóvenes, tanto al interior del sistema de salud como más allá de este, también es una de las estrategias recomendadas por el capítulo sobre el SIDA del Informe sobre la Juventud Mundial 2003 (Naciones Unidas, 2004 a). Otras recomendaciones de este informe incluyen fortalecer la educación en habilidades para la vida en los programas tanto escolares como extraescolares y diseñar información, educación y comunicación orientadas a los jóvenes y centradas en mensajes claves a los que toda persona joven debería ser expuesta.

Dick et al. (2006) revisaron la base de evidencia acerca de las intervenciones dirigidas a incrementar el uso de los servicios de salud por parte de los jóvenes en los países en vías de desarrollo. Analizaron un total de dieciséis estudios (12 de África, 3 de Asia y 1 de América Latina) y suministraron evidencia de un mayor uso de los servicios de salud por este grupo poblacional para esos tipos de intervenciones, que incluyeron capacitación para los prestadores de servicios, la realización de mejoras en las instalaciones clínicas y la implementación de actividades en la comunidad. Las acciones realizadas por los pares educadores jugaron un papel en la mitad de los estudios: estimularon la demanda, canalizaron a jóvenes a las instalaciones, garantizaron que las instalaciones o servicios fueran acogedores, y proporcionaron información sobre la salud sexual y reproductiva en las clínicas y en la comunidad. En conclusión, los autores recomendaron la implementación de políticas orientadas a las demandas de los jóvenes.

Una revisión similar, realizada por Speizer, Magnani y Colvin (2003), sintetizó el cúmulo de evidencia emergente acerca de la efectividad de los programas de prevención del VIH con el fin de comprender mejor "qué es lo que funciona" en el mundo en vías de desarrollo. Su revisión sugiere que los programas de servicios amigables a los jóvenes funcionan mejor cuando se combinan con otros esfuerzos dirigidos a modificar las actitudes de la comunidad hacia la sexualidad y la vulnerabilidad de los jóvenes. Los servicios amigables a los jóvenes que sencillamente han sido añadidos a los programas ya existentes tuvieron poco impacto en la utilización de los servicios por parte de los jóvenes.

Las intervenciones a través de medios de comunicación masiva también pueden ser muy efectivas para influir en los resultados relacionados con el VIH entre los jóvenes.

Bertrand y Anhang (2006) hicieron una revisión sistemática de 15 estudios que evaluaron intervenciones a través de medios de comunicación masiva, publicados entre 1990 y el 2004. Once estudios fueron acerca del África, 2 de América Latina, 1 de Asia y 1 de múltiples países; los datos apoyaron la efectividad de las intervenciones para incrementar el conocimiento acerca de la transmisión del VIH, mejorar la autoeficacia en el uso del condón, influir en algunas normas sociales, incrementar la cantidad de comunicación interpersonal, incrementar el uso del condón y concientizar más a los prestadores de servicios de salud. Las autoras también indicaron que se encontraron menos efectos significativos en términos de abstinencia, postergando la edad de la primera experiencia sexual o disminuyendo el número de compañeros(as) sexuales.

Algunos de los MDGR nacionales reconocen la necesidad de centrar las estrategias de prevención en los jóvenes, tal como lo muestra el siguiente extracto:

> *"El hecho de que la tasa de infección sea más alta entre las mujeres le plantea a Belice el reto de dirigirse de manera efectiva a las adolescentes y las mujeres jóvenes para lograr cambios de actitudes y conductas. Las estadísticas muestran que las adolescentes se están volviendo sexualmente activas a edades más tempranas. La estrategia necesariamente tendrá que incluir alentar a las adolescentes a postergar la actividad sexual y a protegerse ellas mismas, al igual que el desarrollo de estrategias efectivas dirigidas a las niñas y las adolescentes en entornos no formales." (Belice, 2005: 28)*

6.4. El vínculo entre migración y propagación del SIDA

Durante la última década, la relación entre la epidemiología del VIH y la migración ha sido documentada ampliamente (Decosas y Adrien, 1997; Santarriaga et al., 1996; Rugalema et al., 1999). Estudios sobre ciertos grupos con un alto nivel de movilidad (por ejemplo, camioneros, comerciantes itinerantes, militares, marineros) han identificado a los viajes o la migración como un factor de riesgo para la infección del VIH. En muchos países, aquellas regiones con una movilidad estacional o a largo plazo más alta también reportan tasas de infección más altas; lo mismo sucede a lo largo de las principales rutas de transportación y en las regiones fronterizas. En general, los ciudadanos extranjeros también tienen tasas de incidencia del VIH más altas. No obstante, los gobiernos no han hecho mucho para hacerle frente a este problema. Durante los primeros años de la epidemia, los países trataron de mantener fuera a las personas seropositivas restringiendo su ingreso. Alrededor de 60 países aplican esas restricciones, particularmente a los visitantes a largo plazo. Sin embargo, de acuerdo con la OMS, ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, estas restricciones no tienen una justificación de salud pública.

La migración tiene un impacto en los ODM relacionados con la salud a través de tres vías que se intersectan: la primera es la relación entre la movilidad humana y la transmisión de las enfermedades; la segunda se relaciona con las condiciones existentes para los migrantes al momento de llegar al país o el área de destino; y la tercera con el impacto de la migración de los profesionales médicos en la salud pública: la fuga de cerebros médicos.

6.4.1. Transmisión de enfermedades

Tal como lo argumenta el UNFPA (2003 b), se ha encontrado que los trabajadores migrantes tienen tasas de infección más altas que los no migrantes, independientemente de la prevalencia del VIH en el sitio de partida o el sitio de destino. ONUSIDA (2004) reconoce que la movilidad humana incrementa la posibilidad de transmisión del VIH. Los migrantes a menudo se encuentran en condiciones que incluyen una larga ausencia del control social del ambiente del hogar y la falta de acceso a servicios de SR (UNFPA, 2003 b). Muchos hombres que emigran para trabajar con el propósito de enviar remesas a sus hogares sostienen encuentros extramaritales sin la protección adecuada, contrayendo el virus e incluso contaminando a sus esposas al regresar.[14] El no hacerle frente a la salud de los migrantes durante las diferentes fases de la migración puede obstaculizar su integración exitosa y dificultar las situaciones post-emergencia efectivas (Usher, 2005).

Un caso ilustrativo de todas esas afirmaciones acerca del impacto de la migración en la epidemia del VIH/SIDA es aquel de los migrantes mexicanos. De acuerdo con el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA de México,[15] el origen de una cantidad significativa de casos de SIDA puede vincularse a la residencia en los EEUU. De la misma forma, el SIDA es más prevalente en aquellas ciudades y estados de los EEUU en donde la migración es común. Cifras contundentes demuestran que en California, por ejemplo, el 68% de las personas que viven con SIDA son de origen mexicano, y que tres cuartas partes de ellos son hombres en edad laboral. Para empeorar la cifra, alrededor del 90% de los migrantes mexicanos no tienen acceso al sistema de salud de los EEUU. Además, números cada vez mayores de mujeres y adolescentes están contrayendo el virus en los estados mexicanos más pobres de origen y retorno de los migrantes. A su regreso, los esposos transmiten el virus a sus parejas de modo que, en las áreas rurales, la prevalencia del SIDA se está incrementando (Salgado de Snyder, 1996).

Parrado et al. (2004) examinan la relación entre la propagación del VIH y la conducta de riesgo sexual de los hombres migrantes entre la población hispana en los EEUU. Se examinaron la prevalencia y la frecuencia del uso de los servicios de trabajadoras sexuales comerciales entre 442 migrantes hispanos seleccionados aleatoriamente en la ciudad de Durham, Carolina del Norte, entre abril del 2002 y julio del 2003. Se usaron técnicas de regresión para modelar predictores de visitas a trabajadoras sexuales comerciales, y se examinaron datos descriptivos sobre el uso del condón con trabajadoras sexuales comerciales: el 28% de los encuestados reportaron haber usado los servicios de una trabajadora sexual comercial durante el año anterior, incrementándose a 46% entre los hombres solteros y a 40% entre los hombres casados que vivían separados de sus esposas. Los hombres cuyas

[14] Lurie et al. (2003) investigaron la prevalencia del VIH-1 entre los hombres migrantes y no migrantes (internos) y sus esposas en KwaZulu-Natal, en Sudáfrica. Entre los hombres migrantes, la prevalencia del VIH-1 fue del 25.9%, en comparación con el 12.7% entre los no migrantes. Las esposas de estos migrantes también tuvieron una prevalencia de VIH-1 más alta, aunque la diferencia fue menor. En un modelo multivariado más formal, que controló algunas otras conductas sexuales y características de origen pertinentes, la razón de disparidad para los hombres que habían vivido en cuatro o más lugares diferentes fue de 3.56.

[15] Datos recolectados por Catholic Agency for Overseas Development (ONG), en http://www.cafod.org.uk/policy_papers.

esposas se encontraban en la ciudad tenían menos probabilidades que otros hombres de usar a trabajadores sexuales comerciales (razón de disparidad, 0.1). Las tasas de uso del condón con trabajadoras sexuales comerciales reportadas fueron altas, pero tenían probabilidades de disminuir si se incrementaba la familiaridad con una trabajadora sexual comercial: el 91.7% de los encuestados declararon que siempre usaban un condón, pero este porcentaje disminuía al 87% si sentían que la trabajadora sexual tenía una buena reputación, y a 64% si la conocían bien. Los autores sugieren que las intervenciones deben tomar en cuenta el contexto social y dirigirse a los migrantes más vulnerables con el fin de ayudarle a los migrantes y a sus parejas a evitar la infección del VIH.

Bronfman et al. (2002) presentan un estudio realizado en diversos centros que analiza los contextos socioeconómicos, culturales y políticos que dan lugar a la movilidad poblacional y su relación con la vulnerabilidad a las ITS/el VIH/el SIDA. En 11 estaciones de tránsito (pueblos fronterizos, ciudades portuarias, áreas en las que se congregan poblaciones móviles) en América Central y México, se realizó una encuesta de hogares (750 hogares) entre la población local para analizar las características demográficas y socioeconómicas, lo mismo que la información conocida y las opiniones existentes acerca del VIH/SIDA y las poblaciones móviles. Se realizaron entrevistas a profundidad con informantes claves, además de un estudio etnográfico, para identificar las interacciones entre las poblaciones locales y móviles. Al interior de esos contextos sociales, el sexo transaccional, el sexo por supervivencia, la violación y el sexo comercial no profesional se dan en condiciones que incrementan el riesgo de transmisión de ITS/VIH, tales como el uso infrecuente del condón. Las mujeres migrantes y las trabajadoras sexuales son particularmente vulnerables en este contexto. Existe una amplia brecha entre la información acerca de la transmisión de las ITS/el VIH y las prácticas de prevención reportadas. Los autores concluyen que, dadas las condiciones existentes en estas estaciones de tránsito, las intervenciones deberían ser multisectoriales, sostenibles, y deberían promover los derechos humanos de varios grupos, incluyendo las mujeres y las personas que viven con el VIH.

A pesar de la existencia de muchas prácticas y políticas buenas, todavía resta mucho por hacer en el campo del VIH/SIDA. Un primer reto es la recolección de datos para comprender mejor los vínculos expuestos. Para ello, una dificultad inicial es la evidente falta de información acerca de los migrantes indocumentados que salen de América Latina y transportan la enfermedad a su regreso. Como una amenaza importante a la seguridad de las familias que dejan detrás, las personas que retornan no siempre tienen acceso a sistemas de salud oficiales apropiados, y el diagnóstico únicamente se realiza en una etapa muy tardía, cuando el riesgo de propagación ya ha madurado. Como resultado de la falta de datos, la prevención tiene que ser la base para combatir el VIH/SIDA. Tal como se establece en el Programa de Acción de la CIPD, las iniciativas exitosas incluyen estrategias de educación, concientización y el involucramiento de todas las instancias de gobierno y la sociedad civil, junto con organizaciones regionales e internacionales. Aquí pueden citarse dos programas ejemplares en América Latina que han sido merecedores de elogio junto con otros del Population Council:

- El Proyecto Mesoamericano sobre Poblaciones Móviles y VIH/SIDA, coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México, que implementó intervenciones para la prevención del VIH en cruces fronterizos en México y América Central.
- El programa "Health on the Road" del Population Council, que proporciona servicios de ETS/VIH y otros servicios de salud y educación a los camioneros que cruzan la frontera entre Brasil y Paraguay.

6.4.2. Dificultades al momento de llegar

Al momento de llegar a un nuevo país, no es poco común que los migrantes deban enfrentar las consecuencias de las difíciles condiciones de viaje, que se ven agravadas por los cambios de clima repentinos y el riesgo de consumo de alimentos desagradables. Su sistema inmune se ve afectado por los nuevos entornos, haciéndolos más vulnerables a las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, su situación legal en el nuevo país no siempre es definida, impidiendo el acceso completo a los servicios de salud pública.

> *"Muchos migrantes no tienen acceso a una atención a la salud adecuada por una variedad de razones, incluyendo su situación indefinida, la falta de seguros de salud, las barreras culturales y la falta de recursos económicos. La exclusión social, la discriminación y las condiciones de vida deficientes inciden negativamente en la salud de los migrantes y sus dependientes." (UNFPA, 2005 a: 5)*

Un estudio realizado por Kerr-Pontes et al. (2004) analiza los efectos de los sistemas de creencias relacionados con la sexualidad y el SIDA y los resultados epidémicos entre la población migrante urbana en el Noreste del Brasil. Se realizaron entrevistas entre los participantes, que se localizaban en vecindarios conocidos por tener grandes poblaciones de migrantes. Se encontró que los conceptos y los valores del sistema de creencias, lo mismo que la organización social de la sexualidad, representaban obstáculos tanto para la prevención del SIDA como para el uso del condón. La vulnerabilidad de los migrantes al VIH también se incrementa en contextos de hambre, falta de prospectos, pobreza, exclusión y prejuicio. Los autores, por lo tanto, apuntan a la importancia de centrarse en diferentes configuraciones, creencias, representaciones y formas de organización social de la conducta para la implementación de políticas públicas y campañas de educación de la sexualidad.

6.4.3. La fuga de cerebros médicos

En algunos países de la región de ALC, la fuga de cerebros es indudablemente un problema serio que merece ser abordado por las autoridades públicas. En algunos países del Caribe en particular, como es el caso de Jamaica, el sector salud se ha visto severamente afectado por la influencia de las oportunidades de empleo más atractivas para los médicos, y particularmente las enfermeras, en el vecino Estados Unidos, dejando a los habitantes locales sin una atención médica apropiada, una situación que, de manera nada sorprendente, socava los indicadores de salud de estos países, incluyendo los indicadores del Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

La salida de los profesionales de la salud de aquellas áreas con una alta incidencia de VIH/SIDA tiene un efecto negativo en la calidad de la asistencia, a medida que la razón de trabajador de atención de la salud a población disminuye dramáticamente a costa de los pacientes.

> *"En algunos países [la impropiedad de las políticas de recursos humanos] ha dado origen a un éxodo de profesionales de la salud y crecientes corrientes de emigración de personal calificado hacia los países desarrollados, que han tenido fuertes efectos negativos en Ecuador, Bolivia, Honduras y Perú. En el caso del Caribe, la pérdida económica que supone la formación de trabajadores que luego emigran alcanza niveles considerables." (CEPAL, 2005 a: 158)*

El MDGR nacional de Guyana (2003) expresa la inquietud de que el prospecto de un empleo y salarios más altos alienta a los profesionales altamente calificados a buscar prosperidad en el extranjero:

> *"Existe una necesidad apremiante de mejorar los salarios con el fin de construir una masa crítica de habilidades que se perdieron, y continúan perdiéndose, en la emigración continua." (Guyana, 2003: 29)*

Si se moviliza a los migrantes de modo que regresen a través de programas temporales y capaciten a los profesionales jóvenes del sector salud, las pérdidas de recursos humanos resultantes de la fuga de cerebros podrían ser mitigadas, superadas e incluso resultar benéficas para las sociedades (Usher, 2005), dando como resultado una recuperación de cerebros. En resumen, ONUSIDA (2001) lista las siguientes recomendaciones con respecto a la movilidad poblacional y la prevención de la propagación del SIDA:

- Integrar a los migrantes y las personas móviles a la planeación estratégica sobre el VIH/SIDA y a los planes nacionales y comunitarios para combatir el SIDA;
- Implementar actividades de extensión, cultural y lingüísticamente apropiadas, en los programas de VIH/SIDA dirigidos a los migrantes y las personas móviles, e implementar consejería de pares;
- Apoyar a las asociaciones de migrantes y ayudarles a integrar el VIH/SIDA a su trabajo;
- Centrar los esfuerzos de prevención del VIH en aquellas zonas en las que exista una mayor probabilidad de que se presenten conductas de riesgo y se encuentre el VIH, por ejemplo, paraderos de camiones, estaciones de autobuses y trenes, puertos, mercados;
- Implementar programas que atraviesen las fronteras nacionales;
- Desarrollar e implementar sesiones informativas previas a su partida, programas post-arribo y de reintegración, y usar la experiencia de aquellos que van y vienen a través de las fronteras;
- Mejorar la situación legal de, y el apoyo legal a, los migrantes y las personas móviles y sus familias;
- Trabajar con aquellas personas que emplean a los migrantes para mejorar sus condiciones de vida y de salud;

- Hacer que las instalaciones de atención a la salud locales sean más accesibles y amigables para los migrantes y las personas móviles;
- Realizar investigación operativa acerca de los vínculos entre migración, movilidad y VIH.

6.5. Una nueva Meta bajo el ODM 6: acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA

En su presentación ante la Asamblea General el 2 de octubre de 2006, el ex Secretario General anunció una nueva Meta bajo el ODM 6, a saber, acercarse tanto como sea posible al acceso universal al tratamiento para el VIH/SIDA, para todos aquellos que lo necesiten, para el 2010. La meta es importante pero polémica, ya que exige una solución al conflicto relacionado con los derechos de propiedad intelectual sobre los fármacos para el SIDA que ya están siendo distribuidos en formatos genéricos en algunos países, tales como el Brasil.

> *"Las estrategias de prevención evidentemente son cruciales, pero los países pobres y ricos también necesitan trabajar juntos para asegurarse de que a las personas infectadas con el VIH se les proporcione acceso a los fármacos que necesitan, tal como lo exige la Meta 17 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una vez que las personas están infectadas, el tratamiento con fármacos puede prolongar sus vidas." (División de Estadística de las Naciones Unidas, 2005: 9)*

De hecho, las políticas para el uso de fármacos genéricos pueden ser un medio efectivo para facilitar la transferencia tecnológica. Exigen esfuerzos combinados por parte de los gobiernos y la colaboración pública-privada. La región de ALC le proporciona tratamiento a aproximadamente el 68% de la población que lo necesita; la cobertura más alta de cualquier región en el mundo en vías de desarrollo (OMS/ONUSIDA, 2006). Los países de la región se encuentran ya sea trabajando en las restricciones de patentes para ampliar la disponibilidad de los fármacos antirretrovirales o suministrando antirretrovirales gratis a los pacientes.

Para el trabajo del UNFPA, es probable que las implicaciones de esta nueva Meta, en la medida en que buscan expandir las opciones de tratamiento para aquellas personas ya infectadas, sean relativamente menores, ya que el papel del UNFPA en el combate al VIH/SIDA tiene que ver principalmente con la prevención y con las consecuencias sociales del SIDA. Por otro lado, se ha hecho un gran énfasis en la necesidad de desarrollar un microbicida efectivo y de bajo costo.[16]

[16] El microbicida en la forma de geles aplicados vaginalmente, cremas, película, esponja y óvulos- reduce el riesgo de adquirir ITS/VIH para las mujeres. Actualmente se le considera como un producto científicamente viable, aunque todavía no se encuentra disponible. La Fuerza de Tareas del Proyecto Milenio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA sugiere que un microbicida vaginal ideal debería ser indetectable, de larga duración, fácil de usar, efectivo, seguro y de bajo costo (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 c). En 2001, la Fundación Rockefeller encontró que sería necesario invertir alrededor de US$ 775 millones a lo largo de cinco años para hacer del desarrollo de un producto seguro y efectivo una probabilidad para el 2010 (Grupo de Trabajo de Farmaco-Economía de la Fundación Rockefeller, 2001).

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

6.6.1. Malaria y SR

Las interacciones entre la malaria y la SSR son básicamente de dos tipos: aquellas que vinculan a la malaria con el embarazo y aquellas que vinculan a la malaria con el VIH/SIDA. En lo que respecta al embarazo, los efectos son en ambas direcciones. El embarazo reduce la inmunidad de las mujeres a la malaria, la cual puede conducir a resultados de salud adversos para la madre, incluyendo anemia, aborto involuntario, retraso del crecimiento intrauterino, malaria cerebral, e incluso la muerte (Craig, 2004; Reuben, 1993). Por otro lado, la anemia severa resultante de la malaria incrementa el riesgo de mortalidad materna. Las posibilidades de salud y supervivencia de los lactantes también se ven afectadas por la malaria, que incrementa el riesgo de muertes fetales y bajo peso al nacer. El acceso universal a servicios de SSR ayudaría a garantizar que las mujeres embarazadas en aquellas áreas en donde existe malaria endémica recibieran dos tratamientos preventivos de un fármaco antimalárico efectivo durante su embarazo (tratamiento preventivo intermitente). Actualmente sólo el 5% de las mujeres en aquellas áreas en donde existe malaria endémica reciben ese tratamiento.

Con respecto al VIH/SIDA, la OMS (2004 d) recomienda la integración de ciertos aspectos de los programas para el control tanto de la malaria como del VIH/SIDA:

- Las personas que viven con el VIH en áreas de transmisión de la malaria son particularmente vulnerables a la malaria (Verhoeff et al., 1999); su protección por medio de mosquiteros tratados con insecticida tiene una alta prioridad.
- Las mujeres embarazadas seropositivas en riesgo de contraer malaria siempre deberían ser protegidas por medio de mosquiteros tratados con insecticida y, adicionalmente dependiendo con el estado de la infección por VIH-, recibir ya sea un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (por lo menos tres dosis) o una profilaxis diaria con cotrimoxazol.
- Los programas para el control de las dos enfermedades deberían colaborar para garantizar la prestación de servicios integrados para el diagnóstico y el tratamiento de ambas enfermedades, y en particular en el marco de los servicios de salud reproductiva.

6.6.2. Malaria y migración

> *"Los reportes de malaria se están incrementando en muchos países, y en áreas que se pensaban libres de la enfermedad. Uno de los factores que contribuyen al resurgimiento de la malaria es la migración humana. Las personas se desplazan por una serie de razones, incluyendo el deterioro ambiental, la necesidad económica, los conflictos y los desastres naturales. Estos factores tienen grandes probabilidades de afectar a los pobres, muchos de los cuales viven en áreas con malaria o cerca de ellas. La identificación y la comprensión de la influencia de estos movimientos poblacionales pueden mejorar las medidas de prevención y los programas para el control de la malaria." (Martens y Hall, 2000: 1)*

Los desplazamientos de personas pueden contribuir a la transmisión de las infecciones de malaria. Adicionalmente, los programas para el control/la erradicación de la malaria, y para el mejoramiento de la salud pública en general, se ven obstaculizados cuando se aplican a poblaciones que son móviles total o parcialmente. Históricamente, el movimiento poblacional ha contribuido a la propagación de la enfermedad (Prothero, 1977). Varias campañas para la erradicación de la malaria fracasaron por no haber considerado este factor en las décadas de 1950 y 1960 (Bruce-Chwatt, 1968), a medida que el desplazamiento de personas infectadas de áreas endémicas a áreas en las que la enfermedad había sido erradicada condujo a su resurgimiento. Las personas que se desplazan también incrementan la transmisión de la malaria en otras formas, tales como el mayor riesgo de contraer la enfermedad resultante de las formas en las que modifican el ambiente, al igual que a través de la tecnología que introducen: los sistemas de deforestación e irrigación (Service, 1991). Las personas, sin darse cuenta, pueden transportar mosquitos infecciosos a áreas libres de malaria, reintroduciendo la enfermedad. De la misma forma, el movimiento poblacional está cada vez más implicado en la propagación de la resistencia a los fármacos contra la malaria (Rajagopalan et al., 1986).

Cada vez resulta más difícil tener acceso a, y entrar en contacto con, los números cada vez mayores de personas en movimiento y los costos de hacerlo son mucho mayores que cuando las personas son relativamente sedentarias. Las personas que se desplazan pueden categorizarse ya sea como transmisores activos o como adquirentes pasivos (Prothero, 1977). Los transmisores activos albergan al parásito y transmiten la enfermedad al desplazarse a áreas de transmisión esporádica o baja. Los adquirentes pasivos se exponen a la enfermedad a través del movimiento de un ambiente a otro; pueden tener una inmunidad de bajo nivel o pueden ser no inmunes, lo cual incrementa su riesgo de contraer enfermedades.

Los patrones y las características espaciales y temporales de estas dos categorías principales varían considerablemente. La migración puede presentarse de manera regular, con los desplazamientos teniendo lugar después de una reflexión apropiada y la planeación de un nuevo lugar de residencia. O bien puede tener lugar de manera precipitada, a consecuencia de factores imprevistos (guerras, catástrofes ambientales, hambruna). Los efectos de la migración irregular en la malaria tienen probabilidades de ser más significativos. La circulación puede tener lugar por periodos de tiempo limitados (diariamente), por periodos más largos que pueden extenderse por semanas, meses o incluso años, o por periodos definidos por la duración de temporadas (invierno/verano, húmeda/seca). Todos estos factores pueden tener efectos significativos en la malaria. Adicionalmente, la migración irregular, provocada por presiones políticas o por catástrofes ambientales, expone a las personas a diferentes formas de estrés físico y psicológico y, en consecuencia, incrementa su susceptibilidad a la malaria y otras infecciones (Prothero, 1994).

Los riesgos de contraer malaria pueden incrementarse de diversas formas. Las personas pueden desplazarse de áreas áridas o de gran altitud libres de malaria a otras irrigadas o de baja altitud con malaria, tal como sucede, por ejemplo, en los desplazamientos de agricultores, cazadores y recolectores entre hábitats libres de malaria y hábitats de reproducción de los

vectores. Las personas con poco o ningún riesgo inmune contraen la malaria al exponerse a personas infectadas, particularmente cuando las cepas de la malaria son resistentes a los fármacos. Adicionalmente, el estrés físico y psicológico reduce la resistencia a la infección. Los migrantes regulares, que retornan brevemente a sus lugares de origen rurales, pueden verse expuestos al riesgo de contraer la infección de la malaria.

Urbanización

En aquellos casos en los que se acompaña de saneamiento y vivienda adecuados, la urbanización puede conducir a una disminución en la malaria a través de la reducción de los sitios de contacto humano-vector y de reproducción de los vectores. Por lo tanto, de manera general, el control de la malaria es más efectivo en las áreas urbanas que en las rurales, pero el proceso de la urbanización amenaza este control. Sin embargo, la urbanización en la mayoría de los países en vías de desarrollo por lo general tiene lugar de una manera rápida y no regulada, lo cual conduce a un incremento en la transmisión de la malaria o a su reanudación como resultado de viviendas y saneamiento deficientes, la falta de drenaje apropiado para el agua superficial, y el uso de embalses no protegidos que incrementan el contacto humano-vector y la reproducción de los vectores. Los migrantes rurales pueden infectarse, y los barrios marginales improvisados y temporales en los que habitan proveen hábitats adecuados para la reproducción de los mosquitos. En la década de 1980, Manaus, la principal ciudad del Amazonas brasileño, experimentó varios brotes epidémicos en sus barrios marginales.

Colonización de nuevos territorios

La colonización de áreas no pobladas o escasamente pobladas puede ser acompañada por un incremento en la malaria. Las condiciones de los migrantes rurales, en particular los migrantes temporales que existen en toda la región, los hacen vulnerables y hacen que el tratamiento resulte muy desafiante. Los colonizadores, que pueden tener un bajo nivel de inmunidad o ser no inmunes, pueden migrar a áreas en donde la enfermedad es endémica, propagando la enfermedad. La falta de experiencia con diferentes tipos de tierra y climas degrada los ambientes locales y provoca que los agricultores familiares no puedan garantizar su permanencia en la región (Hogan, 2002 a). Inicialmente, las viviendas tienden a ser básicas, conduciendo a un estrecho contacto humano vector. Las viviendas temporales dificultan el acceso por parte de las operaciones de control oficial, y muchas veces sus estructuras están construidas tan deficientemente que no son adecuadas para realizar actividades de fumigación antivectorial. Por otro lado, las viviendas a menudo se encuentran cerca de ríos o lagos para facilitar la recolección de agua, incrementando con ello la exposición de los humanos a los mosquitos. La erosión acelerada y la inundación que ocasionalmente se presentan en las regiones tropicales también favorecen la reproducción de los vectores y una mayor contaminación. Las actividades para desarrollar un área, tales como la deforestación y la irrigación, pueden incrementar el número de sitios de reproducción de los vectores, contribuyendo a un incremento en la malaria. La colonización puede ir acompañada de

proyectos de construcción importantes, tales como presas, canales, carreteras o actividades mineras a los que se hace referencia como la agregación tropical del trabajo-, que pueden incrementar aún más la transmisión de la malaria.

Los desplazamientos de personas con el fin de establecer nuevas colonias en áreas "fronterizas/pioneras" son particularmente favorables para una mayor transmisión de la malaria. La región del Amazonas, por ejemplo, ha sido testigo de un resurgimiento de la malaria asociado con la colonización fronteriza, registrando más de la mitad de todos los casos de malaria en el Continente Americano. Hoy en día, prácticamente toda la malaria endémica tiene lugar en la región amazónica (Sawyer, 1992). Existen varios ejemplos en todo el mundo, tales como las nuevas colonizaciones forzadas en Etiopía en la década de 1980 (Kloos, 1990), y las personas que se desplazan de las islas interiores libres de malaria de Java y Bali, en Indonesia, a las islas exteriores con malaria, en donde los servicios de salud son inadecuados para hacerle frente.

Muchas veces, tal como lo apunta Prothero (1995), las iniciativas de gobierno son contrapesadas por la falta de experiencia y la incapacidad para hacerle frente adecuadamente a las implicaciones de más largo alcance de los nuevos asentamientos poblacionales. Otro aspecto difícil, particularmente en lo que se refiere a los esfuerzos para reducir la contaminación, es la presencia en la región de la migración circular y a corto plazo. En el caso de América Central, estas tendencias son aún más prevalentes, y la existencia de movimientos estacionales al interior de los países ha ayudado en gran medida a la difusión de la enfermedad entre países. La migración estacional o circular rápida, tanto interna como internacional, contribuye a limitar los programas para el control de la malaria y permite la infestación en nuevas áreas una vez que los migrantes retornan. La propagación de la malaria en América Central fue causada principalmente por esta interfaz. Prothero (1995) usa el ejemplo de Guatemala, en donde movimientos poblacionales provenientes de El Salvador la introdujeron a tierras alguna vez libres de malaria.

Las viviendas temporales no pueden ser protegidas por medio de fumigación con insecticidas. Al preparar la tierra para el cultivo, los colonizadores se ven expuestos a hábitats de reproducción de los vectores, y la pobreza limita su acceso a medidas de protección en contra de la malaria. Además de los asentamientos agrícolas, la malaria se ha incrementado a través de las actividades mineras, que incrementan los sitios de reproducción de los vectores. Los campos mineros crean las condiciones perfectas para la infección y la transmisión de la malaria. Los refugios temporales proveen poca o ninguna protección contra los mosquitos. Adicionalmente, los mineros son altamente susceptibles a la malaria, ya que a menudo se trata de migrantes provenientes de áreas libres de malaria y, por lo tanto, carecen de inmunidad a la enfermedad. En su búsqueda del oro, los mineros también destruyen rutinariamente los bancos de los arroyos locales. Los cauces de los ríos ampliados se convierten entonces en hábitats tipo pantano perfectos para la reproducción de los mosquitos. Los costos del tratamiento de la malaria se encuentran más allá de las posibilidades de la mayoría de los mineros, de modo que muchos mineros infectados no reciben tratamiento. Aunque los neros infectados sí compran medicinas (a menudo pagadas con oro), por lo general dejan de

tomarlas una vez que la fiebre cede, pero antes de curarse por completo. Como resultado de lo anterior, han emergido cepas de malaria resistentes a los fármacos, que son mucho más difíciles y caras de tratar.

En el caso del Brasil, la malaria volvió a emerger a través de la movilidad relacionada con la colonización, después de haber sido prácticamente erradicada de la mayoría de las áreas en la región del Amazonas por la campaña nacional contra la malaria en las décadas de 1950 y 1960 (Marques, 1986). Desde la década de 1960, sin embargo, la incidencia de la malaria se ha incrementado dramáticamente como resultado de los movimientos de población masivos para colonizar nuevos territorios.

En la década de 1960 se construyeron nuevas carreteras que vincularon a la región del Amazonas con el resto del país y atrajeron a jornaleros para trabajar en la construcción de caminos. En la década de 1970, los asentamientos agrícolas y los proyectos hidroeléctricos atrajeron a muchas personas más a la región. Finalmente, en la década de 1980, el descubrimiento de yacimientos de oro condujo a una mayor afluencia de personas, junto con el restablecimiento de cientos de minas en la región. La población del Estado de Rondonia, que recibió el mayor número de migrantes, se incrementó de 113,000 en 1970 a 1,200,000 en 1990. Los casos de malaria en Rondonia se incrementaron de 20,000 a 174,000 en el mismo periodo. En el Brasil en su conjunto, se reportaron aproximadamente 50,000 casos de malaria en 1970; para 1990, los reportes se habían incrementado a 577,520, representando el 10% de los casos reportados a nivel mundial fuera del África (Camargo et al., 1994). De este total, más del 98% se registraron en la región del Amazonas.

La Fiebre del Oro de Roraima y la malaria

Una de las razones de la alta tasa de crecimiento poblacional es el descubrimiento de yacimientos de oro. El auge de la minería del oro ha tenido varias consecuencias no previstas, incluyendo altos niveles de degradación ambiental como resultado de los relaves de las minas, la deforestación y las condiciones de vida en deterioro. En particular, la malaria ha arrasado con pueblos mineros en toda la región. En 1988, por ejemplo, el 50% de todos los casos de transmisión de malaria en Mato Grosso tuvieron lugar en sitios de minería de oro (Cruz Marques, 1987).

La Fiebre del Oro de Roraima y la subsecuente inmigración de los mineros han incrementado dramáticamente las muertes por malaria y su incidencia entre la población indígena. Una encuesta realizada en el Hospital Indígena de la ciudad de Boa Vista mostró que la malaria fue la principal causa de admisión de Indígenas Yanomami entre 1987 y 1989. De las 144 muertes reportadas durante este periodo, la malaria fue responsable del 51.8% (Oneron et al., 1991). Diversas estimaciones sugieren que casi el 10% de la población Yanomami murió de malaria entre 1987 y 1990. Entre 1991 y 1995, la malaria fue responsable del 25% de todas las muertes entre los Yanomami (Castro Lobo, 1996). En general, alrededor del 20% de la población Yanomami contrajo malaria, y en algunas de las aldeas el parásito infectó a más del 90% de la comunidad.

Si bien la Fiebre del Oro en Roraima está acercándose a su fin, el legado de la infección de la malaria continúa planteando un riesgo para los indígenas amazónicos. Las tasas anuales de la incidencia de malaria en áreas en las que el contacto con mineros y otros inmigrantes es frecuente son de hasta 1,350 por cada 1,000 habitantes, lo cual significa que algunos individuos han tenido más de un ataque de malaria en tan sólo un año. Lo anterior contrasta agudamente con las tasas en las aldeas no afectadas por la invasión de personas de fuera, que son de alrededor de 20 casos por cada 1,000. Ese nivel de incidencia también es sustancialmente más alto que aquel de la malaria entre la población amazónica en general, que se estima es de alrededor 40 por cada 1,000 (Castro Lobo, 1996; Cruz Marques, 1987).

Los tipos de movimientos poblacionales involucrados en la colonización de la región del Amazonas son la migración y la circulación a largo plazo de áreas libres de malaria en el Brasil a la región amazónica en donde la malaria es endémica. Las personas involucradas son adquirentes pasivos no inmunes que, al infectarse, pueden convertirse en transmisores activos. Si estos transmisores activos regresan a su lugar de residencia inicial en un área libre de malaria pero altamente receptiva, pueden reintroducir el parásito e iniciar un brote de malaria. Si bien la malaria endémica en el Brasil es en su mayor parte un problema de la región del Amazonas, otras regiones también tienen malaria u ocasionalmente la adquieren. En 1985, por ejemplo, se registraron 26 nuevos focos activos de malaria en estados brasileños fuera de la región del Amazonas (Marques, 1986). Los pobladores de la región del Amazonas son altamente móviles, desplazándose con una circulación diaria, periódica y estacional, de asentamientos en regiones inestables en donde la enfermedad es endémica a regiones hiperendémicas en los bosques lluviosos. Esta movilidad hace que los asentamientos se mantengan inestables y con un alto riesgo de epidemias como resultado del flujo constante de jornaleros (Camargo et al., 1994; McGreevy et al., 1989).

No existe una comprensión total de las razones que se encuentran detrás de la incidencia extremadamente alta de la malaria entre los pueblos indígenas, pero es probable que intervengan muchos factores, tanto socioeconómicos como ambientales. Primero, las actividades para el control de la malaria, tales como la fumigación de viviendas y la detección y el tratamiento de casos, que habían sido exitosas en las regiones del sureste y noreste del Brasil, no fueron exitosas en las áreas densamente boscosas del Amazonas como resultado de dificultades logísticas y organizacionales y la movilidad poblacional (Sawyer, 1992). La fumigación en interiores para el control de la malaria ha demostrado ser infectiva, ya que la mayoría de las picaduras de mosquitos tienen lugar al aire libre. Segundo, el aislamiento físico de muchos de los grupos en la región del Amazonas puede incrementar su susceptibilidad a la malaria. Tercero, como la mayoría de estas comunidades están en áreas remotas, las personas sólo tienen un acceso limitado a los servicios de salud. Adicionalmente, las conductas determinadas culturalmente pueden incrementar el riesgo de transmisión de la malaria.

En Colombia, el índice parasitario anual (definido como la razón entre el número de casos reportados y la población en riesgo) se ha incrementado tres veces desde la década

de 1960 (Sevilla-Casas, 1993). Este incremento parece estar relacionado con la migración de personas no inmunes a áreas tales como la Cuenca de Naya, en donde la malaria es endémica, y con la circulación de grupos al interior de la Cuenca de Naya. La circulación es predominantemente estacional, y está relacionada con la agricultura. Las personas descienden de colinas y terrazas, en donde el riesgo de malaria es mínimo, a la zona del delta con malaria para cultivar y cosechar sus cultivos. Al hacerlo, se exponen a la población anofelina del área y están en alto riesgo de contraer la malaria. Un gran número de personas están involucradas en esta circulación (aproximadamente el 60% de la población del área es móvil por un periodo aproximado de 4 meses del año), y esta densidad poblacional, combinada con la gran población de vectores, mantiene la transmisión en niveles altos (Sevilla-Casas, 1993).

Datos a nivel macro sobre la endemicidad y la movilidad (asociadas con la agricultura, la tala forestal y el comercio) en la Cuenca Naya de Colombia identificaron que el riesgo de contraer malaria era mayor en el delta del río Naya, al interior del cual existían movimientos por razones económicas, en momentos en los que las densidades de los vectores eran altas y las picaduras eran más intensas. Esta combinación de altas densidades de vectores garantizaba una transmisión continua e intensa de la malaria falciparum de manera predominante, con una alta prevalencia entre ambos sexos, incrementándose con la edad a partir de la adolescencia, a medida que el rango y el número de actividades de las personas aumentaban.

De este caso emergieron dos aspectos que resultan de importancia práctica para el diseño de medidas más efectivas para la prevención selectiva y el tratamiento adecuado en los programas de control de la malaria, particularmente entre las poblaciones en las que una alta proporción es móvil.

1. La necesidad de identificar aquellas áreas con los riesgos de infección más altos y concentrar los recursos de control en las mismas, en lugar de distribuirlos más ampliamente.
2. Las encuestas rutinarias acerca de la malaria no habían estado representando los números de mujeres infectadas adecuadamente.

Tal como se mencionó en la sección anterior, las mujeres embarazadas no inmunes son particularmente susceptibles a la infección de la malaria, y deberían recibir protección prioritaria. Adicionalmente, las mujeres han sido descuidadas en el estudio de las enfermedades tropicales, lo mismo en general que como migrantes que pueden estar expuestas a estas enfermedades (Vlassoff y Bonilla, 1994).

Refugiados

La malaria es una de las causas de muerte reportadas más comúnmente entre los refugiados, y ha provocado altas tasas tanto de enfermedad como de mortalidad entre los refugiados y las personas desplazadas en países en los que la enfermedad es endémica, tales como Tailandia, Sudán, Somalia, Burundi, Ruanda y la República Democrática del Congo. El movimiento poblacional puede incrementar la transmisión de la malaria, pero también propagar la malaria falciparum resistente a los fármacos, y la guerra misma puede favorecer

la transmisión de la malaria; su efecto en la agricultura y el manejo de la guerra puede incrementar los sitios de reproducción de los vectores; la destrucción de viviendas puede incrementar el contacto humano-vector; la destrucción de ganado puede hacer que los vectores zoofílicos se vuelvan antropofílicos si se altera su suministro de alimentos habitual (Onori y Grab, 1980); y las medidas de control pueden disminuir seriamente si se reduce el número de instalaciones de atención a la salud o estas no se encuentran disponibles.

Como resultado de 15 años de una guerra continua, que desplazó a cientos de miles de personas, Luanda, la capital de Angola, experimentó un incremento poblacional sin precedentes en la década de 1980. Este movimiento poblacional dio como resultado un cambio en la endemicidad de la malaria en Luanda, que pasó de un nivel hipoendémico a uno mesoendémico en un lapso de 5 años (Kanji y Harpham, 1992). Como causa de mortalidad infantil, la malaria pasó del sexto al primer lugar. La resistencia cada vez mayor del parásito a la cloroquina también se convirtió en un problema importante. Esta situación se dio a consecuencia del enorme flujo de personas de bajo nivel socioeconómico que fueron desplazadas a un entorno con embalses de aguas estancadas. Los movimientos poblacionales que incrementaron la transmisión de la malaria en Luanda fueron la circulación a largo plazo y la migración de áreas rurales estables a un área urbana inestable.

Los viajes intercontinentales

La transferencia intercontinental de la malaria puede tener lugar a través de la introducción de un vector infeccioso a un área en donde la enfermedad no es endémica, tal como sucede con la llamada malaria de aeropuerto, o a través del movimiento de una persona con parasitemia a un área en donde la enfermedad no es endémica, tal como sucede con la malaria importada. A la malaria de aeropuerto se le define como aquella adquirida a través de la picadura de un mosquito anófeles tropical infectado por personas cuya historia geográfica excluye la exposición a este vector en su hábitat natural (Isaäcson, 1989). La incidencia de estos casos es baja, y da cuenta de la transmisión de la malaria en los países industrializados, con casos registrados de malaria en Europa (Reino Unido, Italia) importados del África. En los EU también se han registrado casos de brotes provocados por la supuesta transmisión a través de mosquitos importados de México.

Como el viaje es una importante forma de movimiento, son necesarios convenios para evitar la transmisión de la malaria. En América Latina, el más satisfactorio de estos convenios es el Pacto del Cono Sur, que involucra a Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay, Argentina y Chile. La malaria es endémica en los primeros tres países y en una pequeña área del norte de Argentina, pero la mayor parte de Argentina, Uruguay y Chile están libres de malaria. El MDGR argentino 2005 (Argentina, 2005) hace notar que el 75% de los casos de malaria registrados en el país durante los últimos tres años fueron de inmigrantes bolivianos. El Pacto estipula el intercambio de información acerca de la malaria y de recursos para su control. En el resto de los lugares en las áreas con un alto nivel de malaria de América Latina, existen diversos grados de control coordinado de la malaria a lo largo de las fronteras internacionales y a través de las mismas. La coordinación y el control están limitados por la

falta de acción política y, en algunos casos, por fricciones políticas, que se ven exacerbadas por los movimientos de refugiados y los movimientos clandestinos e ilegales de la mano de obra migrante. En aquellos países en los que se cultiva coca, los problemas se ven agravados por el tráfico de drogas y los intentos para controlarlo

A partir de la década de 1950, los informes del Comité de Expertos de la OMS sobre la Malaria han hecho referencia a la importancia de los movimientos poblacionales para la transmisión de la malaria y los programas para su reducción. Se ha hablado mucho en el pasado, y se continúa hablando mucho hoy en día, acerca de esta importancia, pero en la práctica son muy pocas las acciones emprendidas. No se ha apreciado por completo el hecho de que, en el trabajo contra la malaria, las personas y sus acciones exigen la atención experta de los científicos sociales, de la misma forma en que los parásitos y los vectores exigen la atención experta de los malariólogos y entomólogos, respectivamente. No obstante, es necesario hacer notar que se han logrado avances, particularmente con el establecimiento, a finales de la década de 1970, del Grupo de Trabajo Socioeconómico del Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales del Banco Mundial/PNUD/ OMS (Vlassoff, 1991).

IDEAS PRINCIPALES SOBRE ODM 6:

Conclusiones generales

- El número de personas viviendo con VIH en la región de ALC en 2006 ha crecido de un estimado 1.7 millones – comparado con la estimativa de 1.6 millones en 2003. Aproximadamente 65,000 murieron de SIDA y 140,000 fueron infectados. El Caribe es considerado como la segunda región más afectada del mundo, con 19,000 fatalidades estimadas en 2006, lo que hace del SIDA la principal causa de muerte entre adultos de 15-44 años de edad. El número total de personas viviendo con VIH en los países de CARICOM en 2003 fue estimado en 109,395.
- En la mayoría de los países de la región de ALC, los niveles más altos de infección de VIH son encontrados entre hombres que tienen sexo con hombres. El sexo entre hombres ha sido estimado como la causa de 25-35% de los casos de SIDA en países como Argentina, Brasil, Guatemala y Perú. Trabajadoras de sexo tienen el segundo nivel más alto de SIDA, con prevalencia entre menos de 1% en Nicaragua y 2% en Panamá hasta más de 10% en Honduras.
- El SIDA tiene un impacto negativo en todos los otros ODM. La epidemia afecta los resultados de la pobreza (ODM 1) e impide el acceso universal a la educación (ODM 2) – especialmente en países con altas tasas de prevalencia. También tiene vigorosas consecuencias en la salud materna e infantil, puesto que la infección de SIDA aumenta la frecuencia de problemas obstétricos y neonatales. Por eso, mientras que el combate al SIDA es un objetivo en sí mismo, también toca a los otros objetivos de desarrollo.

1. Aspectos de género del VIH/SIDA

- La epidemia de VIH/SIDA ha aumentado rápidamente entre las mujeres de la región de ALC, particularmente en los países de la CARICOM. La razón hombres/mujeres entre los casos registrados de SIDA ha disminuido sustancialmente en las dos últimas décadas y, en algunos países, las mujeres son más propensas a ser infectadas que los hombres.
- Las mujeres son social y sicológicamente más vulnerables a la infección por el VIH y las inequidades de género son una fuerza importante por detrás de la epidemia.
- Como relatan estudios en Argentina, México y Nicaragua, el sexo desprotegido con maridos no-monógamos afecta profundamente la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, hasta el punto en que en Chinandega, Nicaragua, se estima que las mujeres casadas tienen una probabilidad dos veces mayor de estar viviendo con el VIH que las trabajadoras sexuales.
- La violencia basada en género reduce la autonomía de las mujeres e impide la prevención del VIH y el acceso a servicios de salud. La evidencia de varios estudios demuestra que mujeres víctimas de violencia íntima de la pareja tienen mayor riesgo de estar infectadas.
- El segundo nivel más alto de VIH en la región de ALC se encuentra entre las trabajadoras sexuales. Como sugiere la evidencia, políticas activas orientadas a este segmento deben incluir la promoción del uso del condón, así como la implementación de servicios contra el abuso de sustancias.

2. La integración de los servicios sexuales y reproductivos y los servicios relacionados al VIH/SIDA

- Como el porcentaje de mujeres viviendo con VIH está aumentando entre el número total de víctimas del VIH/SIDA, acciones focalizadas en las mujeres como parte de los servicios de SSR se hacen cada vez más importantes. Existe evidencia sobre la viabilidad y efectiva sinergia de la integración de los servicios de atención primaria con la prueba voluntaria del VIH, pero esta estructura no ha sido ampliamente implementada.
- En la práctica, los siguientes problemas crean obstáculos para la articulación: los líderes en ambos campos tienen diferentes agendas y disciplinas intrincadas; los donantes bilaterales y multilaterales tienen departamentos separados para VIH/SIDA y SSR y han financiado programas y servicios separadamente; la responsabilidad para los programas, presupuesto y financiamiento para las dos especialidades está separada en sistemas nacionales de salud; se han iniciado o mantenido programas de estructuras verticales; la condonación del Fundo Global de Lucha contra el SIDA, TB y Malaria ha exacerbado esa situación porque los fondos de SIDA se han crecido a tal magnitud que suelen favorecer un abordaje vertical en vez de esfuerzos de integración con la SSR y otras áreas de salud.
- En términos de la asignación de recursos, ha existido una competencia entre los programas de SSR y de VIH/SIDA. Mientras que las inversiones en planificación

familiar y SSR han decaído en términos reales entre 1995 y 2001, el apoyo para VIH e IST ha crecido por un factor ocho. Desde una perspectiva más práctica, la combinación de servicios de SSR y VIH requiere esfuerzos especiales para garantizar que la integración no sobrecargue los servicios existentes y comprometa la calidad de los servicios. Los costos iniciales de la integración, incluyendo la capacitación de personal para enfrentar a las complejas necesidades de SSR de los clientes VIH positivos también tienden a ser altos.

- La prevención y administración de IST y su detección temprana y tratamiento son importantes no solamente en sí mismas, sino también para la prevención del VIH – puesto que algunas IST aumentan la posibilidad de la transmisión del VIH durante el sexo sin protección.
- La integración de servicios mejora el conocimiento y conciencia sobre el VIH/SIDA y puede también promover consejería voluntaria y pruebas y el uso de condón. Se ha demostrado que la consejería de mujeres en servicios de SSR promueve comunicación con los maridos a respecto de los riesgos del VIH y el comportamiento preventivo.
- La integración de servicios también puede contribuir a ampliar la esfera del uso dual de protección, por medio de indicaciones que los riesgos de IST deben ser considerados en la decisión por el método anticonceptivo.
- Un estudio basado en datos de 14 países de alta prevalencia estima que los costos por muerte infantil evitada podrían ser reducidos de US$ 2600, bajo las estrategias convencionales de TV, para meros US$ 360 si se agregara un componente de planificación familiar. El costo de una infección evitada bajaría de US$ 1300 para US$ 660. Se estima que en la África Subsaariana los servicios de planificación familiar previenen más infecciones de VIH en recién nacidos que la provisión de nevirapina y son más costo-efectivos para ese propósito.
- La prevalencia estimada para la infección de VIH de mujeres embarazadas en la región de ALC es considerablemente alta. Los servicios de SSR expandidos son contextos ideales para lidiar con las estrategias de prevención de TV. La atención integral y confidencial a la salud para las mujeres viviendo con VIH/SIDA y sus hijos debe ser garantizada.

3. La necesidad de focalizar la juventud

- Las altas tasas de prevalencia de infección por VIH entre los jóvenes requieren abordajes de prevención diseñadas para sus demandas y necesidades específicas.
- Los programas deben considerar que más jóvenes tenien relaciones sexuales más temprano y con más parejas. Evidencia de Brasil, Jamaica y St. Marten indica tanto actividad sexual temprana como sexo sin protección.
- Mujeres jóvenes deben recibir atención especial, puesto que son altamente vulnerables a la infección por VIH.
- La educación para la sexualidad y de habilidades para la vida debe ser fortalecida, de una manera que promueva plenamente los derechos sexuales y reproductivos, la adopción de un comportamiento sexual seguro y responsable, así como la igualdad de género y el desarrollo de capacidades. La mayoría de las intervenciones basadas

en las escuelas son comprobadamente eficaces en aumentar el conocimiento y en promover comportamientos de protección.

- Expandir el acceso a servicios de salud accesibles a los jóvenes es otra intervención demandada, puesto que los/las adolescentes y jóvenes son menos propensos a buscar tratamiento para IST que otros segmentos de la población. El entrenamiento para proveedores de servicios, las mejorías para las instalaciones clínicas, y la implementación de actividades en la comunidad aumentan el uso de los servicios de salud por los jóvenes.

4. La relación entre la migración y la proliferación del SIDA

- Regiones con mayor movilidad estacional o a largo plazo (ciudades de frontera, ciudades portuarias, áreas donde se congregan poblaciones móviles) informan tasas más altas de infección. En migrantes laborales se han encontrado tasas más altas de infección que en no-migrantes, independientemente de la prevalencia del VIH en el lugar de origen o de destino.
- Muchos hombres que emigran para trabajar con el objetivo de enviar remesas a sus hogares entran en relaciones extra-maritales sin la debida protección, contrayendo el virus e incluso contaminando sus esposas al regresar. Un caso ilustrativo de todas esas aseveraciones sobre el impacto de la migración en la epidemia del VIH/SIDA es el de los emigrantes mexicanos.
- Las mujeres migrantes y las trabajadoras de sexo son particularmente vulnerables en contextos de migración. El sexo transaccional, el sexo para la supervivencia, la violencia sexual y el sexo comercial no-profesional suceden en condiciones que aumentan el riesgo de la transmisión de infecciones sexuales y el VIH, como el uso poco frecuente de condones.
- A partir de la llegada en el nuevo país, los migrantes frecuentemente enfrentan las consecuencias de duras condiciones de viaje, agravadas por cambios climáticos repentinos y por el riesgo del consumo de alimentos poco apetitosos. Al mismo tiempo, su estatus legal en el nuevo país no está siempre definido, dificultando el pleno acceso a los servicios públicos de salud.
- En algunos países de la región de ALC, la fuga de cerebros es sin duda un serio tema que necesita ser tratado por las autoridades públicas. La partida de profesionales de salud de áreas con alta incidencia del VIH/SIDA debilita la calidad de asistencia, a partir del momento que la relación funcionario de salud y población cae drásticamente, en perjuicio de los pacientes.

5. Una nueva Meta en el ODM 6: acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA

- La nueva Meta en el ODM 6 es importante pero polémica, puesto que requiere la solución del conflicto con respecto a los derechos de propiedad intelectual de

los medicamentos contra SIDA que ya son distribuidos en formatos genéricos en algunos países, como Brasil.

- Efectivamente, una política de medicamentos genéricos puede ser un medio efectivo para facilitar las transferencias tecnológicas. Eso requiere esfuerzos combinados por los gobiernos y la cooperación con el sector privado.

6. SR, migración y malaria

- Con respecto al embarazo y la malaria, los efectos corren en ambas direcciones. Por un lado, el embarazo reduce la inmunidad de la mujer a la malaria. Por otro lado, la malaria aumenta los riesgos de mortalidad materna, puesto que puede llevar a anemia, aborto involuntario, retardo del crecimiento intrauterino y malaria cerebral. Las chances de salud y supervivencia del niño también son afectadas por la malaria, que aumenta los riesgos de nati-mortalidad y bajo peso al nacer.
- Personas viviendo con VIH son particularmente vulnerables a la malaria. En áreas de transmisión de la malaria, los programas de control de VIH/SIDA y malaria deben ser integrados.
- El acceso universal a servicios de SSR podría ayudar a garantizar que las mujeres embarazadas en áreas endémicas de malaria reciban tratamiento preventivo durante el embarazo (tratamiento preventivo intermitente).
- La migración humana es uno de los determinantes de la reemergencia de la malaria. Además, programas de control y erradicación de la malaria, y para la mejoría de la salud pública en general, enfrentan mayores obstáculos cuando aplicados a poblaciones que son, en parte o enteramente, móviles.
- Cuando acompañada de vivienda adecuada y saneamiento, la urbanización puede llevar a una reducción de la malaria. Sin embargo, la urbanización en la mayoría de los países en desarrollo normalmente sucede de una forma rápida y desreglada que lleva al aumento o relanzamiento de la transmisión de malaria debido a las malas condiciones de vivienda y saneamiento, falta de drenaje apropiado del agua de superficie y el uso de reservatorios desprotegidos de agua que aumentan el contacto con el vector humano y la reproducción del vector.
- Las condiciones de los emigrantes rurales, particularmente emigrantes temporales, contribuyen para su vulnerabilidad. Los movimientos de personas para reasentamiento en áreas de frontera son particularmente favorables para el incremento de la transmisión de la malaria. La Amazonia, por ejemplo, ha presenciado el relanzamiento de la malaria asociado a la colonización de frontera, registrando más de la mitad de todos los casos de malaria en las Américas.
- Acuerdos son necesarios para evitar la transmisión de la malaria. En América Latina, el más satisfactorio de dichos acuerdos es el Pacto del Cono Sur que involucra a Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay, Argentina y Chile. La malaria es endémica en los primeros tres y en una pequeña parte del norte de Argentina, pero el resto del país, al igual que Uruguay y Chile, son libres de la malaria. El Pacto provee el intercambio de información sobre la malaria y recursos para su control.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

El ODM 7 no puede ser analizado fuera del contexto general de los ODM como una estrategia de desarrollo integrada con prioridades específicas. El desarrollo sostenible se basa en el reconocimiento del papel jugado por el medio ambiente y los recursos naturales en la provisión de la base ambiental y material, la energía y los ecosistemas de los que dependen los procesos económicos (CEPAL, 2000 b). El ODM 7 está vinculado, por ejemplo, con el ODM 6, ya que el combate de la malaria es una prioridad en materia de salud que está relacionada con el medio ambiente, la vivienda y los patrones de asentamiento. En todo esto, es necesario tomar en consideración las implicaciones de los factores demográficos, ya sea porque el crecimiento poblacional tiene un impacto en la sostenibilidad ambiental y produce vulnerabilidad ambiental, o porque la migración y otros componentes del cambio demográfico influyen en el crecimiento de los barrios marginados urbanos y la deforestación de los bosques tropicales, por mencionar sólo algunas de las interacciones pertinentes.

Una de las principales prioridades es la sostenibilidad del desarrollo, no sólo en un sentido ambiental, sino también a lo largo del tiempo. Por otra parte, el desarrollo sostenible debe verse a través de la lente de la cooperación internacional. En otras palabras, la sostenibilidad ambiental está asociada con la construcción de alianzas globales, considerando que, en el mundo de hoy, todos los países están interconectados y son interdependientes. La escala global de la presión sobre el medio ambiente, ejemplificada por problemas tales como el calentamiento global y el agotamiento de la capa de ozono, subraya el hecho de que los países se están volviendo cada vez más interdependientes y vulnerables. La sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7), por lo tanto, depende de las alianzas globales para el desarrollo (ODM 8).

Las relaciones con la pobreza (ODM 1) y, en menor medida, el género (ODM 3) también son evidentes. En el caso de la pobreza, estas son claramente bidireccionales, ya que la degradación ambiental puede ser la causa o la consecuencia de la pobreza de la población que reside en áreas ambientalmente vulnerables. Un vínculo un tanto inesperado entre el ODM 2 y el ODM 7 es el hallazgo realizado por algunos investigadores (por ejemplo, Pichón, 1997) de que los colonizadores con niveles de educación más altos tienden a causar más deforestación que aquellos con menos educación, posiblemente porque pueden disponer de más recursos para la explotación económica de la tierra que ocupan. A la inversa, existe una vinculación de la Meta 11 con el ODM 2, en el sentido de que los niños que viven en áreas marginadas a menudo no tienen acceso a educación, como resultado de la falta de un domicilio válido para matricularse (UNFPA, 2007: 28).

Si bien es cierto que la noción de una fuerte vinculación entre la sostenibilidad ambiental y los procesos poblacionales resulta atractiva intuitivamente, históricamente se ha

demostrado que es difícil actuar con base en esta idea. Young (2005: 93) hace notar la falta de reciprocidad entre las políticas de población y otros aspectos del desarrollo, particularmente los aspectos relacionados con la sostenibilidad:

> *"Los grupos de presión en el campo de la población exponen clara y enérgicamente los efectos del incremento poblacional en el medio ambiente, la seguridad alimentaria y el desarrollo sostenible. Las instituciones y agencias responsables de estas últimas inquietudes, por otro lado, no reconocen explícitamente que el incremento poblacional es integral a sus políticas. El paquete éticamente aceptable de políticas de población y salud reproductiva propuesto en 1994 en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas debe ser aplicado a los objetivos de la Conferencia Mundial sobre Desarrollo Sostenible en el 2002. Las instituciones que se ocupan de la pobreza, el hambre y el medio ambiente necesitan seguir el camino de las políticas que va de El Cairo a Johannesburgo."*

El autor lamenta que las instituciones y los grupos de presión que se ocupan de estos temas por lo general traten a la población como una variable dada e independiente, disociándola con ello del discurso sobre políticas de El Cairo.

La Conferencia de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), que tuvo lugar en Río de Janeiro, en 1992, pudo haber sido una oportunidad interesante para colocar los temas de población en la agenda del desarrollo sostenible. Sin embargo, si bien la Agenda 21 abordó los temas de población en términos muy generales, careció de detalle.

> *"Las políticas deberían evaluar las consecuencias del crecimiento demográfico (...) Se deberían hacer investigaciones de la interacción de los factores ambientales y socioeconómicos como causa de la migración.(...). También debería hacerse una evaluación de la capacidad de sustento a nivel nacional (...)" (Naciones Unidas, 1992: 5.16 y 5.20)*

También se prestó cierta atención a la promoción del crecimiento de las ciudades intermedias: "(...) para asegurar que el desenfrenado crecimiento urbano no propague la degradación de los recursos a una superficie mayor ni aumente las presiones para urbanizar los espacios abiertos, las tierras agrícolas y los cinturones verdes" (Naciones Unidas, 1992: 7.18), pero no existió un reconocimiento de la necesidad de dar cabida a la distribución de los asentamientos sobre la base de las distintas dotaciones de recursos de las diferente regiones de un país.

Con la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Habitat II) (Estambul, 1996), el asunto de la sostenibilidad ambiental y los procesos poblacionales y su distribución espacial fue planteado más claramente. Yendo más allá del llamado al desarrollo de las ciudades intermedias, la *Agenda* específicamente recomienda "promover patrones de desarrollo espacial" en nombre de la calidad ambiental, y reconoce la necesidad de hacer concesiones en los patrones regionales del uso de la tierra:

> *"La calidad de vida y las actividades de todos los seres humanos al interior de los asentamientos humanos están estrechamente relacionadas con el cambio poblacional, los patrones demográficos -incluyendo el crecimiento, la estructura y la distribución de la población- y variables de desarrollo tales como la educación, la salud y la nutrición, los niveles de uso de los recursos naturales, el estado del medio ambiente y el ritmo y la calidad del desarrollo económico y social." (Naciones Unidas, 1996: 125)*

El PdA de la CIPD reconoció la relación entre el medio ambiente y los fenómenos demográficos, tales como los impactos ambientales de la migración rural a urbana, las tasas de crecimiento poblacional, la reducción de la pobreza y el consumo de recursos. El párrafo 3.29 (d) del PdA de la CIPD destacó la necesidad preservar los recursos naturales y alentó particularmente la sostenibilidad de los patrones de producción y consumo, aunque lo hizo sin mencionar metas cuantificables y definidas en el tiempo. Adicionalmente, el párrafo 3.25 del Capítulo IX ilustró cómo es que el PdA de la CIPD relaciona la distribución poblacional, particularmente la dicotomía rural-urbana, con la preservación ambiental:

> *"Los factores demográficos, junto con la pobreza y la falta de acceso a los recursos en algunas regiones, pautas de consumo excesivo y de producción derrochadora en otras, provocan o agudizan los problemas de degradación del medio ambiente y agotamiento de los recursos y, por ende, impiden el desarrollo sostenible."*

También se pueden encontrar afirmaciones similares en una serie de documentos del UNFPA:

> *"El equilibrio entre el uso de los recursos y las necesidades ecológicas dependerá decisivamente del crecimiento de la población, de la ubicación de ésta, de sus movimientos, de los patrones de uso de los recursos y del manejo de los residuos." (UNFPA, 2002 a: 7)*

En su mayor parte, sin embargo, la CIPD dejó las consideraciones ambientales a la Agenda 21 y a otros documentos de la Cumbre de la Tierra, y los grupos de presión que se ocupan de la población y el medio ambiente continuaron operando más o menos independientemente. Los esfuerzos realizados por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), el Programa Internacional de las Dimensiones Humanas del Cambio Ambiental Global (Global Science Panel on Population and Environment, 2002) y algunas naciones (Brasil, por ejemplo: ver Hogan et al., 2002 a) para colocar a la población en la agenda de Johannesburgo no fueron exitosos. Más recientemente, la Fuerza de Tareas sobre el Medio Ambiente integrada por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas fue enfática en el hecho de que la sostenibilidad ambiental es clave para alcanzar no sólo el ODM 7, sino todos los ODM. Los ODM en realidad establecen metas cuantificables y definidas en el tiempo, incluyendo la preservación de los recursos naturales en las Metas 9 y 10. La Meta 11 del ODM 7 se centra en los impactos ambientales de las aglomeraciones urbanas, ya que tiene como objetivo mejorar, para el 2015, las vidas de 100 millones de habitantes de barrios marginados urbanos, pero no considera de manera explícita los componentes demográficos cruciales de la formación de los barrios marginados.

En general, debe concluirse que las inquietudes poblacionales y ambientales han sido abordadas en su mayoría por separado en foros sobre políticas. El Panel de Ciencia Global de la IUSSP sobre Población y Medio Ambiente (2002), sin embargo, argumenta:

> *"La población humana es importante para el desarrollo sostenible en dos formas críticas. Primero, es un agente de cambio, induciendo muchos de los cambios ambientales, económicos y sociales en el mundo que dan lugar a nuestra inquietud acerca de la sostenibilidad de nuestras vías de desarrollo actuales. Segundo, la población humana y sus condiciones de vida son los objetivos finales del desarrollo, con la salud, el bienestar y la supervivencia humana como criterios para juzgar si el desarrollo es sostenible o no. Son la población humana y sus miembros individuales los que al final sufrirán las consecuencias de las vías de desarrollo no sostenibles. Por estas razones, la integración sistémica de la población al desarrollo sostenible es esencial si queremos satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin sacrificar los medios de vida de las generaciones futuras."*

Los problemas políticos asociados con los entornos de políticas por separado en los que típicamente se han discutido los temas de población y medio ambiente se ven reforzados por la dificultad analítica para establecer relaciones directas e inequívocas entre los dos. Aunque es fácil estar de acuerdo con Vaclav Smil (1993) en el hecho de que, en general, cualquier problema ambiental concebible tiene probabilidades de verse agravado como resultado del crecimiento poblacional, los mecanismos precisos de este impacto no pueden establecerse tan fácilmente, particularmente en el nivel local, en el que entran en juego muchos otros factores. Tal como lo plantea Bilsborrow (2002):

> *"[En lugar del análisis multivariado,] muchos estudios se centran en uno o dos factores de interés particular para los autores, que entonces aducen evidencia en apoyo a sus posturas ideológicas, ya sea a favor de esos factores o en oposición a ellos. Parte (si no es que la mayoría) de la investigación acerca de los efectos de la población-migración en el medio ambiente adolece de un sesgo a priori hacia el hecho de ver a la población ya sea como algo no importante y exagerado en la literatura, o como el principal factor del deterioro ambiental."*[1]

Las dos principales dificultades son que:

1. Algunos problemas ambientales son ocasionados por procesos en los que se reconoce que la población no juega ningún papel o, en el menor de los casos, sólo juega un papel menor; y
2. En el caso de aquellos problemas ambientales en los que la población juega un papel importante, los resultados finales pueden depender en buena medida de factores institucionales y otros factores condicionantes.

Bilsborrow y Hogan (1999) están entre aquellos que hicieron un primer esfuerzo para superar enfoques más simples, de un solo factor, principalmente con respecto a la cuestión

[1] Cita tomada de la versión completa del artículo, disponible en la Internet, que fue abreviada en la versión citada en la Bibliografía.

específica de la deforestación y dos importantes componentes poblacionales: la migración (los nuevos asentamientos en las regiones boscosas tienen consecuencias que no son extrapolaciones lineales del número de migrantes) y la salud (no sólo la del bosque, sino también de sus nuevos residentes, sufren las consecuencias, especialmente con la mayor importancia de la malaria).

Dadas estas dificultades, que se incrementan por la naturaleza parcial de los indicadores ambientales de los ODM mismos, la tarea de sistematizar las diferentes interacciones población-medio ambiente con respecto a las metas de los ODM no resulta fácil. Este capítulo se ocupará de ello con base en la siguiente lista:

7.1. El vínculo entre el crecimiento poblacional y la sostenibilidad del medio ambiente
7.2. Población y uso sostenible del espacio
7.2.1. El papel de la migración
7.2.2. El papel de los factores de género
7.2.3. Distribución de la población y vulnerabilidad del medio ambiente
7.3. Población y acceso a agua potable segura y saneamiento básico
7.3.1 Factores poblacionales determinantes de la expansión del saneamiento básico en la región de ALC
7.4. El vínculo entre el crecimiento poblacional y el crecimiento de los barrios marginados urbanos
7.4.1 El vínculo entre la migración y el crecimiento de los barrios marginados urbanos
7.5. Una nueva Meta bajo el ODM 7: la protección de la biodiversidad

Esta estructura es en parte un producto de la estructura de las metas de los ODM mismas, y en parte de los diferentes enfoques analíticos para introducir consideraciones poblacionales. Estos últimos son particularmente importantes en las secciones 7.1. y 7.2., mientras que las secciones de la 7.3. a la 7.5. están en su mayor parte estructuradas alrededor de las proprias Metas de los ODM.

Tal vez el consenso más evidente en lo que a la población se refiere entre los estudiosos y diseñadores de políticas es que no es posible alcanzar la sostenibilidad del medio ambiente a largo plazo sin la estabilización del crecimiento poblacional. Algunos MDGR también han planteado argumentos a favor de los límites al consumo de los recursos naturales esenciales no renovables. Sin embargo, estas ideas no necesariamente se han traducido en una inquietud sistemática acerca de los factores poblacionales como elementos integrales de las políticas ambientales. Las opiniones acerca de la importancia de las tendencias poblacionales, en comparación con otros determinantes del empobrecimiento del medio ambiente, varían grandemente, particularmente cuando se pasa del nivel global al local y de las intervenciones en materia de políticas a largo plazo a otras más inmediatas. A este nivel, de acuerdo con algunos, las dinámicas poblacionales resultan insignificantes en comparación con una amplia variedad de determinantes económicos, políticos e institucionales. Otros, que ven la sostenibilidad a través de un lente macrosistémico, consideran que la presión poblacional

actual es tal que se mantiene sólo a expensas del agotamiento de los recursos no renovables, como el acceso a agua dulce, tierra cultivable, las concentraciones de dióxido de carbono limitadas en la atmósfera, etc.

La literatura más reciente sobre la población y el medio ambiente se ha apartado en buena medida de las generalizaciones a nivel planetario, y aborda con un nivel de detalle mucho mayor las características espaciales de las conexiones entre la población y el medio ambiente, especialmente a nivel local. Entre otras cosas, esto ha llevado a conceptos tales como el "uso sostenible del espacio", además de otros más antiguos, tales como la "capacidad de sustento" y la "huella ecológica". Algunos sostienen que es necesario reorientar la relación entre población y medio ambiente; la cuestión aquí no es *cuántos* usan un territorio, sino más bien *cómo* usarlo. Esto implicaría que es necesario tomar en cuenta la planificación urbana al analizar las necesidades poblacionales y las condiciones ambientales.

Otro importante fenómeno demográfico que influye en el medio ambiente es la migración. Incluso con la disminución de las tasas de migración rural-urbana en ALC, no es fácil identificar una regla para establecer si la migración en general es benéfica o perjudicial para el medio ambiente. Para algunos, el crecimiento poblacional migratorio todavía cuenta como la principal causa de la deforestación, mientras que para otros esta sería la expansión agrícola. Los factores institucionales y de género también modifican la forma en que la población, y más específicamente las presiones migratorias, afectan al medio ambiente.

Una de las metas de desarrollo bajo el ODM 7 es el acceso a agua potable segura. Si bien es probable que se alcance la Meta del 92%, esto no cambia el hecho de que, en el 2002, más de 60 millones de residentes de la región de ALC todavía no contaban con servicios de agua potable segura. Las dinámicas poblacionales son pertinentes en este contexto con relación a dos factores: el grado de urbanización y las diferencias sociales (o raciales). Una inquietud similar se aplica al tema de los barrios marginados urbanos. El incremento poblacional probablemente conducirá a tasas de urbanización más altas, pero su implicación para el crecimiento de los barrios marginados urbanos no es clara. El reto consiste en reducir los barrios marginados urbanos, al mismo tiempo que la población urbana sigue creciendo, tanto como resultado del incremento vegetativo como de la migración. La rápida urbanización ha sido acompañada por la ocupación de tierras marginales al interior o en la periferia de las ciudades, con problemas comunes tales como la pobreza y una infraestructura inadecuada. Sin embargo, no todos los barrios marginados urbanos son el resultado de procesos migratorios, y una proporción sustancial de sus residentes son urbanitas nativos.

La última sección de este capítulo se centra en la nueva Meta, la protección de la biodiversidad, que fue introducida en 2006 por el ex Secretario General de las Naciones Unidas. La extinción de especies no es un proceso nuevo, pero ha sido acelerada por algunos fenómenos relacionados con la población (la migración, de acuerdo con algunos), la deforestación, la sobreexplotación y la alteración de hábitats –todos ellos factores vinculados que sugieren la necesidad de proteger el medio ambiente.

Meta 9. Integrar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; y contrarrestar la pérdida de recursos del medio ambiente

El concepto de las políticas de desarrollo sostenibles abarca una gama de temas extremadamente amplia. Sin embargo, en su momento estos temas fueron condensados en indicadores cuantificables, la Meta 9 se centró en un conjunto bastante limitado de inquietudes, tales como la emisión de dióxido de carbono y la proporción del área territorial cubierta por bosques, no se consideró la perspectiva poblacional, y tampoco se le asignó un lugar prominente a las Metas de inquietud especial para la región de ALC. El indicador 29 - la proporción de la población que usa combustibles sólidos es el más estrechamente asociado con la conducta humana.

Según la CEPAL (2005 a), a pesar de albergar la herencia de biodiversidad más grande de la Tierra, de recibir el influjo de agua dulce más grande y albergar al bosque lluvioso del Amazonas, los problemas ambientales más críticos de la región de ALC únicamente fueron abordados marginalmente por los indicadores de los ODM. Es cierto que el indicador 25 de la Meta 9 la proporción de tierra cubierta por bosques - y el 26 - la razón de área protegida para mantener la diversidad biológica a área de superficie- abordan la preservación de los bosques, evidentemente un tema de protección ambiental crucial para la región que alberga a la selva del Amazonas, pero el ODM 7 no aborda esos temas más consistentemente.

> *"En América Latina y el Caribe, la sostenibilidad ambiental está cada vez más en riesgo. Los problemas ambientales más importantes de la región (degradación de tierras y bosques, deforestación, pérdida de hábitat y de biodiversidad, y contaminación del agua dulce, costas marítimas y atmósfera) están agravándose en términos generales y se reflejan sólo parcial e imperfectamente en los indicadores y metas del Milenio definidos para el objetivo 7." (CEPAL, 2005 a: 173)*

El MDGR 2003 de Argentina parece estar de acuerdo con el hecho de que en el ODM 7 se perdieron algunas oportunidades para establecer la prioridad de ciertos temas, una percepción compartida por el MDGR mexicano (2005):[2]

> *"La evaluación de la sustentabilidad ambiental frecuentemente se ha hecho a partir de sólo unos pocos indicadores, lo que se debe tanto a la complejidad conceptual del tema como a la falta de información adecuada y confiable." (México, 2005: 144)*

El MDGR peruano 2004 también destaca que el ODM 7 no está adecuadamente adaptado a las circunstancias de la región de ALC, la segunda área más grande del mundo cubierta por bosques:

> *"El indicador sobre superficie bajo cobertura forestal del ODM 7 no especifica un valor cuantitativo a ser alcanzado en el 2015. Tampoco hay metas relacionadas en las políticas nacionales, ni una línea de base que pueda ser utilizada como referencia*

[2] La introducción, en el 2006, de una Meta relacionada con biodiversidad parece responder a parte de esta crítica.

> *en las intervenciones destinadas a revertir las tendencias en el cambio de la superficie forestal." (Perú, 2004: 86)*

Habiendo dicho lo anterior, desde la perspectiva más reducida de la población en la región de ALC, los puntos del ODM 7 que ameritarán un escrutinio más estrecho en las siguientes secciones son las condiciones de vida de los habitantes de los barrios marginados (Meta 11) y, en menor medida, la presión del crecimiento poblacional sobre los recursos naturales (en el contexto de la Meta 9).

En lo que respecta a la cuestión más general de integrar los principios del desarrollo sostenible a las políticas nacionales, la CEPAL (2005 a) destaca que la conformación de instituciones gubernamentales para vigilar la preservación del medio ambiente, concientizar y cambiar los patrones de producción y consumo, ha sido una tendencia observada en América Latina a lo largo de la década de 1990, pero que rara vez se le ha asignado a las burocracias apropiadas más del 1% del PIB de los países para la creación de políticas ambientales. La misma idea se expresa en el MDGR de México (2005):

> *"Durante mucho tiempo los temas ambientales estuvieron al margen de la toma de decisiones de la política económica y de los principales sectores productivos; como consecuencia, se subestimaron los costos económicos y sociales del crecimiento demográfico, de la desigual distribución territorial de la población, del impacto de las actividades productivas y de la urbanización sobre la calidad del aire, del agua y de los suelos, soslayando las implicaciones de la degradación y destrucción de los recursos naturales."(México, 2005: 152)*

7.1. El vínculo entre el crecimiento poblacional y la sostenibilidad del medio ambiente

Las relaciones entre la población y el medio ambiente son más fáciles de visualizar a nivel macro. Probablemente el vínculo más obvio y tradicional que puede establecerse es el reconocimiento del hecho de que a la larga no es posible alcanzar la sostenibilidad ambiental sin la estabilización del crecimiento poblacional. Esta fue una de las ideas centrales del Informe Brundtland, *Nuestro futuro común*:

> *"Las tasas de crecimiento poblacional actuales no pueden continuar. Ya inciden en las capacidades de muchos gobiernos para proveer educación, atención a la salud, y seguridad alimentaria para las personas, por no mencionar sus capacidades para incrementar los niveles de vida. Esta brecha entre los números y los recursos es todavía más apremiante, ya que una gran parte del crecimiento poblacional está concentrada en los países de bajos ingresos, las regiones desfavorecidas ecológicamente, y los hogares pobres." (Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, 1987: Cap. IV.2)*

Esta idea cuenta con un amplio consenso entre los estudiosos y los diseñadores de políticas. Ahí en donde las opiniones difieren sustancialmente es en cuanto a qué tan lejos se encuentra el largo plazo y si el ecosistema planetario está propenso a enfrentar límites de

recursos catastróficos antes que la población pueda estabilizarse. Los debates ambientales de la década de 1970, que apuntaban a la proximidad de límites infranqueables al consumo de recursos naturales esenciales y no renovables (la famosa idea defendida por Meadows et al., 1972 en su Informe para el Club de Roma), han mostrado que estos límites son mucho más elusivos de lo que se pensaba en aquel entonces. El Grupo de Trabajo sobre el Crecimiento Poblacional y el Desarrollo Económico de la Academia Nacional de las Ciencias (National Research Council, 1986) ha sostenido que las dinámicas poblacionales no son un factor significativo en la disponibilidad de los recursos no renovables, y que incluso los renovables dependen sólo indirectamente de su influencia. Otros investigadores (Pimentel et al., 1994) argumentan, sin embargo, que los límites del desarrollo sostenible óptimo, que ellos sitúan en una población a nivel mundial de cerca de 2 mil millones, ya han sido rebasados, y que la población mundial actual se mantiene sola a expensas de recursos no renovables que se agotan cada vez más, en una forma que resulta incompatible con la sostenibilidad a largo plazo.

Incluso si se asume, a diferencia de Paul Ehrlich y otros profetas de la "explosión poblacional", que es poco probable que el ecosistema planetario colapse en un futuro cercano como consecuencia del crecimiento poblacional desenfrenado, de cualquier forma existen razones legítimas para asumir que el rápido crecimiento poblacional es un factor agravante en muchos problemas ambientales:

> *"Los problemas de la degradación ambiental y el agotamiento de recursos a menudo son exacerbados por factores demográficos, especialmente cuando estos se combinan con la pobreza. El crecimiento continuo de las poblaciones y las economías amenaza la seguridad hídrica y alimentaria, los recursos forestales y la biodiversidad, e incrementa la presión sobre los recursos naturales limitados." (UNFPA, 2004 a: 7)*

Hoy en día, las poblaciones que viven en países con recursos naturales escasos están creciendo más rápidamente que la población mundial en su conjunto, imponiendo una presión aún mayor sobre estas zonas biológicamente frágiles (Engelman et al., 2000).

En lo que respecta a la contribución del crecimiento poblacional a problemas ambientales específicos, se ha hecho un amplio uso de la fórmula I=PAT de descomposición de Ehrlich y Holden (1971), que afirma que cualquier impacto ambiental I es el producto de tres factores: población (P), riqueza (A) y tecnología (T). La descomposición a menudo ha sido criticada, entre otras razones porque por lo general existen interacciones importantes entre los tres factores, de modo que no es realista asumir que uno puede variar independientemente de los otros (por ejemplo, Preston, 1996 b). A pesar de estas advertencias, tal vez resulte pertinente saber que las proyecciones de O'Neil et al. (1998), que examinaron los cambios globales en las emisiones de gases de efecto invernadero en el transcurso de los siguientes 50 años, concluyeron que, en el corto plazo, el ingreso y el cambio tecnológico tendrán un mayor impacto que el crecimiento poblacional, pero que, a largo plazo, la contribución del crecimiento poblacional se incrementará.

En el caso del agua dulce, se estima que actualmente 505 millones de personas padecen estrés por falta de agua o una escasez seria de agua (Engelman et al., 2000). Bajo las

tendencias actuales, para el 2025 entre 2,400 y 3,200 millones de personas podrían estar sujetas a un estrés alto o moderado por falta de agua. A lo largo de este periodo, se estima que el mundo necesitara 17% más agua para cultivar alimentos para las poblaciones cada vez mayores en los países en vías de desarrollo, y que el uso total del agua se incrementará en un 40% (Naciones Unidas, 2002 b). En la región de ALC, los países que presentan los problemas más serios son Haití y Perú (Gardner-Outlaw y Engelman, 1997). Este es un aspecto de la *disponibilidad* de agua dulce distinto de aquel del acceso abordado bajo la Meta 10. Actualmente, las personas se apropian de alrededor del 54% de toda el agua dulce disponible de ríos, lagos, arroyos y mantos acuíferos poco profundos. Se espera que, en los próximos 25 años, el crecimiento poblacional incrementará esta cifra a alrededor del 70% (Hinrichsen, 2003; UNFPA, 2003 a). El *Perfil ambiental de Guatemala* (IARNA/URL/IIA, 2006) hace notar que el consumo de agua en ese país es de 120 litros por persona por día en las áreas urbanas y 60 litros en las rurales, mientras que los hogares queman anualmente 1.8 m3 de leña per cápita. Pero este nivel de consumo varía ampliamente. Aunque un consumo de 100 litros por persona por día por lo general se considera como un mínimo para uso personal, el promedio es de 29 para el Senegal, pero de 700 para los EEUU (Acreman, 1997). De manera nada sorprendente, el consumo per cápita no está distribuido uniformemente entre las diferentes regiones del mundo y entre áreas urbanas y rurales. De hecho, existe una correlación inversa entre el consumo de agua y el ingreso, por un lado, y el crecimiento poblacional por el otro, con los países de altos ingresos presentando altos niveles de consumo de agua y un bajo crecimiento poblacional. Lo opuesto se aplica a las naciones menos desarrolladas.

Tal como lo hace ver Antón (1996), todas las principales ciudades de ALC están enfrentando problemas de suministro de agua para sus poblaciones. Lo anterior se debe a la contaminación del agua, especialmente como resultado de las aguas residuales y de desperdicio. Este tema de la calidad del agua tiene importantes consecuencias para el suministro de agua. La situación se ve agravada en las megaciudades de Buenos Aires, la Ciudad de México, Río de Janeiro y São Paulo. En el caso de la Ciudad de México y Buenos Aires, la sobreexplotación de los acuíferos es un desafío desalentador para la sostenibilidad del suministro a largo plazo.

No sólo los números poblacionales, sino también los patrones de asentamiento son importantes en este contexto. El nivel de consumo de agua más alto de los hogares urbanos es sólo una de varias áreas de conflicto potenciales entre el uso urbano y rural del agua. Cuando las ciudades y las áreas rurales circundantes compiten por recursos hídricos, los requerimientos de agua ecológica (el agua necesaria para mantener el funcionamiento del ecosistema y los ciclos hidrológicos locales) a menudo son descuidados. Durante los últimos dos siglos, los centros urbanos en rápido crecimiento han dependido de traer agua de fuentes cada vez más distantes. Los conflictos entre los usuarios en las ciudades y aquellos en otros lugares han sido comunes. El uso urbano del agua exige un suministro de más alta calidad y más estable que aquel en la mayoría de los usos rurales (por ejemplo, la irrigación). Cuando el agua es desviada de la agricultura a las áreas urbanas, la productividad agrícola puede

verse severamente afectada. Los centros urbanos dependen de los servicios de los ecosistemas adyacentes para separar sus desperdicios biodegradables, pero cuando las capacidades de estos sistemas locales se ven sometidas a una carga excesiva, la agricultura aguas abajo puede verse perjudicada, y las personas que viven en asentamientos aguas abajo son puestas en riesgo. Estos mismos desperdicios biodegradables pueden representar la pérdida de los nutrientes de los sistemas agrícolas y forestales. En muchas circunstancias, las instituciones para conciliar esos conflictos no son ni equitativas ni eficientes (Baumann, Boland y Hanemann, 1998). En particular, la importancia social, económica y política de las ciudades a menudo garantiza que se le dé prioridad a sus demandas.

Meyerson (1998) examinó la relación histórica entre el crecimiento poblacional y las emisiones de carbono y los desafíos enfrentados por los signatarios del Protocolo de Kyoto de 1997 sobre el calentamiento global. De acuerdo con este autor, la amplia variación en el cambio poblacional proyectado entre los países desarrollados es un factor significativo y, no obstante, ampliamente ignorado en la evaluación de las metas acordadas en Kyoto. Incluso asumiendo que el Protocolo sea implementado exitosamente, el tratado sobre el calentamiento global no puede tener éxito sin la participación a corto plazo de los países en vías de desarrollo, muchos de los cuales ya producen, o pronto producirán, emisiones de carbón excesivas como un resultado combinado del gran tamaño de su población y el nivel de uso de carbón per cápita bastante alto. La estabilización de la población será un determinante clave del éxito de cualquier plan climático, pero tanto los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo presentan grandes variaciones en lo relativo a su avance hacia este objetivo, algo que no fue tomado en cuenta al momento de definir los límites de emisión. A la inversa, Bremner y Bilsborrow (2005) critican la agenda de los ODM por haber definido sus indicadores 27 y 28 únicamente en términos per cápita, ignorando con ello el efecto del crecimiento poblacional en el impacto ambiental en general. Ellos prefieren los indicadores del Protocolo de Kyoto, que están definidos en términos de emisiones en general, en lugar de emisiones per cápita; esto por lo menos permite la valoración de los impactos poblacionales, aun cuando no se hayan hecho explícitos en el Protocolo.

En otras palabras, aparte de ser una condición necesaria a largo plazo, la estabilización del crecimiento poblacional a través de la provisión de acceso a la SSR y la planificación familiar es una manera (aunque ciertamente no la única) de frenar las presiones sobre los recursos ambientales y la infraestructura disponible en el futuro más inmediato. Tal como lo plantean Singh et al. (2003), la provisión del servicio de SSR puede contribuir a "equilibrar el uso de los recursos naturales con las necesidades de la población", mejorando con ello la sostenibilidad ambiental. Reconociendo que el rápido crecimiento poblacional pone en peligro al medio ambiente, particularmente en el caso de los ecosistemas frágiles y los barrios desfavorecidos, las presiones demográficas sobre el medio ambiente resaltan la contribución que la realización de la CIPD podría tener para el logro de la Meta 11:

> *"El continuo crecimiento de las poblaciones y las economías amenaza la seguridad hídrica y alimentaria, los recursos forestales y la biodiversidad, e incrementa la presión sobre los limitados recursos naturales. Sin la realización de los objetivos del Programa de*

Acción de la CIPD, especialmente el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad, la estabilización de la población global y los patrones de producción y consumo más sostenibles seguirán siendo elusivos." (UNFPA, 2004 a: 27)

A nivel local, que es en donde las complejidades de los mercados y las instituciones sociales entran en juego, las implicaciones de la densidad y el crecimiento poblacionales pueden ser muy diferentes de las generalizaciones agregadas que han orientado la preocupación pública por estos temas. Los estudios sobre el uso de la tierra a nivel local muestran que a menudo existe una fuerte correlación espacial entre la densidad poblacional y el grado de deforestación (por ejemplo, Meyerson, 2001), pero esto no necesariamente significa que la presión poblacional sea la principal fuerza impulsora detrás de la deforestación.

Una premisa central del pensamiento de la ciencia social reciente acerca del crecimiento poblacional, el desarrollo y el medio ambiente, es que los factores tales como las instituciones sociales, la eficiencia de los mercados, los patrones de la distribución del ingreso, los niveles de tecnología y las regulaciones son por lo menos tan importantes como el crecimiento poblacional. El National Research Council de los EEUU (1992) ha planteado la idea de que, bajo algunas circunstancias, la densidad poblacional más alta -junto con una mayor disponibilidad de capital físico y derechos de propiedad claramente definidos- en realidad podría resultar benéfica para la sostenibilidad de regiones ecológicamente vulnerables tales como la región del Amazonas. Actualmente, la única manera de obtener una rentabilidad satisfactoria es haciendo un uso intensivo del único factor de producción que actualmente existe en abundancia, a saber, la tierra y otros recursos naturales. Dicho de otra forma, las áreas poco pobladas podrían perjudicar al medio ambiente, ya que los habitantes no tienen más opción que aprovechar al máximo los recursos naturales disponibles, ya sea para ganarse la vida o para impulsar la actividad económica local. A la inversa, el uso más intensivo de mano de obra, capital y tecnología implicaría formas menos agresiva de explotación del medio ambiente si las densidades demográficas fueran lo suficientemente altas y si existiera un marco legal de apoyo en vigor. El mismo planteamiento es hecho por Bedoya (1995) en su estudio sobre la región peruana del Amazonas, en donde los modos de producción ambientalmente destructivos seguidos por sus colonizadores por lo general están asociados con la falta de mano de obra a bajo costo, como resultado de la competencia del más lucrativo cultivo de coca en la región. Consecuentemente, este autor muestra que, en el caso de los colonizadores peruanos, difícilmente existe una relación entre los tamaños de las familias y el área cultivada.[3]

Palloni (1994: 160), que realizó una extensa revisión y un meta-análisis de la literatura, concluyó, con base en la evidencia actual, que "aun cuando la presión poblacional es una fuerza importante que conduce a la deforestación, rara vez actúa por sí sola para producir

[3] También existe un volumen considerable de literatura basada en la idea de que la abundancia de recursos territoriales en las áreas fronterizas estimula la alta fecundidad. A esto se le conoce como la hipótesis de la 'demanda de tierra-mano de obra', que sostiene que el mayor acceso a la tierra le proporciona a un hogar campesino un ingreso mayor para mantener a una familia más grande, y que la mayor tenencia de tierra requerirá de más mano de obra en el hogar para trabajarla (para un tratamiento sistemático de este punto de vista, ver Clay y Johnson, 1992). Como el objetivo de este documento no es el de explicar la fecundidad, aquí no se aborda esta literatura. El punto de vista opuesto, es decir, aquel que afirma que el tamaño de la familia contribuye a determinar el tamaño de las fincas, y por lo tanto su impacto ambiental, ha sido defendido por Cain (1985).

este resultado." En su estudio acerca de la deforestación en Costa Rica desde 1973, Rosero-Bixby y Palloni (1998) concluyen que, aun cuando la población es sin duda alguna uno de los factores contribuyentes, desde un punto de vista conservacionista es menos importante establecer esta relación que entender cómo funciona, particularmente los factores que pueden exacerbarla o atenuarla. Algunos investigadores incluso ignoran a la población en su totalidad y atribuyen la deforestación a la distribución desigual del ingreso, la tierra y el acceso al crédito (Stonich, 1989), la pobreza rural (Ellen, 1982), la estructura de la demanda en los mercados internacionales (Nations y Komer, 1982), las fallas del mercado resultantes de los derechos de propiedad disfuncionales, o las tecnologías inadecuadas (Hecht, 1985).

Otros, si bien reconocen la importancia de otros determinantes, le reservan un papel a los procesos y los factores relacionados con la población. En particular, se ha hecho notar que el crecimiento poblacional agregado no es la única cantidad de crecimiento pertinente cuando de los efectos sobre el medio ambiente se trata. En un análisis a nivel de condados de la región brasileña del Amazonas para el periodo 1978 1988, Pfaff (1999) encontró que la densidad poblacional no fue un factor significativo en la explicación de la deforestación para la región en su conjunto, pero que factores tales como el espacio y el momento del asentamiento poblacional *sí* tuvieron un impacto significativo. Moran (1993), finalmente, sugiere que el impacto de los asentamientos humanos en las áreas fronterizas no es uniforme, pero está vinculado a la estructura y la etapa del ciclo de vida de los hogares, y que los cambios en estos factores pueden hacer que el patrón de los asentamientos pase de ser perjudicial a ambientalmente neutral.

En particular, la idea de que el impacto ambiental de los asentamientos humanos depende fuertemente del ciclo de vida, lo mismo que de otros factores relacionados con la microdemografía de los hogares de los colonizadores, cuenta con evidencia empírica considerable (Pichón, 1997; Marquette, 1998; Perz, 2001, 2002). MacKellar et al. (1995) han mostrado, por ejemplo, que como existen costos fijos de energía, eliminación de desechos y de otro tipo para el manejo de un hogar, algunos procesos de degradación ambiental, tales como el crecimiento en la producción de gas de efecto invernadero, están más estrechamente vinculados con el crecimiento en el número de hogares que con el crecimiento poblacional per se. La misma idea ha sido planteada en el contexto de la demanda de energía urbana, en donde al parecer el tamaño del hogar tiene un efecto importante en el consumo per cápita, probablemente como resultado de las economías de escala en el uso de la energía a nivel de los hogares (Ironmonger et al., 1995; Vringer y Blok, 1995; Schipper, 1996; O'Neill y Chen, 2002). Los hogares más pequeños a menudo implican la dispersión de la población en un número más grande de hogares, y existe evidencia de que es el número de hogares, más que el tamaño de la población per se, lo que impulsa el consumo (Cramer, 1997, 1998). La investigación sobre los impactos ecológicos de los cambios en los tamaños y los números de los hogares es más reciente, pero sugiere una relación positiva entre los tamaños cada vez menores, los números cada vez mayores, y el impacto ecológico (Keilman, 2003; Liu, 2003). El contexto local también parece ser importante para la determinación de las interacciones entre la población y el uso de la tierra (National Academy of Sciences 2001).

Pebley (1998) también llama la atención al impacto ambiental desigual de los hogares en diferentes etapas de su ciclo de vida. Los impactos más fuertes tienden a presentarse en el rango de edad de 45 a 54 años, que tiene los gastos más altos en vivienda, servicios públicos y transporte, por lo menos en los EEUU. Estos dos hallazgos son malas noticias para aquellos que esperaban un impacto directo de la fecundidad en descenso sobre la degradación ambiental, ya que el crecimiento de los hogares disminuye más lentamente que el crecimiento poblacional y, a largo plazo, concentra a más jefes de familia en los rangos de edad más altos. Considerando los cambios en los patrones de nupcialidad, el crecimiento de los hogares podría disociarse del crecimiento poblacional, incrementándose incluso de cara a la disminución de la fecundidad.

La importancia de los efectos de las cohortes, la edad y el género en el cambio ambiental también es enfatizada por McCracken et al. (1999), que desarrollaron un modelo de ciclo de vida para los hogares en áreas fronterizas. A medida que los hogares envejecen, pasando de una familia nuclear con hijos pequeños a hogares de mayor edad con hermanos adultos jóvenes, o a hogares extendidos multigeneracionales, el uso de la tierra también tiende a cambiar. La conversión del bosque le cede el paso a los pastizales o las cosechas anuales/perennes como resultado de la disponibilidad de mano de obra. Usando datos de corte transversal, McCracken et al. (2002) confirmaron este patrón y también hicieron notar la importancia de la mano de obra del hogar en comparación con la mano de obra contratada. Usando los mismos datos y centrándose en las trayectorias de deforestación a lo largo del tiempo, Brondízio et al. (2002) demostraron que las tasas de deforestación alcanzan su pico durante los primeros cinco años, seguidas por una disminución y otro pico cuatro o cinco años más tarde. Esta trayectoria creaba un patrón de onda, o una "huella colonizadora", que resultó muy similar entre cohortes con diferentes fechas de llegada durante un periodo de aproximadamente 15 años.

La discusión anterior ilustra la realidad básica de las vinculaciones población-medio ambiente: aun cuando la población es indudablemente una de las fuerzas impulsoras detrás del cambio ambiental, los impactos específicos dependen de muchos otros factores; en consecuencia, las respuestas en materia de políticas requieren de un nivel relativamente alto de complejidad analítica para diseñar intervenciones en los niveles apropiados y en las formas apropiadas. A pesar de las muchas advertencias que es necesario hacer en este sentido, la mayoría de los investigadores y diseñadores de políticas de cualquier forma estarían de acuerdo con Vaclav Smil, uno de los principales expertos en el tema, que hace varios años observó: "Encuentro imposible creer que un mayor hacinamiento conduzca a una mayor calidad de vida." (Smil, 1993: 207).

7.2. Población y uso sostenible del espacio

Aunque gran parte de la literatura sobre población y medio ambiente ha enfatizado la idea de una carrera entre la población y los recursos naturales, en donde la primera está continuamente en riesgo de rebasar a los segundos, existe otra perspectiva complementaria que está más preocupada por la dimensión espacial de la población y las dinámicas

ambientales. Una variante importante de esta perspectiva tiene sus raíces en el debate acerca de la *capacidad de carga* de la Tierra (el número de personas que el planeta puede sustentar) (Marquette y Bilsborrow, 1994; Cohen, 2005), y su versión más reciente, la *huella ecológica* (el área de tierra per cápita que se necesita para sostener a una población con un nivel de vida dado a largo plazo) (Wackernagel y Rees, 1996).

Este debate está íntimamente vinculado con el tema de las tendencias poblacionales y las políticas diseñadas para influir en ellas. De acuerdo con algunos, estos conceptos reflejan un fuerte sesgo hacia el control poblacional. Otros han cuestionado la naturaleza por persona de las huellas, argumentando que el modelo favorece a los hogares con más hijos: un hogar grande con diez hijos tiene una huella *por persona* más pequeña que una casa de la mitad de su tamaño habitada por una sola persona. Este es considerado un resultado adverso, ya que tener más hijos contribuye a la sobrepoblación global, con altos costos ecológicos en el futuro (Van den Bergh y Verbruggen, 1999).

Una de las conclusiones que han surgido a partir de algunos estudios basados en el concepto de la huella ecológica es que, dados los niveles de consumo actuales, el mundo ya ha excedido su nivel máximo de uso sostenible del espacio en alrededor del 20%, lo cual significa que está usando recursos en formas que no resultan sostenibles a largo plazo. Se dice que Europa, en particular, tiene una huella ecológica del doble de los recursos territoriales disponibles en el continente (European Environment Agency, 2005). En la región de ALC, la situación es más variada, tal como se muestra en el Cuadro 7.1. Aunque una gran parte de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Perú, y otros) todavía tiene razones entre su huella ecológica y su biocapacidad que se encuentran bastante por debajo de 1, varios países ya han excedido este límite: Costa Rica, Cuba, la República Dominicana, El Salvador, Haití, Jamaica, Trinidad y Tabago, y -más significativamente a consecuencia del tamaño del país- México. Estas conclusiones son más pesimistas que las estimaciones de la capacidad de sustento iniciales basadas en la producción potencial de alimentos. Higgins et al. (1982), por ejemplo, estimaron la población potencial de México en el 2000 en 183.3 - 696.2 millones, dependiendo del nivel de los insumos tecnológicos usados, mientras que Haití y Jamaica podrían soportar poblaciones de 4.0 - 11.4 y 2.2 - 9.2 millones, respectivamente. Sus estimaciones para América Central en su conjunto (incluyendo México y el Caribe) eran de 292.3 - 1,293.4 millones, y para América del Sur de 1,417.6 - 12,375.3 millones.

Planteando una perspectiva diferente, menos agregada, acerca del uso sostenible del espacio, Martine (2000) sugiere que es necesario reorientar la discusión acerca de la relación entre la población y el medio ambiente. Si bien está de acuerdo con la idea de que cualquier crecimiento poblacional dado tiende a empeorar las cosas al momento de surgir un desafío ambiental, descarta la linealidad y la uniformidad entre los dos procesos, y destaca que, más allá del crecimiento poblacional, los patrones espaciales de producción y consumo en el mundo en vías de desarrollo juegan un papel crucial en la definición del uso de los recursos naturales.

Cuadro 7.1: Huella ecológica vs. biocapacidad per cápita para países de la región de ALC (2002)

País	Huella ecológica/cápita *	Biocapacidad/cápita *	Razón
Argentina	2.2	6.7	0.33
Bolivia	2.0	15.4	0.13
Brasil	2.1	10.1	0.21
Chile	2.2	5.4	0.41
Colombia	1.2	3.6	0.33
Costa Rica	2.0	1.5	1.33
Cuba	1.7	0.8	2.13
Ecuador	1.4	2.3	0.61
El Salvador	1.2	0.6	2.00
Guatemala	1.2	1.3	0.92
Haiti	0.6	0.3	2.00
Honduras	1.3	1.8	0.72
Jamaica	1.7	0.5	3.40
México	2.4	1.7	1.41
Nicaragua	1.2	3.6	0.33
Panamá	1.7	2.6	0.65
Paraguay	1.9	5.4	0.35
Perú	0.9	4.2	0.21
República Dominicana	1.6	0.8	2.00
Trinidad y Tabago	4.3	0.4	10.75
Uruguay	2.1	7.5	0.28
Venezuela	2.3	2.4	0.96

* Ambas están medidas en hectáreas globales, es decir, hectáreas con una productividad igual al promedio mundial.
Fuente: European Environment Agency, 2005

Como modificar el crecimiento poblacional es un proceso a largo plazo con una gran cantidad de inercia incorporada, la idea es que centrarse en estos procesos espaciales, que son más susceptibles de cambio a corto plazo, puede ser una opción más viable en términos de políticas:

> *"Detener el crecimiento poblacional no será fácil o rápido (...). La sostenibilidad seguiría siendo problemática, incluso si de alguna manera pudiera detenerse abruptamente el crecimiento poblacional el día de hoy." (Martine, 2000: 5)*

En pocas palabras, la idea aquí es que, como la inercia demográfica y el ímpetu poblacional probablemente impedirían la eficiencia de las intervenciones en el crecimiento demográfico por el siguiente medio siglo aproximadamente, los diseñadores de políticas tendrían más éxito si emprendieran acciones en cuanto a cómo se usa un territorio, en comparación con sencillamente intentar determinar cuántos lo usan. A nivel local, la abrumadora mayoría de las decisiones en materia de políticas involucran a la dimensión espacial. La racionalidad de la ocupación es la clave para el uso sostenible del espacio, y el potencial de planificación de las ciudades para modificar los entornos urbanos es fundamental.

A menudo se afirma que el objeto de la planificación demográfica racional debería ser una "distribución balanceada" de la población, un término que rara vez es aclarado. Sin embargo, si una "distribución balanceada" implica una densidad demográfica homogénea, este es probablemente uno de los peores escenarios concebibles. Más que una amenaza

a la estabilidad ambiental, tal como lo implican el sentido común y los alarmistas, la concentración de la población urbana en realidad puede ser una solución para dar cabida a las personas en formas que sean costo-eficientes. En el caso de la deforestación, por ejemplo, la relación es inversa:

Cuadro 7.2: Densidades poblacionales urbanas y rurales para el mundo y la región de ALC por principales zonas ecológicas

Zona ecológica	Mundo			Región de ALC		
	Proporción de tierra urbana	Densidad poblacional urbana/km2	Densidad poblacional rural/km2	Proporción de tierra urbana	Densidad poblacional urbana/km2	Densidad poblacional rural/km2
Costera	10.2%	1119	69	8.8%	789	15
Cultivada	6.8%	793	70	4.6%	548	11
Árida	2.1%	749	20	2.7%	541	7
Boscosa	2.0%	478	18	1.2%	685	6
Aguas interiores	3.2%	826	25	2.8%	655	7
Montaña	1.7%	636	26	2.7%	746	14
General	2.8%	770	25	2.6%	656	9

Fuentes: CIESIN et al., 2004 a b

> *"Otra pregunta importante sin responder es de qué manera los pronósticos de urbanización (la proporción cada vez mayor de la población que vive en áreas urbanas) para los países en vías de desarrollo (...) incidirán en la cubierta forestal y el uso de recursos. Es posible postular una relación inversa entre la urbanización y la pérdida de la cubierta forestal con base en la experiencia de los países desarrollados del mundo (...). Aun cuando la investigación sobre el cambio en el uso de la tierra y la cubierta forestal aborda la importancia del contexto local en la deforestación (Geist y Lambin, 2002), ofrece poca orientación para medir los efectos de la urbanización futura en la cubierta forestal en el mundo en vías de desarrollo." (Bremner y Bilsborrow, 2005: 6)*

En las áreas urbanas existen otros recursos que se usan más intensivamente. La emisión de gases de efecto invernadero, por ejemplo, tiende a incrementarse con la urbanización (Bremner y Bilsborrow, 2005). En su mayor parte, sin embargo, la urbanización no es un problema per se, a pesar de que el desarrollo urbano que ignora sus implicaciones ecológicas puede crear muchos problemas. Es necesario distinguir entre los impactos a menudo negativos del desarrollo urbano en los servicios de los ecosistemas y las comparaciones a menudo positivas que pueden hacerse entre el desarrollo urbano bien ordenado y las opciones de desarrollo alternativas menos urbanas. La optimización del uso racional de los recursos exige la concentración de la mayoría de la población en aglomeraciones de alta densidad, en donde los servicios ambientales pueden ser provistos de manera costo eficiente, mientras que una proporción relativamente pequeña de la población debería asentarse en comunidades pequeñas y dispersas, aprovechando una tecnología agrícola altamente capitalizada y eficiente. Los asentamientos rurales dispersos pueden provocar una fragmentación de la vegetación mayor que aquella provocada por la concentración de la población urbana, con un fuerte impacto negativo en los sistemas de aguas interiores. La concentración de la población en áreas urbanas hace más fácil tratar las agua residuales y evitar la contaminación, ya que las

fuentes de contaminación localizadas tienen mayores probabilidades de ser controladas o eliminadas. También existen muchas formas de reutilizar las aguas residuales urbanas y de practicar el ordenamiento de la demanda con fines de conservación. En lo que respecta a las tierras áridas, se ha sugerido que el desarrollo urbano implica un menor riesgo de desertificación que el desarrollo agrícola (Portnov y Safriel, 2004). La palabra clave es la planificación urbana, es decir, tomar en cuenta las necesidades de la población y las condiciones ambientales de un entorno particular, aquello a lo que Hogan (2002 b) se refiere como "las vocaciones económico-ambientales socialmente determinadas".

La reciente Evaluación de los Ecosistemas del Milenio coloca los aspectos positivos y negativos lado a lado:

> *"En parte como resultado de las demandas que los sistemas urbanos imponen a los ecosistemas en la región circundante, las ciudades y los pueblos a menudo son presentados como ambientalmente perjudiciales. Esto es engañoso, particularmente si el bienestar humano es una preocupación central. Si las actividades y los residentes urbanos se desplazaran a áreas rurales, las demandas impuestas a los ecosistemas se dispersarían más, pero no se reducirían. Y no obstante, a pesar de que desde una perspectiva de los ecosistemas la urbanización es preferible a la mayoría de las alternativas rurales que involucran niveles de producción económica similares, las presiones urbanas se están incrementando rápidamente como resultado del crecimiento poblacional, el crecimiento económico y la urbanización. Además, para los ecosistemas contiguos, la concentración de personas y actividades en las áreas urbanas puede ser una carga particular. Los centros urbanos en la vecindad de ecosistemas frágiles son especialmente problemáticos. Las ciudades asociadas con industrias altamente contaminantes típicamente tienen un impacto mayor en los ecosistemas cercanos que aquellas dominadas por las industrias de servicios. Un desarrollo urbano manejado deficientemente puede ser especialmente destructivo para los ecosistemas cercanos." (Millennium Ecosystem Assessment, 2005 a: 814)*

En su tratamiento de la urbanización y la migración, en el documento *Population, environment and poverty linkages*, el UNFPA (2001 a) llama la atención a las tendencias recientes en las orientaciones en materia de políticas, expresando una inquietud similar: el enfoque de políticas adoptado por la mayoría de los países favorece a los programas de desarrollo rural y urbano integrados que se adaptan a las dinámicas poblacionales, en lugar de intentar modificarlas. Las políticas para el ordenamiento de la tierra y los programas de asentamientos humanos típicamente incluyen medidas para mejorar la infraestructura y los servicios, controlar la ubicación de las nuevas viviendas y, en general, garantizar un buen uso de la tierra. A diferencia de las políticas adoptadas en la década de 1970 y 1980, son muy pocos los intentos que se están haciendo para contener el crecimiento de las ciudades más grandes. Redirigir el crecimiento poblacional a nuevas ciudades secundarias puede ser parte de esa estrategia, aunque, en el estado actual, estas áreas urbanas ya están creciendo más rápido que las metrópolis más grandes. El informe del *Estado de la Población Mundial* 2007 (UNFPA, 2007) apunta que las políticas pasadas para detener la migración rural a urbana de manera general han sido en su mayor parte ineficaces, y que las acciones relacionadas con

el crecimiento vegetativo generado internamente por las grandes áreas urbanas pueden ser un enfoque más efectivo que tratar de detener la migración. Actuar sobre el crecimiento de la población rural también puede ser parte de la respuesta, tal como lo expresan Singh et al. (2003: 6) cuando afirman que "proveer servicios de SSR puede ayudar a estabilizar las áreas rurales y desacelerar la migración urbana".

Existe una gran confusión y una generalización indebida en lo que se refiere a los límites de densidad poblacional máximos que pueden alcanzarse sin comprometer la calidad de vida de una población. Por otro lado, existe un gran romanticismo indebido en lo que respecta a los méritos de las densidades poblacionales bajas, a pesar de que hacen que la provisión de servicios ambientales y sociales básicos resulte extremadamente costosa. Y, finalmente, la relación que poblaciones particulares, con sus modos de producción específicos, mantienen con sus medios ambientes no siempre ha sido apreciada correctamente. En particular, es necesario calificar la idea de que las poblaciones indígenas ofrecen un modelo de una relación no destructiva con el medio ambiente, ya que esto sólo se aplica en el contexto de tecnologías simples y densidades demográficas extremadamente bajas.

Existen desventajas significativas asociadas con una población de baja densidad distribuida uniformemente, incluso en las áreas rurales. En el caso de las áreas no cultivadas y la diversidad de las especies, la concentración de la población es claramente preferible a la dispersión. La teoría de la ecología forestal sugiere que los asentamientos dispersos pueden ser bastante perjudiciales. Los asentamientos dispersos ubicados a lo largo de caminos, por ejemplo, pueden crear islas de tierra boscosa o fronteras abruptas entre el bosque y las tierras no ocupadas, lo cual puede resultar mucho más destructivo para las tierras sin cultivar que un número pequeño de asentamientos concentrados que dejan tractos grandes y contiguos de tierra intacta (National Research Council, 1986; Wilcove, McLellan y Dobson, 1986).

Las áreas con una densidad poblacional rural por encima del promedio a menudo tienen una mejor posibilidad de desarrollarse y reducir la pobreza que áreas comparables con bajas densidades poblacionales, tal como lo apunta Sachs con respecto a Asia y África:

> *"El campo asiático está densamente poblado, con una red de caminos relativamente extensa que puede llevar fertilizante a las granjas y la producción de las granjas a los mercados. Los agricultores usan fertilizantes e irrigación, y los niveles de producción de alimentos son altos. Las agencias donantes le dieron un amplio apoyo al desarrollo de nuevas variedades altamente productivas en Asia. Bajo estas condiciones, los agricultores asiáticos pudieron adoptar variedades de cultivo altamente productivas que dieron lugar a la famosa Revolución Verde, que incrementó la producción de alimentos por agricultor. El campo africano está poblado mucho menos densamente, con una ausencia de caminos para transportar fertilizantes y cosechas. Los agricultores no usan fertilizantes en los cultivos de alimentos, y dependen de las lluvias, en lugar de la irrigación." (Sachs, 2005:70)*

Los argumentos más famosos de este tipo han sido los planteados por Esther Boserup (1965), y si bien son aplicables bajo ciertas circunstancias, están sujetos a un delicado equilibrio.

Existen cantidad de ejemplos históricos de sociedades que rebasaron su trayectoria óptima de densidad poblacional y desarrollo técnico y, en consecuencia, colapsaron (por ejemplo, Taylor y Brander, 1998, sobre el caso de la Isla de Pascua).

> *"(...) las comparaciones entre países indican dos tendencias. Primero, la 'respuesta Boserupiana', en el sentido de que los pobres y los hambrientos emprenderán acciones para intensificar sus métodos agrícolas, deja de ser aplicable una vez que los países alcanzan una condición caracterizada por altas densidades poblacionales rurales (relativas a la capacidad de producción de la tierra), carencia de tierras y pobreza. Segundo, en ausencia de oportunidades importantes para la migración urbana o los ingresos no agrícolas, la alta fecundidad humana y, por lo tanto, el crecimiento poblacional, incrementan la pobreza y, como se requiere de dinero para comprar alimentos, el hambre." (Young, 2005: 87)*

Pender (2001), escribiendo sobre el caso de Honduras, reconoce que, si bien es cierto que el crecimiento poblacional en ocasiones puede conducir a la innovación, la sostenibilidad por lo general exige otras intervenciones, tales como el mejoramiento de caminos, oportunidades de ingresos fuera de las granjas y nueva tecnología. Cuffaro (2001) analizó las respuestas de la agricultura al crecimiento poblacional para 60 países en vías de desarrollo de 1962 a 1992, con el fin de verificar la hipótesis de Boserup en el sentido de que los agricultores intensificarán sus métodos de cultivo al verse obligados a ello por la presión poblacional. Sus resultados muestran un incremento en la razón mano de obra/tierra para 43 países, y un incremento en la productividad en casi todos. Lo anterior sugiere que, hasta ahora, el incremento poblacional ha conducido a la intensificación de los métodos de producción, aunque en 12 países la productividad de la tierra se incrementó menos que la población. El incremento en la productividad laboral, por otro lado, ha sido mucho más pequeño, manteniéndose casi estacionaria en 12 países y disminuyendo en 5. Como el crecimiento poblacional a menudo está asociado con la falta de tierras, las personas sin tierras no se benefician de cualquier incremento en la productividad de la tierra y, en consecuencia, el proceso puede exacerbar la desigualdad en el ingreso. Otros efectos secundarios no deseables incluyen la degradación de los terrenos comunales, limitaciones al uso de los insumos y una aplicación ineficaz de la investigación agrícola. El autor concluye que, en algunas áreas de agricultura intensiva muy pobres y densamente pobladas, la intensificación adicional puede resultar muy costosa y el crecimiento de la demanda efectiva demasiado lento como para proveer incentivos para los cambios tecnológicos Boserupianos.

En la región de ALC, considerando sus altos niveles de urbanización, la intensificación agrícola es un asunto de menor importancia. El dar cabida al crecimiento urbano en áreas ambientalmente apropiadas, tal como Martine (2000) y Hogan (2002 b) lo han sugerido, es una inquietud más central. El programa Habitat, por ejemplo, es el instrumento de política pública mexicano diseñado para organizar el crecimiento urbano, construir y ordenar los espacios urbanos, darles un valor social y mejorar los niveles de vida de la población de las áreas urbanas pobres. Habitat le presta mucha atención a la situación de las mujeres en esos hogares, especialmente si son jefas de familia, reconociendo con ello la interrelación entre la planificación urbana y los roles de género.

Una aplicación sistemática de la perspectiva del uso sostenible del espacio exige que la población sea un elemento integrador en cualquier política de planificación territorial a nivel nacional o local. Los programas de Zonificación Económica-Ecológica, alentados y financiados por el Banco Mundial en los países de la región, se basan en esta suposición. El UNFPA también ha emprendido algunos pasos iniciales en esta dirección, con proyectos y actividades en Colombia, Ecuador, México y Nicaragua. El proyecto de Colombia, en particular, ha producido un número de documentos (Colombia, 2004 a b) para ayudar a orientar el proceso de planificación municipal en este sentido. Lo que estos proyectos y actividades han dejado claro es que no es posible llevar a cabo una planificación territorial significativa estrictamente en términos físicos o legales, sin referencia a un contexto poblacional.

7.2.1. El papel de la migración

El PdA de la CIPD reconoció a la distribución poblacional como parte de la dinámica demográfica más amplia, y abordó estos temas tanto en el capítulo sobre sostenibilidad (III) como en el de migración (IX), aunque fue relativamente poca la atención que se prestó al desarrollo de las interrelaciones pertinentes. Esto contrasta con la literatura sobre población y medio ambiente, que por lo general considera que los factores migratorios son bastante importantes, particularmente a nivel local:

> *"Para el uso y la preservación de los recursos naturales, luego entonces, la movilidad poblacional es el factor demográfico más significativo. El lugar donde la población vive, trabaja y juega siempre tendrá un impacto en la naturaleza, y viceversa." (Hogan, 2002 a: 5)*

> *"La migración, en su sentido más amplio, incluye procesos tales como la urbanización, el turismo y los recorridos a y desde el sitio de trabajo, todos los cuales pueden transformar radicalmente la relación entre la población nativa o residente y su medio ambiente." (Zaba y Clarke, 1994: 13)*

Uno de los cambios demográficos más notables de las últimas dos décadas es la disminución de las tasas de migración en América Latina, especialmente la migración rural-urbana (Busso, 2006). En el futuro a corto plazo, será importante considerar sus consecuencias para el crecimiento urbano y el potencial de mejoramiento de la calidad de vida. Por otro lado, el enfoque predominante en la migración rural-urbana a menudo impide la apreciación correcta de la migración rural-rural, que en muchos países es la forma de movilidad espacial predominante (Bilsborrow, 2002). Como resultado de su alto nivel de urbanización, esto es menos cierto en la región de ALC que en otras partes, pero el hecho es que en algunos países latinoamericanos, tales como Guatemala (IARNA/URL/IIA, 2006), la migración rural-rural continúa siendo importante o incluso predominante.

En teoría, la migración afecta tanto a las áreas de origen como de destino, pero la investigación acerca de sus efectos en las áreas de origen, en donde podría, por ejemplo, aliviar la presión poblacional o, por el contrario, alterar la estructura social existente, es extremadamente escasa. Preston (1998) sugiere, por ejemplo, que en el Valle Camacho de Bolivia la emigración

condujo a un pastoreo menos intensivo y a un mejoramiento del medio ambiente. Pero en los Andes Peruanos, Collins (1986) encontró que la emigración condujo a un agotamiento de la mano de obra, lo cual dificultó el mantenimiento de las terrazas en las montañas y, en consecuencia, agravó la erosión de la tierra. En la práctica, el enfoque de la investigación se ha centrado en los efectos de la migración en las áreas receptoras, particularmente en la deforestación resultante del asentamiento de migrantes en áreas boscosas.

La expansión agrícola es la principal causa inmediata de la deforestación en todas las partes del mundo; en la región de ALC, la agricultura permanente es responsable de aproximadamente la mitad del problema (Geist y Lambin, 2002). La conexión entre los caminos y la expansión agrícola (y especialmente la ganadería) es particularmente importante en la región de ALC (por ejemplo, Wahl, Limachi y Barletti, 2003). Algunos (Allen y Barnes, 1985) han llegado al punto de calificar al crecimiento poblacional local como la principal causa de la deforestación, pero es probable que esto le reste importancia al papel jugado por otros determinantes. Según el meta-análisis de Geist y Lambin, los factores demográficos derivan su importancia de su combinación con factores económicos, institucionales, tecnológicos y culturales: el 61% de los 152 casos de deforestación que evaluaron a nivel mundial (el 53% de los casos, entre aquellos de la región de ALC) podían relacionarse con la dinámica poblacional humana. En el 47% de los casos, los factores demográficos -especialmente la inmigración de agricultores a zonas boscosas fronterizas- subyacen directamente a la expansión de pastizales y tierras de cultivo. En términos generales, esto confirma la idea de que aproximadamente la mitad de la variación en la extensión de la deforestación es explicada por la variación en la población (Mather, Needle y Fairbairn, 1998, 2000), pero no de manera aislada.

Kaimowitz y Angelsen (1998), entre otros, han apuntado que la población también puede tener impactos indirectos considerables a través de sus efectos en los mercados laborales, la demanda de productos agrícolas y forestales, y el cambio tecnológico o en materia de políticas/institucional inducido. Aide y Grau (2004), por ejemplo, apuntan que la deforestación de tierras bajas para el pastoreo de ganado y la agricultura de roza y quema en América Latina es lo que más ha llamado la atención de los esfuerzos conservacionistas, pero la importancia relativa de estos factores impulsores de la deforestación está cediendo el paso a efectos mucho más indirectos:

> *"Hoy en día, la producción de frijol de soya -la mayor parte de la cual es enviada a China para consumo animal- es la principal causa de deforestación de millones de hectáreas de bosques estacionalmente secos en el Brasil, Bolivia, Paraguay y Argentina. (...) En las tierras bajas y los valles fértiles, las pequeñas granjas han sido convertidas a la agricultura moderna a gran escala, lo cual frecuentemente conduce a una disminución en la demanda de mano de obra y a la migración rural-urbana."*

Geist y Lambin (2002) estimaron estos efectos con base en sus estudios de caso, concluyendo que daban cuenta del 12%, 41% y 13% de sus casos, respectivamente, con la demanda de productos de madera constituyendo el factor más importante. Excluyendo aquellos

casos en los que existe una superposición de factores, concluyeron que los impactos poblacionales indirectos daban cuenta del 54% de los casos. Combinando estos casos con los impactos poblacionales directos del párrafo anterior, encontraron que la población estaba directa o indirectamente involucrada como factor causal en el 76% de los casos de deforestación que evaluaron.[4]

En la región de ALC, más que en cualquier otra parte, la combinación de la disponibilidad de tierras y la migración es un importante factor explicativo de la deforestación. Se ha reportado que los factores económicos impulsan a los factores demográficos, por ejemplo, en las áreas fronterizas de Bolivia, el Brasil, Colombia, Costa Rica, la República Dominicana, Ecuador, Honduras y el Perú, en donde la inmigración de los colonizadores al interior de las área boscosas -y, en mucho menor medida, el crecimiento local y la densidad poblacional en aumento- contribuyen a la deforestación. En particular, el crecimiento de la agricultura de cultivo comercial mecanizada y moderna para exportación puede empujar a la migración a la frontera. Únicamente en las laderas y las zonas de tierras bajas de Bolivia y en la región de Napo del Perú, Colombia y Ecuador, la demanda internacional de cocaína atrae a los migrantes y ocasiona deforestación, aunque menos que la creación de pastizales para ganado y otras expansiones de tierras de cultivo. En unos cuantos casos, el crecimiento industrial local, como es el caso de la exploración petrolera o la tala forestal comercial, y los bajos precios de la tierra pueden inducir la inmigración (Geist y Lambin, 2002).

A diferencia del crecimiento migratorio, el crecimiento poblacional natural tiene un impacto mucho menor como factor impulsor de la deforestación. Estudios sobre áreas ecológicamente frágiles muestran que "existe una inmensa variación geográfica en la presión poblacional, que puede tener poca relación con la densidad poblacional" (Zaba y Clarke, 1994: 20). Sin embargo, la inmigración de colonizadores al interior de áreas forestales escasamente pobladas muestra una influencia claramente negativa en la deforestación, a través del incremento en la densidad poblacional:

> *"La inmigración y, en mucho menor medida, el crecimiento poblacional natural, impulsan la expansión de las tierras de cultivo y los pastizales en el 47% de los casos en África y América Latina (22% en Asia), concomitantemente con otros factores determinantes subyacentes (...). La expansión de los pastizales emerge exclusivamente a partir de los casos sudamericanos en el continente, en asociación con procesos tanto de colonización planificada como de asentamientos espontáneos por parte de agricultores colonizadores." (Geist y Lambin, 2002: 149)*

El efecto puede ser particularmente perjudicial en el caso de las áreas fronterizas. Pfaff (1999), en su estudio a nivel de condados de la región brasileña del Amazonas entre 1978 y 1988, concluyó que la migración a "condados vacíos" tuvo un impacto significativamente más

[4] En un interesante trabajo complementario, Geist y Lambin analizan cómo es que la identificación de los factores demográficos, económicos, tecnológicos, de políticas o institucionales, lo mismo que culturales o sociopolíticos, como determinantes de la deforestación, varía dependiendo de la formación disciplinaria de los autores que realizan los estudios respectivos. Los ecólogos y los geógrafos, en particular, no son proclives a prestar gran atención a ninguno de estos factores, mientras que los factores demográficos tienen mayores probabilidades de ser reconocidos por economistas, sociólogos e historiadores.

importante que el mismo incremento poblacional absoluto en áreas previamente ocupadas. Similarmente, Cruz (1999), en su estudio sobre Costa Rica, atribuyó una importante influencia negativa a la migración de campesinos sin tierras a las áreas agrícolas fronterizas.

Incluso en un contexto de tasas de crecimiento rural bajas, el movimiento interno producido por la migración rural-rural puede estimular la deforestación. Adicionalmente, tal como lo hace notar Bilsborrow (2002: 82), es a través de la migración que el incremento natural se propaga de un ecosistema al siguiente:

> *"Si bien las presiones poblacionales rurales cada vez mayores no pueden ser consideradas como una causa inmediata e importante de la deforestación reciente en el Amazonas brasileño (ya que la población rural del Amazonas, al igual que aquella del Brasil en su conjunto, ha estado disminuyendo), esta visión agnóstica ignora los efectos de la alta fecundidad y el crecimiento poblacional en las áreas de origen de muchos de los migrantes colonizadores del Amazonas."*

Migración: ¿benéfica o perjudicial para el medio ambiente?

En general, es difícil generalizar en cuanto a si la migración es benéfica o perjudicial para el medio ambiente, ya que esto depende de muchos otros factores. De acuerdo con Cassels et al. (2005), un factor intermediario importante es el grado de incorporación de los migrantes a la comunidad local: un mayor grado de incorporación por parte del migrante mediará el impacto de los efectos perjudiciales de un migrante sobre el medio ambiente. Los modos de incorporación describen la recepción de los migrantes en los lugares de destino. Estos incluyen a las políticas gubernamentales hacia los migrantes, las percepciones públicas de los migrantes, el tamaño y la coherencia de los enclaves étnicos de migrantes ya presentes en un destino, y otros factores. En este contexto, Cassels enumera los siguientes problemas ambientales típicos asociados con la migración:

1. La perspectiva a corto plazo. Los migrantes a menudo tienen actitudes expansionistas que no consideran los efectos a largo plazo de la extracción de recursos y el uso de la tierra (por ejemplo, Pichón, 1997)
2. La pobreza. Los migrantes tienen más probabilidades de ser pobres que los no migrantes. Los pobres y los hambrientos a menudo cosechan en exceso y degradan su medio ambiente circundante para sobrevivir. Es probable que un migrante empobrecido no pueda practicar una extracción de recursos sostenible con el fin de garantizar la productividad ambiental futura, cuando las necesidades de consumo inmediatas son tan fuertes (Broad, 1994).
3. La aplicación errónea de la tecnología. Los migrantes pueden usar una tecnología inapropiada para la extracción de recursos naturales, la cual puede ser insostenible. Los cambios tecnológicos impuestos por los migrantes sin un conocimiento del contexto social y ecológico tienen más probabilidades de fracasar y reducir la resiliencia ecológica. En la Reserva de la Biósfera de Calakmul, en México, por

ejemplo, la degradación ambiental ha sido el resultado del uso de cosechas y tecnologías por parte de los colonizadores recién llegados que son inapropiadas para el área (Ericson, Freudenberger y Boege, 1999; para otros ejemplos, ver Begossi, 1998; Perz 2003).

4. Las normas sociales y los regímenes de propiedad comunal. Los migrantes a menudo están desconectados de las expectativas y las normas sociales. El migrante, por ejemplo, puede sentirse liberado de las normas familiares y las presiones sociales, y puede sentirse anónimo al encontrarse en una nueva comunidad. Esto puede llevar al migrante a tomar decisiones pobres y arriesgadas en lo que respecta a su conducta sexual. La misma teoría puede ser aplicable a las decisiones de los migrantes relacionadas con el uso de la tierra y la extracción de recursos sostenible.

La incorporación a la comunidad de destino juega un papel en cada uno de los puntos anteriores. Si un migrante se incorpora a la comunidad, puede recurrir a los miembros de esa comunidad para satisfacer sus necesidades inmediatas de supervivencia a corto plazo, de modo que es probable que sus acciones no sean tan perjudiciales para el medio ambiente si cuenta con apoyo para invertir en resultados a más largo plazo. Los migrantes pobres pueden recurrir a la comunidad para obtener ayuda a corto plazo, en lugar de tomar decisiones no sostenibles que pongan en peligro al medio ambiente natural. Los migrantes más integrados también tienen más acceso a la tecnología apropiada y al conocimiento local acerca de los recursos de la comunidad. Por último, los migrantes que se integran a una comunidad (por ejemplo, a través del matrimonio) pueden estar sujetos a la presión social de cumplir con reglas y reglamentos locales, tales como los regímenes de propiedad comunal, y de tomar menos decisiones riesgosas. Por ejemplo, la pesca con dinamita puede satisfacer las necesidades inmediatas y suministrar mucho pescado, pero el individuo puede arriesgarse al desprecio por parte de la comunidad por la falta de consideración hacia la sostenibilidad a largo plazo de los arrecifes y, por ello, prefiere evitar esas acciones. Pero el hecho de que la "conectividad social" de los pequeños agricultores puede estar relacionada con su situación migratoria no es reconocido universalmente. Pretty y Ward (2001), por ejemplo, en su extensa revisión de la literatura acerca del capital social y las instituciones de ordenamiento ambiental, no la mencionan como un factor que podría interferir con la facilidad con la que pueden formarse dichas instituciones.

Modelo de interrelaciones entre población, desarrollo y medio ambiente: una aplicación a la península de Yucatán en México

En el país de Mauricio, Lutz (1994) desarrolló un modelo de las interrelaciones entre población, desarrollo y medio ambiente, con el objetivo de producir instrumentos de planificación. A este modelo le siguieron una serie de otros estudios de país realizados por el International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), todos los cuales

siguieron una metodología similar. En la Península de Yucatán, en México, al igual que en varios países africanos (Cabo Verde, Mozambique, Botswana, Namibia y Egipto), Lutz y sus colaboradores buscaron desarrollar modelos holísticos que pudieran contribuir a la planificación regional y nacional. El componente poblacional, en su parte medular, fue estandarizado y permitió un grado de comparabilidad para los estudios, a pesar de importantes diferencias locales. De hecho, el resultado más significativo de estos estudios fue el fortalecimiento de la complejidad de las relaciones población-medio ambiente, con énfasis en el contexto local. En cada uno de los países, la historia de la ocupación humana del territorio y las dotaciones de recursos naturales fueron factores determinantes en la ecuación población-desarrollo-medio ambiente. En Cabo Verde, por ejemplo, los emigrantes y sus remesas fueron características fundamentales de una economía cuyas principales fuerzas impulsoras están fuera del país (Wils, 1996), mientras que en Egipto el tema central es aquel del agua (POPNET, 2004). En Botswana, Namibia y Mozambique, las relaciones población-medio ambiente no pueden ser consideradas hoy en día fuera del contexto de la epidemia del SIDA (IIASA, 2001). Para la región de ALC, el estudio más pertinente del IIASA se llevó a cabo en la Península de Yucatán. Este estudio subraya la importancia de los contextos históricos y ecológicos:

> *"El que un ecosistema dado pueda sustentar a una cierta población humana no es simplemente una cuestión del tamaño de la población, como es el caso de la capacidad de sustento de las poblaciones animales. También depende de la conducta, el estado de desarrollo económico, la tecnología, e incluso la cultura y las instituciones sociales de la población específica bajo consideración (...) Similarmente, el impacto de la población humana en el ambiente (...) depende no sólo del número de personas, sino de los patrones de producción y consumo de estas personas y también, desde luego, de la fragilidad del ecosistema específico." (Lutz, 2000: iv)*

Entre las características contextuales consideradas para el estudio sobre Yucatán estuvieron la historia maya del área, sus recursos hídricos, su potencial turístico y las actividades de pesca comercial (Lutz, Prieto y Sanderson, 2000). Carr (2003), que entrevistó a líderes comunitarios en 28 comunidades de origen de migrantes al Parque Nacional de la Sierra Lacandona en la Guatemala rural, encontró que la migración a menudo era impulsada por los tamaños de hogar grandes. El hecho de que la migración rural-rural en América Latina es en su mayoría masculina, mientras que las mujeres tienden a migrar a las áreas urbanas, también significa que la deforestación está principalmente asociada con la migración masculina (Barbieri y Carr, 2005).

7.2.2. El papel de los factores de género

El papel de los factores de género en los problemas ambientales es un tema bastante discutido, pero sus connotaciones precisas dependen de la forma en la que la relación esté estructurada. En este contexto, sería necesario distinguir entre por lo menos tres aspectos diferentes:

1. Las diferencias en las *consecuencias* de los problemas ambientales para los hombres y las mujeres, como resultado tanto de factores biológicos innatos como de la exposición diferencial resultante de las actividades y conductas específicas de los géneros.
2. Los factores de género inciden en la forma en la que las poblaciones humanas interactúan con sus entornos *locales*, particularmente en las áreas rurales, lo cual puede implicar una mayor presión sobre los recursos o, por el contrario, formas más protectoras de ocuparse de la naturaleza. Esto involucra problemas tales como la lluvia ácida, la contaminación del aire y el agua, la desertificación y otras formas de degradación de la tierra, inundaciones y accidentes ambientales localizados.
3. Los factores de género que pueden resultar pertinentes a escala *global* con respecto a problemas ambientales importantes tales como el agotamiento de la capa de ozono, los cambios climáticos globales y la acumulación de desechos químicos o radioactivos, combinados con el agotamiento de sumideros, la apropiación excesiva de la biomasa por parte de los humanos y la pérdida de la biodiversidad.

Con respecto al primer punto, la mayoría de los especialistas están de acuerdo en que los impactos negativos de muchos problemas ambientales son más fuertes para las mujeres que para los hombres. Estos impactos pueden ser de dos tipos: la asignación de una mayor cantidad de tiempo para la realización de tareas tradicionales, o consecuencias para la salud de la mujer y sus hijos. En lo que se refiere al primero, se ha observado que la leña, el forraje animal y el agua se están volviendo cada vez más escasos en ciertas partes del mundo, y que las mujeres son las más afectadas por esas escaseces (Braidiotti et al., 1994; Rodda, 1991). Considerando que las mujeres por lo general se encuentran a cargo de los enfermos, las consecuencias para la salud de la familia también resultan onerosas para el tiempo de las mujeres. Una descripción general de las consecuencias para la salud diferenciales de los impactos ambientales para las mujeres, en comparación con los hombres, puede encontrase en Sims y Butter (2000), que sugieren que son las mujeres las que resisten el embate de las consecuencias ambientales negativas para la salud, incluso con respecto a aquellos problemas en los que la sabiduría convencional le atribuye una desventaja a los hombres, tales como la exposición a los pesticidas. Se estima, por ejemplo, que los trabajadores de la industria de la floricultura en Colombia están expuestos a 127 diferentes tipos de químicos, muchos de los cuales han sido prohibidos en los EEUU y el Reino Unido (WEDO, 1999). Es importante hacer notar, sin embargo, que de acuerdo con una evaluación reciente realizada por la OMS (2006: Capítulo 5), el 33% de la carga masculina del cáncer de pulmón y el 18% de otros tipos de cáncer en los países en vías de desarrollo puede atribuirse a factores ambientales (en un sentido amplio), en comparación con el 25% y el 16%, respectivamente, en el caso de las mujeres. En el caso de las enfermedades musculo-esqueletales provocadas por el trabajo pesado o una ergonomía deficiente, los porcentajes son del 41% vs. el 32%, ya que se encontró que los hombres se dedicaban con mayor frecuencia a ocupaciones que los exponían a riesgos. Se encontró que las mujeres en los países en vías de desarrollo, por otro lado, presentaban un riesgo claramente más alto de enfermedades respiratorias como resultado de la exposición en interiores al humo y a otros contaminantes transmitidos por el aire.

Independientemente de cual sea el caso, el tema de las vulnerabilidades diferenciales es de una consecuencia limitada en el contexto actual, que se ocupa principalmente de la población y el género como causas o factores condicionantes del cambio ambiental. En este sentido, Martine y Villarreal (1996) apuntan que la pertinencia de los factores de género depende en buena medida del tipo exacto de las interacciones bajo consideración. Los aspectos de género que inciden en la forma en la que las poblaciones generan un impacto en el medio ambiente son pertinentes en su mayor parte a nivel local, particularmente en las áreas rurales, pero los autores dudan que tengan una gran pertinencia para los principales temas ambientales a escala global. Incluso apuntan que "aquellos países que han logrado la mayor reducción en sus brechas de género (los países industrializados o desarrollados) actualmente son los responsables de las principales formas de agotamiento de recursos y degradación ambiental." Admiten que algunos estudios han mostrado que las mujeres tienden a expresar niveles más altos de preocupación hacia el medio ambiente que los hombres (por ejemplo, Davidson y Freudenburg, 1996), pero consideran que la mayoría de esta discusión se ocupa de temas ambientales secundarios o locales, y no se aplica a los problemas ambientales críticos o globales. No existe evidencia, por ejemplo, de que las mujeres en los países desarrollados usen recursos de manera más sostenible que los hombres en lo que a problemas ambientales críticos se refiere. Tampoco existen movimientos de mujeres, o mujeres en roles de toma de decisiones en la esfera económica o política, que promuevan efectivamente el cambio drástico en los patrones de consumo de los ricos en todo el mundo que se necesitaría para hacerle frente a los problemas que comprometen el futuro del planeta, u otras actitudes que sean más coherentes con la sostenibilidad global.

El papel de los factores de género, por lo tanto, está en su mayor parte circunscrito a los aspectos mencionados bajo el punto 2 anterior. En este contexto, se ha afirmado que la participación plena de la mujer como administradora de recursos es esencial para el logro del desarrollo sostenible (World Resources Institute/PNUMA/PNUD, 1994). Es muy probable que las mujeres tengan una predisposición a practicar una agricultura sostenible y a mantener la calidad de la tierra en general –precisamente como resultado de su fuerte dependencia de los recursos naturales. Ejemplos de lo anterior son más fáciles de encontrar en África y Asia que en la región de ALC, que está más urbanizada y en donde la participación de las mujeres en la agricultura de subsistencia es más limitada. Un estudio realizado por el Banco Mundial en Ghana, por ejemplo, encontró que las parcelas de las mujeres tenían una tasa de disminución de fertilidad de la tierra más baja que la de los hombres, incluso dentro del mismo hogar (Khandker y Udry, 1997). Es necesario darse cuenta, sin embargo, de que las estructuras de género que mantienen a las mujeres en posiciones dependientes, en las que dependen más de los recursos naturales, pueden ser las mismas estructuras que, en el extremo positivo, predisponen a las mujeres a modos de agricultura más sostenibles. Esta situación no es diferente de aquella de la conducta del campesino tradicional que, precisamente debido a su falta de capital y tecnología, puede poseer un conocimiento más íntimo de esas prácticas que el agricultor mecanizado moderno. Las dinámicas de género, más que los patrones de conducta biológica innatos, son la clave para comprender esas relaciones. Así, mientras

que los hombres por lo general se han dedicado a los cultivos comerciales (por lo general monocultivos), las mujeres tienden a estar a cargo de los cultivos de subsistencia realizados en los huertos caseros, con un alto grado de biodiversidad. En la región andina, las mujeres plantan diferentes tipos de semillas de papa de acuerdo con su conocimiento tradicional, con el fin de combinar los atributos deseables de resistencia a las heladas, valor nutricional, sabor, rápido tiempo de cocción y resistencia a plagas, mientras que los hombres siguen el consejo del extensionista de plantar sólo una especie (Bunning y Hill, 1996).[5]

En este contexto, Martine y Villarreal son particularmente críticos de la noción de que las mujeres son inherentemente mejores administradoras de recursos que los hombres, y que tienen una relación privilegiada con la naturaleza derivada de los atributos de cuidado, alimentación, sustento y no violencia que se dice son innatos en las mujeres, y que las predispondrían a conservar el medio ambiente. Las ecofeministas,[6] por ejemplo, explican las relaciones de los hombres y las mujeres con la naturaleza usando un esquema reminiscente de la noción de Lévi-Strauss' de que las mujeres están relacionadas con la naturaleza y los hombres con la cultura. El peligro obvio en esta posición es que contradice el concepto del género mismo, ya que si la biología determina la relación de los hombres y las mujeres con la naturaleza, entonces también determina los roles de género universales. Exactamente de la misma forma en que los roles de género cambian con el tiempo y en respuesta a circunstancias cambiantes, ningún tipo de conocimiento en particular puede ser asociado con los hombres o las mujeres como tales, sino con sus atributos y sus conductas sancionados y construidos culturalmente. Tal como lo afirma Rocheleau (1995) y lo citan Martine y Villarreal: "Los límites del conocimiento que tiene en cuenta consideraciones de género no son ni fijos ni independientes."

Nada de esto niega, desde luego, que el poder de decisión acerca del uso de los recursos naturales en la agricultura tradicional puede estar distribuido no sólo injustamente, sino también irracionalmente desde el punto de vista de un manejo de recursos sostenible. Independientemente de que la contribución de las mujeres se base en las características femeninas innatas o en los roles de género adquiridos asociados con una división del trabajo particular, es necesario que se le escuche y se le tome en cuenta en la implementación de las políticas y los programas agrícolas:

> *"(...) el uso y la gestión por las mujeres de los recursos medioambientales locales es fundamental para el bienestar del hogar y de la comunidad. Los servicios de difusión agrícola están gravemente prejuiciados a favor de los hombres. Las acciones de educación y difusión en apoyo de los cultivos sostenibles y los métodos de ordenamiento de los suelos a menudo pasan por alto a las mujeres. Las leyes nacionales o las costumbres locales*

[5] La atribución de ciertas características innatas a las mujeres, que en realidad son determinadas por los patrones de las relaciones entre los géneros existentes, no está limitada al área del género y el medio ambiente. Aunque esta línea de argumentación por lo general no es vista de manera positiva por la literatura sobre el género, a menudo es utilizada en el discurso popular para argumentar que las mujeres tienen una mayor aversión al riesgo y son más concientes de los intereses familiares colectivos que los hombres, supuestamente como resultado de sus características innatas.

[6] Para una discusión sistemática de las diferentes perspectivas teóricas sobre el género y el medio ambiente, además de una revisión histórica de su influencia en las conferencias internacionales, particularmente en la región de ALC, ver Rico (1998).

suelen denegar en la práctica a las mujeres el derecho de tener título de propiedad de sus tierras o heredarlas, lo cual significa que no tienen garantía para solicitar crédito. Cuando se les da la oportunidad, lo probable es que las mujeres estén predispuestas a adoptar prácticas agrícolas sostenibles y de conservación de la calidad general de las tierras, debido precisamente a que dependen en gran medida de los recursos naturales." (UNFPA, 2001 b: Cap. 4)

7.2.3. Distribución de la población y vulnerabilidad del medio ambiente

¿Pero cómo promover el uso sostenible del espacio desde una perspectiva poblacional? Martine (2000) lista tres soluciones posibles: 1) identificar a las poblaciones en riesgo de caer víctimas de desastres naturales tales como huracanes, terremotos, inundaciones y derrumbes, que en el mejor de los casos requerirían de un reacomodo rápido; 2) identificar a los ecosistemas frágiles que necesitan ser protegidos de la ocupación humana; y 3) ofrecer alternativas sociales y económicas viables en las áreas que podrían albergar a las poblaciones redistribuidas.

"Si la distribución de la población es consecuente con la ubicación espacial de la actividad económica, la reducción de la vulnerabilidad y la protección del medio ambiente exigen un enfoque integrado hacia el desarrollo y el uso del espacio." (Martine, 2000)

Un estudio que examinó las situaciones ecológicas de diversos barrios afectados por inundaciones y las características sociodemográficas de sus residentes fue realizado en Brasil por Torres (1999). Tal como lo hace notar este autor, "la noción de riesgo cambia de grupo social a grupo social, lo mismo que con el tiempo." La tarea del analista es "buscar las conexiones entre riesgo y condición socioeconómica, en el sentido de apuntar a una comprensión de una dinámica socioambiental compleja y multifacética." La combinación de la información sobre el riesgo geográfico con la distribución poblacional ayuda a identificar a las personas en riesgo, tomando en cuenta las redes de caminos para fines de evacuación y socorro, los hospitales y las instalaciones de emergencia en la planeación de la respuesta, y la distribución de la propiedad al estimar el daño.

En su revisión de la historia de los asentamientos de precaristas en América Latina, Hardoy y Satterthwaite (1989) muestran que los gobiernos en la región siempre se han opuesto a la migración rural-urbana y la urbanización. En consecuencia, los migrantes fueron forzados a ocupar tierras marginales, ecológicamente frágiles o peligrosas, tales como riberas o laderas empinadas. Esto ha contribuido enormemente a la escualidez y la miseria de la nueva población urbana. Se estima, por ejemplo, que en Caracas el 67% de la tierra ocupada por barrios no es adecuada para viviendas como resultado de su inestabilidad geológica y los frecuentes derrumbes (World Resources Institute, 1997). En un futuro, esos problemas seguramente se agravarán si la expansión urbana se deja a las fuerzas del mercado, ya que muchas opciones anteriormente disponibles para las poblaciones urbanas de bajos ingresos están desapareciendo. La falta de planificación anticipada para el acomodo de las personas pobres ha contribuido grandemente a la degradación ecológica de las ciudades.

En el momento en que los gobiernos locales finalmente deciden aceptar estos asentamientos marginales como una realidad establecida y tratan de dotarlos de servicios mínimos o de reducir sus impactos ecológicos negativos, los costos económicos de hacerlo se vuelven astronómicos. La falta de planificación, la ubicación inadecuada, la falta de caminos de acceso y la acumulación misma de las condiciones de miseria hacen prácticamente imposible proveer servicios o reparar el daño ecológico acumulado a posteriori (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002).

El MDGR mexicano (2005) llama la atención al hecho de que las áreas metropolitanas del país están sujetas a serios riesgos de desastres naturales de cara, entre otros factores, al crecimiento urbano desorganizado. En los alrededores de las áreas planificadas de las principales ciudades mexicanas proliferan los asentamientos humanos, contribuyendo a la degradación ambiental de los biomas y los ecosistemas no protegidos. El informe afirma que existen 74 áreas pobladas en las que 12 millones de personas viven expuestas a ciclones tropicales. 22.2 millones de personas viven en áreas susceptibles de inundaciones, 20 millones a actividades volcánicas, y 4.8 millones a derrumbes –totalizando aproximadamente 60 millones de mexicanos que enfrentan la posibilidad de ser evacuados de sus hogares. De manera nada sorprendente, las familias más pobres son las más propensas a convertirse en víctimas de desastres naturales, ya que viven en casas más precarias que no han sido dotadas adecuadamente de infraestructura y acceso a los servicios públicos. De la misma forma, el MDGR brasileño subraya que:

> *"Los grupos sociales más afectados son los pobres y la población afrodescendiente, que viven en áreas con niveles mayores de inadecuación habitacional y tienen menores condiciones de acceso a crédito inmobiliario." (Brasil, 2004: 75)*

El mismo documento destaca los esfuerzos del país para la prevención de desastres y para reducir la magnitud de sus daños -aunque prevalecen las acciones correctivas, más que las estructurales- a través de la capacitación a agentes de Defensa Civil y la implementación del Centro Nacional para el Manejo de Desastres.

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso a agua potable

7.3. Población y acceso a agua potable segura y saneamiento básico

A nivel mundial, el porcentaje de personas que carecen de acceso a agua tratada y saneamiento ha permanecido prácticamente constante, en alrededor de 17%, a pesar del incremento en la infraestructura durante la década de 1990 (UNFPA, 2003 a). Bremner y Bilsborrow (2005) apuntan que, dado el incremento poblacional que tendrá lugar hasta el 2015, el número adicional de personas que deberán recibir servicios es del orden de entre 1,600 y 2,200 millones. Lo que hace que la situación sea peor es que, si el consumo per cápita continúa su tendencia ascendente actual, alrededor de dos terceras partes de la población mundial enfrentarán una escasez de agua moderada o severa. Los países de ALC

están experimentando un intenso proceso de expansión en la cobertura de agua potable, de acuerdo con la OMS/UNICEF (2005). En 1990 la cobertura era del 83%, habiendo alcanzado un 89% para el 2002.

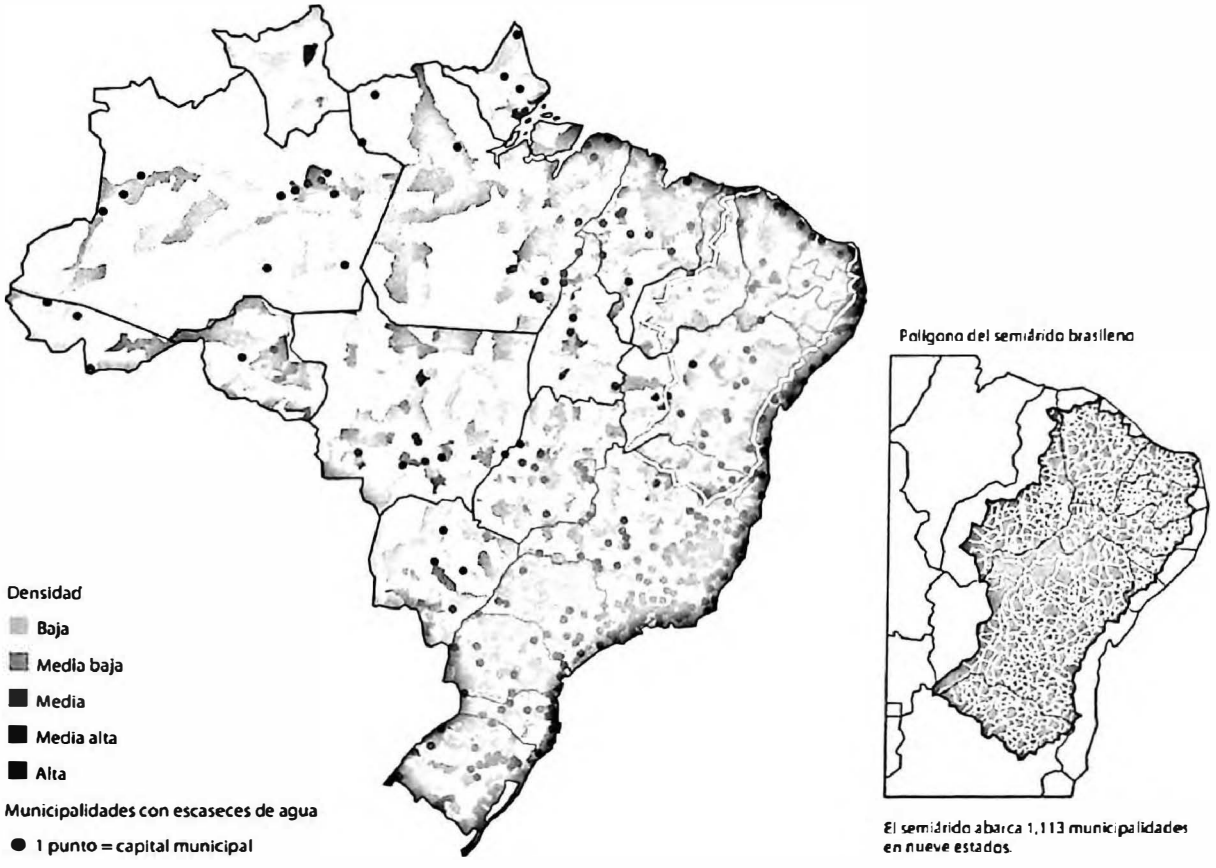
Existe un diferencial importante en términos de la distribución rural y urbana del acceso al agua. De acuerdo con Lenton (2003), en 2000 la población urbana de la región de ALC que carecía de servicios de agua mejorada era de tan sólo 6 millones, en comparación con 34 millones en las áreas rurales. En el caso del saneamiento, estas cifras eran de 14 y 48 millones, respectivamente. Sin embargo, estas cifras cambian dramáticamente una vez que se toma en cuenta el cambio poblacional. Como todo el crecimiento poblacional en los años venideros será urbano, la necesidad de proveer agua y saneamiento básico en las ciudades en realidad supera a aquella de las áreas rurales. En las áreas urbanas, 121 millones de personas requerirán de suministro de agua mejorada y 132 millones de saneamiento mejorado, en comparación con 20 y 29 millones, respectivamente, en las áreas rurales. Estas proyecciones se basan en tendencias agregadas que no toman en cuenta que el crecimiento poblacional en las áreas urbanas subatendidas puede ser más alto que en las áreas que ya cuentan con infraestructura adecuada. Si se toma en cuenta esta diferencia, los requerimientos urbanos pueden ser incluso más altos, pero hasta donde sabemos esos escenarios no han tenido lugar todavía.

De acuerdo con programa Habitat de las Naciones Unidas (2006), el 22% de los 2,600 millones de personas que carecen de acceso a saneamiento básico viven en áreas urbanas; en el caso de los 1,000 millones de personas que carecen de acceso a agua tratada, la proporción es del 15%. Considerando que la región de ALC tiene uno de los grados de urbanización más altos del mundo, el logro de la Meta 10 en esta región se facilitará grandemente. Con base en el análisis de la provisión de servicios en 43 países de bajos y medianos ingresos, el informe argumenta que la provisión de agua y saneamiento es peor en los centros urbanos pequeños, especialmente en aquellos con menos de 100,000 habitantes. Aparte de las dificultades más grandes enfrentadas por las comunidades y los pueblos pequeños para obtener préstamos para inversión, el costo del suministro de agua a los hogares individuales en los pueblos pequeños puede ser prohibitivo. De acuerdo con el programa Habitat de las Naciones Unidas (2006), la escala de las necesidades de agua y saneamiento en los centros urbanos pequeños es extremadamente grande. A pesar de que una gran proporción de la población global que carece de una provisión adecuada de agua vive en estos centros, la mayoría de las estadísticas oficiales exageran la calidad y la magnitud de la provisión. Por lo tanto, los medios y las estrategias necesarios para mejorar las condiciones de agua y saneamiento de los pobres en las áreas urbanas pequeñas no son tan obvios. La gestión y provisión de servicios a gran escala a través de alianzas públicas/privadas y la participación de la comunidad pueden ayudar a reducir el costo del suministro e incrementar la posibilidad de la recuperación de costos.

El Informe sobre el *Estado de la Población Mundial* 2007 (UNFPA, 2007) se pronuncia fuertemente a favor de la planificación proactiva con respecto al inevitable crecimiento poblacional. A la larga, resulta mucho más costo-eficiente planificar infraestructura

(por ejemplo, parcelas con los servicios mínimos) en función del crecimiento -tanto natural como migratorio- que debería esperarse, en lugar de primero tratar de detener este crecimiento, únicamente para enfrentarse con el costo mucho más alto de proveer infraestructura después del hecho.

Figure 7.1: Demographic density and water shortages in Brazil, 2002



Fuente: Brasil, 2005

En términos de las relaciones entre la población y el medio ambiente, existen dos aspectos a considerar: la sostenibilidad del suministro de agua y la distribución espacial de la población. El MDGR brasileño (2005) llega a la conclusión de que:

> *"El acceso a saneamiento básico es uno de los principales factores determinantes de los niveles de vida de un país dado, volviendo a su población menos vulnerable a las enfermedades hídricas y contribuyendo a la reducción de la contaminación y las tasas de degradación ambiental." (Brasil, 2005: 156)*

El mismo informe (2005) relaciona la densidad demográfica con la falta de acceso a servicios de saneamiento y agua. A nivel nacional, 36 millones de 180 millones de personas carecen de acceso a estos servicios, mientras que el déficit es relativamente más grande en las áreas menos pobladas y menos urbanizadas de las regiones del norte, noreste y centro-occidente (ver Figura 7.1). Eso significa que, en términos absolutos, el número de personas que carecen de servicios de saneamiento básico y agua también es significativo en las principales

áreas urbanas del país en las regiones del sureste y el sur, que están más desarrolladas. Los puntos negros en la Figura 7.1 indican aquellas áreas urbanas con déficit de agua.

Un problema común es que la concentración de la *población* casi nunca coincide con la concentración del agua. La solución histórica de las transferencias entre cuencas ha sido puesta en jaque hoy en día por la demanda cada vez mayor. La competencia regional por el agua se está volviendo más común, tal como sucede, por ejemplo, en las ciudades de México (Izazola, 2001) y São Paulo (Carmo, 2005). La expansión urbana en las ciudades grandes y medianas de la región de ALC afecta a los servicios de agua de varias formas. Problemas tales como las distancias involucradas en la expansión del sistema de tuberías y las fugas de agua en el sistema se ven impactados directamente por la expansión de la red urbana. Es importante hacer notar que la concentración no necesariamente significa superpoblación, y que puede promover una mejor distribución de los servicios hídricos. En la mayoría de los países existen instrumentos legales como la zonificación para organizar el crecimiento urbano, aunque estos no siempre son efectivos.

Sin embargo, mientras que en la región del sureste - el corazón industrial y financiero del Brasil, que concentra la proporción más grande de la población y el PIB (pero no del territorio) del país - el 88% de la población urbana disfruta de acceso a servicios de saneamiento y agua, únicamente el 37% tiene este acceso en la región urbana del norte, el hogar de la Cuenca del Amazonas y, paradójicamente, el embalse de agua dulce más grande del mundo. Esas cifras ilustran el problema de la distribución territorial, a pesar de la suficiencia de recursos en general. Por ello, el MDGR nacional enfatiza la necesidad de medidas de planificación regional para responder a esta distribución desigual.

El informe brasileño también es bastante específico al abordar las diferencias sociales y raciales en el acceso a los servicios. Más que una discriminación directa, esta es una consecuencia de la mayor pobreza entre los negros y las poblaciones de raza mixta; el resultado es que la cobertura para los hogares encabezados por blancos es un 19% más alta. Es posible observar un patrón similar en lo que respecta a la calidad de la vivienda para los negros y los blancos. Si bien es cierto que el tema racial no fue abordado por completo en la CIPD -a excepción tal vez del caso de las comunidades indígenas en el Capítulo 6-D- resulta discutible que centrarse en los grupos menos privilegiados podría ayudar a alcanzar la Meta 10, más allá de ser un tema de derechos humanos en y por sí mismo.

Tomando en cuenta la distribución asimétrica de los recursos y la falta de acceso a servicios públicos por parte de las comunidades menos privilegiadas, el MDGR peruano (2004) hace referencia al Capítulo 6-D de la CIPD al reconocer que esta brecha social no podrá salvarse sin políticas específicas para las comunidades indígenas:

> *"El panorama de la cobertura del acceso al abastecimiento de agua y saneamiento es mucho más crítico en las 1,450 comunidades indígenas nativas de la Selva. Allí, sólo 12% de la población indígena nativa cuenta con alguna forma de abastecimiento de agua y 10% con acceso a servicios de saneamiento." (Perú, 2004: 100)*

El informe nacional cubano (2005) hace notar que el país ya ha alcanzado la Meta 10, buscando mejorar la calidad de los servicios. Vale la pena hacer notar, sin embargo, que el

informe hace un llamado a los Fondos y Agencias de las Naciones Unidas para que se unan a este esfuerzo:

> *"Las Agencias, Fondos y Programas de las Naciones Unidas, deberían seguir cooperando en la gestión de financiamiento para apoyar los esfuerzos que realiza el Gobierno cubano." (Cuba, 2005: 37)*

Desafortunadamente, los capítulos dedicados al ODM 7 en los informes nacionales de la Región de ALC omiten las implicaciones demográficas de mejorar el acceso a servicios de saneamiento básico y agua, al igual que las implicaciones para mejorar las vidas de los habitantes de los barrios marginados. Aunque es posible encontrar algunas referencias al papel de la migración rural-urbana, los temas de la SSR se encuentran ausentes casi en su totalidad en estos capítulos.

En ALC también es importante considerar las características generales del agua, tales como su distribución desigual a lo largo del tiempo (la estacionalidad en las regiones tropicales), ya que el resultado se traduce en periodos de escasez de agua recurrentes cada año. A pesar de la existencia de tuberías, existe el riesgo de no contar con agua en los grifos durante dos o tres meses del año. De acuerdo con Izazola (2001: 310), esta situación paradójica es común en la Ciudad de México, en donde, a pesar de contar con conexiones al sistema de aguas, más de un millón de habitantes son abastecidos por medio de camiones cisterna.

7.3.1. Factores poblacionales determinantes de la expansión del saneamiento básico en la región de ALC

El acceso a saneamiento básico en la región de ALC no es homogéneo: mientras que Cuba, Jamaica, Panamá, y Surinam tienen un 99% de acceso, Belice, la República Dominicana y Venezuela tienen tasas cercanas al 70%, y Haití registra una cobertura del 50% (PNUD/PNUMA/Banco Mundial/World Resources Institute, 2003). La Meta 10 no está definida en términos de los números absolutos de personas a los que deberá llegarse en el 2015, sino más bien en términos de la proporción de la población que deberá obtener acceso a abastecimiento de agua segura y saneamiento básico. En consecuencia, los números reales dependerán del crecimiento poblacional hasta el 2015. Esto no sólo incidirá en el número de personas a las que se deberá llegar, sino también en el costo y las estrategias de financiamiento usadas para este propósito, que dependerán de los patrones de asentamiento de los grupos objetivo: las comunidades rurales, los pueblos pequeños, los pueblos grandes o las megaciudades. Las transformaciones que tendrán lugar entre estos diferentes tipos de asentamientos humanos influirán grandemente en la elección de las estrategias para alcanzar la Meta 10. Por ejemplo, si la mayoría de las comunidades a alcanzar terminan estando ubicadas en pequeños pueblos de menos de 100,000 habitantes, que es en donde tendrá lugar alrededor del 25-30% del crecimiento urbano entre 2005 y 2015, y que tienen aproximadamente el doble de necesidades de saneamiento en comparación con las áreas urbanas en general, y si las comunidades rurales están ubicadas en áreas remotas de difícil

acceso, entonces es probable que se requieran estrategias de acción rápida basadas en el uso de esquemas masivos tales como el otorgamiento de concesiones.

En el Brasil, por ejemplo, varias ciudades, incluyendo la capital, Brasilia, operan con un sistema de alcantarillado condominal desarrollado para comunidades de bajos ingresos en la década de 1980 en el estado de Rio Grande do Norte, que ahora se ha convertido en una solución estándar para áreas urbanas enteras, independientemente del ingreso residencial. Esto implica un cambio de la tecnología de tratamiento de aguas negras convencional a una alternativa técnicamente equivalente de menor costo. El costo más bajo no implica estándares técnicos más bajos, sino que más bien se deriva de investigación científica y técnica actual, lo mismo que de innovación y experiencia actuales. La participación de la comunidad es una parte integral del modelo, como una manera de ayudar a encontrar soluciones para el interés común en la manzana. Esto es análogo a la propiedad de la infraestructura de saneamiento a nivel del barrio en algunos otros modelos. Dentro de los primeros ocho años de su adopción, 121,000 hogares fueron vinculados al sistema, usando más de 1,300 km de ramales condominales y más de 660 km de redes públicas con costos promedios por persona y por metro de red de alcantarillado de US$ 27.00 y US$ 16.00, respectivamente. La red pública está dividida en dos partes, a saber, un número de microsistemas paralelos y un sistema que abarca toda la ciudad. Los microsistemas son definidos subdividiendo o desagrupando el área urbana en pequeñas cuencas de desagüe natural, cada una con su propio sistema de saneamiento independiente, desde la recolección al tratamiento y el desecho, que pueden ser operados como sistemas independientes permanentemente o conectarse a un sistema que cubre toda la ciudad (Lenton, 2003).

Actualmente, el Programa de Monitoreo Conjunto del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento de OMS/UNICEF se encuentra investigando extensamente las bases de datos disponibles de países en todo el mundo, con el fin de llevar un seguimiento del avance hacia la consecución de la Meta 10 de los ODM. Con base en estos datos, también están haciendo extrapolaciones al año 2015 con el fin de evaluar si los países van por buen camino o no. En el caso de la región de ALC, se proyecta que para el 2015 el número absoluto de personas que carecen de acceso a agua potable mejorada habrá disminuido en 25 millones y el número absoluto de personas que carecen de saneamiento mejorado en 24 millones (OMS/UNICEF, 2006). Estas no son, sin embargo, más que extrapolaciones basadas en tendencias actuales. Para que fueran proyecciones verdaderas, sería muy útil que consideraran por lo menos dos factores causales importantes relacionados con la cobertura de los sistemas de saneamiento y agua:

1. La relación entre la expansión de las redes de agua y saneamiento y los insumos económicos, que son bastante sustanciales. Actualmente, los países en la región de ALC invierten entre 1% y 7% de sus PIB en infraestructura. De acuerdo con datos anunciados durante el Tercer Foro Mundial del Agua en Kyoto (2003), la inversión anual actual de los países en vías de desarrollo en servicios hídricos deberá incrementarse, de US$ 75,000 MDD a US$ 180,000 MDD, si realmente quieren alcanzar los ODM de agua y saneamiento. En algunos países, tales como el Brasil, en donde las inversiones han disminuido en años recientes, sería de esperarse una

desaceleración en el crecimiento de la cobertura, mientras que en otros, tales como Chile, se observa la tendencia opuesta.

2. La relación entre la cobertura de las redes de agua y saneamiento y las tendencias demográficas, tales como la redistribución poblacional y los cambios en las estructuras de los hogares, incluyendo el impacto potencial de factores tales como la segregación residencial y la movilidad intraurbana.

Existe una evaluación de las perspectivas ambientales (Millennium Ecosystem Assessment, 2005 b) que sí contiene proyecciones poblacionales como parte de sus esfuerzos integrales para la construcción de escenarios. Sin embargo, como sucede a menudo, estos escenarios son de una naturaleza global y no entran en ningún nivel de detalle en lo que respecta a interacciones población-medio ambiente específicas a nivel local, aun cuando sí reconocen que las transformaciones de los hogares pueden ser determinantes pertinentes del consumo de recursos específicos, tales como la energía.

Uno de los pocos estudios realizados para abordar el tema de cómo es que las características sociodemográficas de los hogares pueden incidir en su cobertura por los sistemas de saneamiento y agua es la tesis de Rezende (2005) sobre el caso del Brasil urbano.[7] Entre otras cosas, este estudio muestra que, después de controlar el ingreso per cápita del jefe de familia, al igual que la región geográfica y el tipo de administración de la red local, la cobertura de cualquier forma varía dependiendo del sexo del jefe de familia (17% más bajo entre los hogares con jefes del sexo masculino), la edad el jefe de familia (un incremento del 1% por categoría etaria de 5 años), el estado civil del jefe de familia (una cobertura más alta entre los hogares con jefes de familia casados), y -más significativamente- el tamaño de hogar y el tamaño de la comunidad. La cobertura es más alta entre aquellos hogares con menos de 4 miembros y en comunidades con 20,000-50,000 miembros (ver Cuadro 7.3).

Desafortunadamente, no todas las implicaciones de este tipo de análisis acerca de la expansión de las redes de servicio son inmediatamente obvias. Algunas categorías de hogares pueden tener proporciones más altas de acceso a agua y saneamiento porque estos servicios se les pueden proporcionar a un costo más bajo. El caso más obvio es la ventaja de las poblaciones urbanas en comparación con las poblaciones rurales, que ha sido documentada ampliamente. En el Cuadro 7.3, este factor de escala también se ve reflejado en las razones de disparidad significativamente más bajas para el saneamiento en aquellas comunidades con menos de 5,000 habitantes, en comparación con las comunidades más grandes. Sin embargo, otros factores también influyen en esta relación. Los índices de saneamiento más bajos para las comunidades con más de 50,000 habitantes pueden deberse a las deseconomías de escala, pero lo más probable es que sean causados por la intensa migración rural a urbana, que crea un retraso en la provisión de estos servicios para los residentes urbanos más recientes, particularmente aquellos que viven en la periferia urbana.

[7] Obviamente, centrarse en el saneamiento urbano provee sólo una visión parcial de la tarea por delante. No obstante, como resultado del alto grado de urbanización y crecimiento urbano de la región, la mayoría del trabajo a realizar es en las áreas urbanas, con 121 millones de personas requiriendo abastecimiento de agua mejorada y 132 millones requiriendo saneamiento mejorado, en comparación con 20 y 29 millones, respectivamente, en las áreas rurales (Lenton, 2003).

La variación por tamaño del hogar es aún más difícil de interpretar. Por un lado, es posible que las familias pequeñas tiendan a vivir en ubicaciones físicas en donde la infraestructura de saneamiento es provista más fácilmente. Por otro lado, puede ser que las familias pequeñas tengan una mayor propensión a buscar hogares que cuenten con infraestructura de saneamiento, independientemente de su ubicación y de los costos originales de la provisión de esta infraestructura. Finalmente, es necesario apuntar que los hogares más pequeños también implican la existencia de más hogares para dar cabida al mismo tamaño total de población. Esto significa que, en términos del número de personas a los que se les provee de saneamiento básico, la relación entre los tamaños de hogar promedio y la cobertura puede en realidad ser positiva. Hasta ahora, es muy poco el trabajo empírico que se ha hecho para clasificar estas múltiples interacciones, y su impacto potencial en el logro de la Meta 10 de los ODM es poco comprendido.

Cuadro 7.3: Razones de disparidad para la presencia de agua suministrada por medio de tuberías interiores y saneamiento en hogares urbanos en el Brasil, 2000

	Caracteristicas de Hogares/Comunidades	Agua	Saneamiento
Variables de hogares	Jefe de familia del sexo masculino	0.83	0.81
	Edad de jefe(a) de familia	1.01	1.01
	Jefe(a) de familia blanco(a)	1.19	1.19
	Jefe(a) de familia casado(a)/viudo(a)	1.68	1.06
	Ingreso/cap. < 0.5 salarios mínimos	1.00	
	Ingreso/cap. 0.5-1.5 salarios mínimos	1.11	1.00
	Ingreso/cap. 1.5-3.0 salarios mínimos	1.57	1.15
	Ingreso/cap. 3.0-5.0 salarios mínimos	2.10	1.36
	Ingreso/cap. > 5.0 salarios mínimos	2.69	1.88
	Jefe(a) de familia con < 1 año de educación	1.00	1.00
	Jefe(a) de familia con 1-3 años de educación	1.32	1.20
	Jefe(a) de familia con 4-7 años de educación	1.67	1.43
	Jefe(a) de familia con 8-10 años de educación	2.20	1.77
	Jefe(a) de familia con 11+ años de educación	2.51	2.34
	Menos de 4 miembros en el hogar	1.72	1.52
	4-7 miembros en el hogar	1.60	1.31
	8-10 miembros en el hogar	1.22	1.10
	11+ miembros en el hogar	1.00	1.00
Variables de comunidades	Norte	1.00	1.00
	Noreste	1.73	2.61
	Sureste	9.49	32.14
	Sur	3.74	1.97
	Centro Occidente	1.73	1.36
	Sistema municipal (administrado directamente)	1.12	16.12
	Sistema municipal (con autonomia)	2.25	28.22
	Estatal	1.86	17.29
	Federal	1.17	1.92
	Privado	1.00	1.00
	Comunidad con < 5,000 habitantes	-	1.00
	Comunidad con 5,000-20,000 habitantes	-	1.43
	Comunidad con 20,000-50,000 habitantes	-	1.93
	Comunidad con 50,000-200,000 habitantes	-	1.52
	Comunidad con > 200,000 habitantes	-	1.65

Fuente: Rezende, 2005

Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios marginados

7.4. El vinculo entre el crecimiento poblacional y el crecimiento de los barrios marginados urbanos

Bajo este rubro, algunos MDGR han introducido indicadores tales como los siguientes, que aparecen listados en el MDGR 2005 de Brasil:

- Hogares en aglomerados subnormales por principales regiones;
- Déficit cuantitativo de vivienda por categoría de ingreso y área de residencia;
- Número de hogares en asentamientos informales;
- Número de barrios marginados, vivienda por debajo del estándar en zonas urbanas pobres, lotes irregulares y clandestinos;
- Satisfacción de la población con condiciones de vivienda, por principales regiones;
- Porcentaje de familias con problemas de vivienda;
- Porcentaje de hogares privados urbanos permanentes con condiciones de vivienda adecuadas, por principales regiones y el color/raza de los jefes de familia.

La afirmación inicial del *Estado de la Población Mundial* 1996 (UNFPA, 1996) es que "en la primera mitad del siglo XXI, el crecimiento de las ciudades será el factor más influyente en el desarrollo". La edición 2007 del mismo informe, que cita estas palabras, resume las contribuciones pertinentes que se pueden hacer al ordenamiento urbano desde una perspectiva poblacional:

> *"Los especialistas en población, en particular, pueden contribuir a elaborar y difundir lecciones clave mediante datos, análisis y ejemplos concretos, entre ellos: a) la inevitabilidad y las reales ventajas de la urbanización y el crecimiento urbano; b) la inutilidad de los prejuicios y las políticas antiurbanas; c) la creciente proporción de la pobreza nacional, desagregada por género, que está localizada en zonas urbanas; d) la eficacia de los enfoques proactivos para responder a las necesidades de hombres y mujeres pobres en las ciudades; y e) la importancia de involucrar a los pobres en las decisiones que afectan a su hábitat." (UNFPA, 2007: 42)*

Existe una cierta ambigüedad con respecto al significado de la Meta 11. ¿Significa que el número absoluto de habitantes de barrios marginados para el 2015 debería ser de por lo menos 100 millones menos que en 1990? No necesariamente. Martine (2005) apunta que se proyecta que el número de habitantes de barrios marginados a nivel mundial se incremente de 924 a 1,477 millones entre 2001 y 2020, y que mejorar las vidas de 100 millones de personas no hará gran mella en esta tendencia. Bremner y Bilsborrow (2005) también sugieren que el modesto alcance de la Meta puede implicar que la proporción de residentes urbanos que carecen de acceso a servicios básicos puede ser mayor en 2020 que la existente actualmente, incluso si se alcanza la Meta. También hacen notar que la Meta de 100 millones de habitantes de barrios marginados fue mencionada por primera vez en la iniciativa Cities without Slums de 1999, tan sólo como un objetivo que formaba

parte de un programa mucho más amplio. Al sacarlo de su contexto original, el número ha sido disociado de los pronósticos poblacionales, estableciendo un valor básico de referencia bastante bajo para satisfacer las necesidades básicas de los pobres urbanos.

Como un ejercicio hipotético, considerando que la región de ALC cuenta con el 13% de los habitantes de barrios marginados del mundo, probablemente resulte razonable traducir la cifra mundial de 100 millones a 13 millones para la región. Tal como ya se apuntó anteriormente, no está completamente clara la forma en la que esta cifra maneja el crecimiento poblacional, es decir, si la Meta para el 2015 es situarse 100 millones por debajo del número absoluto de habitantes de barrios marginados en 1990, o 100 millones por debajo del escenario "sin intervención" para el 2015. Asumamos por un momento que se trata de la primera meta, que es mucho más ambiciosa. Finalmente, probablemente resulte razonable estipular que la reducción debería ser proporcional al porcentaje actual de habitantes de barrios marginados urbanos, por ejemplo, del 50% al 20% en un país, del 30% al 12% en el siguiente, o el factor de proporcionalidad que corresponda. Si se entienden las cosas de esta manera, ¿qué implica para la región y para los países individuales? Con base en la población urbana, tal como la ha proyectado la División de Población de las Naciones Unidas, la proporción de habitantes de barrios marginados en la región de ALC tendría que reducirse del 35.8% encontrado en 1990 y el 32.2% encontrado en el 2001 a un 19.5% para el 2015. En Haití, implicaría una reducción del 85.7% en el 2001 a un 51.2% para el 2015, en Nicaragua del 80.9% a un 48.4%, en el Perú del 68.1% a un 40.7%, y así sucesivamente. Si, por otro lado, la Meta se entiende en el sentido de una reducción de 13 millones con respecto al escenario "sin intervención" para el 2015, el número total de habitantes de barrios marginados en la región de cualquier manera está destinado a incrementarse sustancialmente.

Se espera que las aglomeraciones urbanas alojen a la mitad de la población mundial para el 2007 (División de Población de las Naciones Unidas, 2004), cuando la extensión de la superficie de la Tierra ocupada por ciudades se incrementará de 1% a 2%. Si bien lo anterior puede tomarse como un signo de progreso y modernización, el programa Habitat de las Naciones Unidas (2003) identifica el lado sombrío y estima que, de los 2,923 millones de residentes urbanos en el 2001, 924 millones de personas vivían en barrios marginados. Los centros urbanos en el mundo en vías de desarrollo darán cuenta de la abrumadora mayoría del crecimiento poblacional neto:

> *"De los 2,000 millones de personas que se anticipa se añadirán al total mundial para el año 2030, se espera que 1,900 millones residirán en las ciudades y pueblos de África, Asia, y América Latina y el Caribe." (Montgomery, 2004: XXIV - 1)*

Tan sólo la región de ALC será responsable de más de 200 millones de ese incremento de 2,000 millones, aumentando el tamaño de la población urbana en la región en un 50% para el 2030. En consecuencia, el nivel de urbanización de América Latina se incrementará de un ya de por sí alto 75.5% al 84.6%, por encima de Europa y el promedio mundial, únicamente por detrás de Norteamérica. Actualmente, la región de ALC alberga al 13% de la población

urbana del mundo, al igual que al 13% de sus habitantes de barrios marginados. En el 2001, los porcentajes más altos de residentes urbanos en barrios marginados se encontraron en Haití (85.7%), Nicaragua (80.9%), el Perú (68.1%), Belice (62.0%), Guatemala (61.8%) y Bolivia (61.3%); Venezuela (40.7%), la República Dominicana (37.6%) y el Brasil (36.6%) registraron niveles considerablemente más bajos; mientras que Chile (8.6%), Uruguay (6.9%), Surinam (6.9%), y Guyana (4.9%) constituyeron el grupo más favorable (UN Habitat, 2005).

La incidencia de barrios marginados varía grandemente de un país a otro. América Central (excluyendo a México), es la subregión menos urbanizada (52%) pero está experimentando el crecimiento urbano más alto y tiene la prevalencia de barrios marginados más alta, con 42.4% en el 2001. La subregión de El Caribe disfruta de una prevalencia más baja, con 21.4%, mostrando un mejor desempeño en general en términos de acceso a servicios básicos. En América del Sur, en donde la urbanización ha alcanzado niveles muy altos, la proporción de habitantes de barrios marginados fue de 35.5% en el 2001 (UN Habitat, 2004).

En términos de tasas de crecimiento, el desafío a superar consiste en reducir la proporción de barrios marginados urbanos durante un periodo en el que el crecimiento urbano en general ascenderá a 1.7% por año. No sólo la migración, sino también la tasa de crecimiento vegetativo de la población residente, contribuyen a un crecimiento más rápido de los barrios marginados que el resto de la población urbana. Para la región de ALC en su conjunto, Montgomery et al. (2003) estiman que la fecundidad entre los pobres urbanos es un 10% más baja que la fecundidad en las áreas rurales, mientras que la fecundidad entre los no pobres urbanos está un 33% por debajo de aquella existente en el campo. La Cuadro 7.4 presenta las Tasas Globales de Fecundidad para las áreas de barrios marginados urbanos y aquellas sin barrios marginados y para las áreas rurales en cinco de los países con los porcentajes más altos de población urbana en barrios marginados. Si bien las diferencias entre países son considerables, lo que resulta más notable en este cuadro es la brecha en la disminución de la fecundidad entre las áreas con barrios marginados y las áreas sin barrios marginados. Aunque es de esperarse que las poblaciones de barrios marginados finalmente llegarán a aproximarse a la conducta de las poblaciones que no viven en barrios marginados (que ya se encuentran en un nivel de fecundidad de reemplazo o por debajo de él en la mayoría de los casos), es claro que el incremento poblacional natural será un factor significativo en el crecimiento poblacional de los barrios marginados en un futuro próximo. La necesidad insatisfecha de anticoncepción en los barrios marginados revela oportunidades para las políticas de SSR que también contribuirían a mejora la calidad de vida urbana.

El MDGR colombiano (2005) propone un objetivo adicional y más ambicioso bajo la Meta 11, dirigido a la reducción del número de hogares urbanos que viven en asentamientos precarios a un 4%, a partir de una línea base (2003) del 16%. A diferencia de la definición más vaga de la Meta 11, que no describe precisamente lo que significa "mejorar las vidas de los habitantes de barrios marginados" y tampoco asigna responsabilidades claras y mensurables a los gobiernos nacionales, el gobierno colombiano decidió reducir en tres

cuartas partes el número de hogares de barrios marginados, en lugar de sencillamente considerar las mejoras en los tugurios.

Cuadro 7.4: Tasas Globales de Fecundidad para áreas urbanas con y sin barrios marginados y para áreas rurales

	Bolivia (2003)	Guatemala (1995)	Haiti (1995)	Nicaragua (1998)	Perú (1996)
Áreas Urbanas sin Barrios Marginados	1.95	3.34	1.65	2.09	2.05
Áreas Urbanas con Barrios Marginados*	3.46	4.42	3.21	3.43	3.53
Rural Areas	5.51	6.75	6.71	4.93	5.78
Total	3.82	5.59	5.16	3.64	3.57

* Se considera que una vivienda pertenece a un área de barrios marginados si carece de tuberías interiores, conexión a la red urbana de saneamiento, electricidad, o si tiene piso de tierra.
Fuente: Calculado a partir de datos EDS

Urbanización en el Brasil

El proceso de urbanización en el Brasil durante el siglo XX fue excepcionalmente rápido, incluso si se le compara con aquel observado en los países desarrollados en general. En 1920, São Paulo era apenas algo más que la capital de un estado rico, habiéndose convertido en una de las metrópolis más grandes del mundo alrededor de 1970 (Fuchs et al., 1994: 18). Hasta la década de 1930, el Brasil era predominantemente agrario. Sin embargo, su urbanización -que no fue diferente de aquella de otros países latinoamericanos- no fue seguida por una planeación urbana adecuada, una situación que condujo a la formación de favelas, la expansión urbana y la invasión de ecosistemas ambientalmente frágiles.

Un ejemplo de este proceso es la reciente ocupación de las playas de la Reserva Billings. Construida originalmente para generar electricidad, esta presa se convirtió en una importante fuente de agua para satisfacer las necesidades del crecimiento demográfico y económico de São Paulo. Aunque la región fue declarada área ambientalmente protegida en la década de 1970, la expansión urbana ahora está amenazando a la reserva. Las áreas residenciales en las playas están provocando la erosión de la tierra y la descarga de desechos al agua. Una gran parte de esta población es de bajos ingresos, pero también se encuentran las comunidades privadas de la gente rica.

La Región Metropolitana de São Paulo es paradigmática en términos de la distribución espacial de la población. Por diferentes razones, tanto los grupos de altos ingresos como aquellos de bajos ingresos buscan vivienda fuera del centro de la ciudad. Los grupos de bajos ingresos buscan tierras en las que puedan comprar o rentar una casa. Los vecindarios que establecen tienen patrones de construcción densos y a menudo carecen de seguridad jurídica, a pesar de haber sido comprados, no invadidos. Los grupos con ingresos más altos buscan seguridad, atractivos ambientales y terrenos más grandes. La expansión urbana resultante incide en la calidad de vida, especialmente como resultado de los tiempos de traslado más prolongados.

Un segundo factor importante en la consideración de las perspectivas de urbanización es el fenómeno de las megaciudades, aquellas ciudades con más de 10 millones de habitantes.

A nivel mundial, su número se incrementará de 19 a 26 para el 2020, 19 de los cuales se encontrarán en los países en vías de desarrollo (PNUD, 1998). El MDGR brasileño (2004) sugiere que el fenómeno de los barrios marginados en crecimiento, que se encuentran en toda ciudad de más de 500,000 personas, está fuertemente relacionado con su tamaño y su densidad demográfica. La región de ALC, que ha experimentado una urbanización precoz, tendrá una presencia notable en este grupo. La urbanización temprana experimentada en la región podría provocar que sus megaciudades estén mejor preparadas para satisfacer las demandas de sus poblaciones en comparación con otras regiones. La Ciudad de México, São Paulo, Río de Janeiro y Buenos Aires enfrentan desafíos abrumadores, pero ya lo han estado haciendo por muchas décadas. Esta puede ser un área en la que la experiencia latinoamericana podría contribuir a las políticas urbanas internacionales.

En lo referente al tema de que el crecimiento de la población mundial se está concentrando en las aglomeraciones urbanas, el párrafo 9.18 del PdA de la CIPD - en un replanteamiento de posiciones anteriores de la Conferencia de Río - sugiere que la ordenación demográfica y espacial podría beneficiar a la sostenibilidad ambiental:

> *"Los gobiernos deberían fomentar la formulación y la aplicación de estrategias eficaces de ordenación del medio ambiente para las aglomeraciones urbanas, prestando atención especial a las actividades de ordenación relativas al agua, a los desechos y a la atmósfera, así como a sistemas de energía y transporte ambientalmente racionales."*

La urbanización masiva ha tenido lugar en los países en vías de desarrollo desde la década de 1950, y es en estas ciudades en las que tendrá lugar la mayor parte del crecimiento poblacional en el próximo medio siglo. La historia de urbanización de los países en vías de desarrollo ha sido una historia de crecimiento más rápido y una mayor concentración en las metrópolis y las megaciudades.

Al interior de las metrópolis prevalecen diferentes situaciones, especialmente en términos del acceso a servicios de saneamiento. Las áreas suburbanas están en una situación crítica. Torres (2002) presenta datos del censo 2000 para mostrar que:

> *"En otras palabras, no existe para nada una "isla de privilegio" en los suburbios brasileños contemporáneos. Si de generar iniciativas de desarrollo para el campo se trata, la periferia urbana también debe ser claramente el objeto de esas iniciativas. Además del diferencial de ingresos, la mayoría de las veces esas áreas también presentan peores indicadores en términos de infraestructura urbana, vivienda y saneamiento, induciendo la destrucción del medio ambiente de la región y contaminando a la población local." (Torres, 2002: 6)*

Torres (2002) también apunta que el 75% de los hogares en las capitales de las 9 principales áreas metropolitanas del Brasil tienen acceso a servicios de recolección de aguas negras. En las áreas suburbanas, sólo el 56% de los hogares tiene acceso a este servicio.

La urbanización y el crecimiento poblacional van de la mano no sólo con las oportunidades económicas y el empleo, sino también con la pobreza y la desigualdad.

A la expansión demográfica no le siguió un crecimiento económico y una distribución de la riqueza de manera tan inmediata como para estrechar la brecha del déficit de viviendas e infraestructura, una situación que condujo a la formación de favelas y tugurios en las ciudades medianas y grandes. La región de ALC es la región más urbanizada en el mundo en vías de desarrollo y, a pesar de ello, la escasez de vivienda y tierra a bajo costo en las áreas urbanas de la región ha conducido a altas tasas de tenencia informal e irregular entre las familias pobres (CEPAL, 2001).

La distribución espacial de la población es un factor importante en este contexto. Aquellos grupos poblacionales con las mayores necesidades a menudo tienen el menor nivel de acceso a programas sociales que, en principio, están dirigidos a ellos. Las políticas públicas a menudo son diseñadas en función de la situación del ciudadano promedio. Pueden no considerar que los costos de transportación son más altos para los pobres, haciéndolos más dependientes de instalaciones cercanas a sus hogares. No obstante, las instalaciones de atención a la salud y de otro tipo tienden a estar ubicadas lejos de los lugares en los que viven los pobres. Los costos de transportación son altos y las personas deben acudir a instalaciones de atención a la salud atestadas y no necesariamente adaptadas a sus necesidades. Es común encontrar servicios dirigidos a los adultos mayores en áreas con una alta concentración de niños y viceversa. Similarmente, el sistema de escuelas públicas no necesariamente está ubicado en el lugar en donde más se le necesita. Como resultado de la migración intraurbana, es común encontrar escuelas en lugares sin niños y lugares con niños pero sin escuelas (Torres y Marques, 2001). La reglamentación del uso y la propiedad de la tierra restringe las posibilidades de proveer algunos otros servicios sociales. Estos factores de ubicación a menudo son pasados por alto al ocuparse de este aspecto de los asentamientos en barrios marginados. Perlman (2004), por ejemplo, estima que entre un 20 y un 40% de los habitantes de barrios marginados de Río de Janeiro podrían pagar vivienda formal, pero en lugar de ello prefieren vivir en los barrios marginados por su mayor proximidad a los servicios y las oportunidades de empleo.

Como resultado de problemas legales, los gobiernos a menudo no pueden suministrar infraestructura y servicios apropiados en asentamientos irregulares y/o de precaristas. Adicionalmente, en el proceso de planificación espacial, los vecindarios pobres, que carecen del poder político para incidir en esas decisiones, a menudo se ven afectados desproporcionadamente por la proximidad de instalaciones de manejo de desechos, industrias contaminantes y otros peligros para la salud ubicacionales. En las peores situaciones, existe un efecto acumulativo de la falta de servicios sociales e infraestructura: las personas pueden vivir en áreas que enfrentan simultáneamente un riesgo ambiental, lo mismo que la falta de vivienda, educación y servicios de salud apropiados (Martine, Hakkert y Guzmán, 2002).

A pesar de tener que enfrentar desempleo, inmundicia, hacinamiento, peligros ambientales y enfermedades, la mayoría de los residentes de los barrios marginados y los asentamientos precaristas están mejor que los pobres rurales, considerando que su acceso a servicios públicos enfrenta menos obstáculos. Las poblaciones de barrios marginados pueden incluso experimentar una movilidad social y económica considerable. En un seguimiento de su estudio inicial en la década de 1970 acerca de algunas favelas de Río de Janeiro,

Perlman (2004) encontró que, 30 años más tarde, alrededor de dos terceras partes de los habitantes que pudo localizar se habían mudado ya fuera a proyectos de vivienda formales o a vecindarios regulares. Un 18% de los niños habían concluido una educación universitaria. Tampoco es cierto que la pobreza urbana esté limitada a las áreas de barrios marginados, tal como, lo apunta, entre otros, Montgomery (2004):

> *"Es común que los debates acerca de la pobreza urbana en el mundo en vías de desarrollo se enmarquen completamente en términos de las condiciones de vida de los habitantes de los barrios marginados. Sin embargo, hasta ahora existe poca evidencia de la relación entre la pobreza urbana en general y los niveles de vida de las poblaciones de los barrios marginados. No se sabe, por ejemplo, qué proporción de los pobres urbanos en los países en vías de desarrollo viven en barrios marginados, o qué proporción de los habitantes de los barrios marginados pueden ser contados como pobres en términos de ingresos y otros criterios socioeconómicos." (Montgomery, 2004: XXIV.2-3)*

El mismo autor presenta evidencia recolectada en encuestas EDS en el sentido de que los pobres urbanos y los rurales son similares en lo que respecta a la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar y SR. No obstante, parece lógico creer que alcanzar la Meta 11 ayudará a avanzar en dirección al ODM 1 (reducir a la mitad la pobreza y el hambre), ya que los barrios marginados en las zonas urbanas pobres carecen de infraestructura, lo cual alimenta las privaciones intergeneracionales, y por lo general albergan a los sectores de la sociedad más necesitados, que no pueden mudarse a vecindarios con derecho a recibir servicios públicos. La Fuerza de Tareas del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas sobre Barrios Marginados hizo notar que los esfuerzos para mejorar las vidas de los habitantes de los barrios marginados naturalmente generarían efectos redundantes tanto en los barrios marginados como en los pobres urbanos, especialmente si sus recomendaciones de "mejorar los barrios marginados hoy" y "planificación urbana para mañana", que implican la participación activa de los beneficiarios, son tomadas en consideración.

7.4.1. El vínculo entre la migración y el crecimiento de los barrios marginados urbanos

El tema de la migración y el crecimiento de los asentamientos de invasores en la región de ALC ha estado en el centro de la demografía y la sociología urbana de la región por espacio de medio siglo. El fenómeno de las tierras ocupadas espontáneamente al interior de las ciudades o en su periferia ha acompañado al rápido ritmo de urbanización de la región. En décadas recientes, los debates teóricos acerca de las poblaciones marginadas con valores y una dependencias rurales le han cedido el paso a esfuerzos para integrar estos asentamientos a los sistemas de servicios sociales y ambientales prevalecientes. En muchos países, las invasiones de tierra organizadas ahora coexisten con los asentamientos espontáneos iniciales (y a veces nuevos). Sus problemas comunes de pobreza e infraestructura inadecuada han conducido a que ambas formas de ocupación de tierras ilegal o no formal a menudo sean tratadas bajo el mismo rubro, tanto en el pensamiento académico como en aquel de las políticas públicas. Al sumarse a las poblaciones (en su mayoría nativas) que habitan en viviendas ubicadas en zonas

urbanas pobres tradicionales en malas condiciones (deterioradas, pero no necesariamente ilegales), estos grupos forman la población de los barrios marginados urbanos.

El crecimiento absoluto de más de de 230 millones de habitantes urbanos en los últimos 35 años se debió en gran parte a la migración rural-urbana. Este volumen de población por demás expresivo añadido a las áreas urbanas explica, por lo menos en parte, el crecimiento de los barrios marginados y las dificultades para proveer servicios básicos tales como saneamiento (CEPAL, 2005 c). Estos niveles de crecimiento, que alguna vez fueron altos, han disminuido en la mayoría de los países, y cualquier crecimiento a futuro ahora estará basado predominantemente en el incremento natural, más que migratorio, de las áreas urbanas. Durante la década de 1970, los demógrafos predecían que la Ciudad de México, por ejemplo, alcanzaría los 30 millones de habitantes para el año 2000. De hecho, la Ciudad de México no creció más allá de los 20 millones, ya que los migrantes comenzaron a buscar mejores oportunidades en otras ciudades tales como Guadalajara, Monterrey y otras localidades. Una experiencia similar se vivió en São Paulo, en donde la migración neta disminuyó en 58,000 migrantes entre 1980 y 1991 y en otros 50,000 entre 1991 y 2000.

Más del 75% de la población de la región ya vive en ciudades: las proporciones más altas están en América del Sur (77.2%), seguida de América Central (68.2%) y El Caribe (63.1%). Para el 2005, sólo tres países de la región tenían a más de la mitad de su población viviendo en áreas rurales (Guatemala, Haití y Honduras), y otros tres tenían una población urbana menor al 60% (El Salvador, Nicaragua y Paraguay). Bolivia, Costa Rica y El Ecuador también continúan teniendo poblaciones rurales importantes. Estos países, por lo tanto, todavía tienen reservas de población rural que pueden migrar a las áreas urbanas. En Bolivia, por ejemplo, las condiciones de vida rurales continúan siendo críticas y las diferencias rurales-urbanas están creciendo (CODEPO, 2004: 34), haciendo de la migración el factor más importante de urbanización. Pero en la mayoría de la región, especialmente en los países más grandes, el número de migrantes potenciales ha disminuido, y las intensas olas de migración que caracterizaron al tercer cuarto del siglo XX no pueden repetirse.

Considerando las diferentes etapas de la transición demográfica en Guatemala y el Perú, Cerezo (2003) y Riofrío (2003) llegan a diferentes conclusiones en lo que se refiere a la importancia de la migración al explicar el crecimiento de los barrios marginados en Lima y la Ciudad de Guatemala. Los hallazgos de Cerezo se basan en una encuesta de 4,435 hogares realizada en 1993, y sugieren la posible importancia de la migración para la formación de barrios marginados:

> *"El cincuenta y nueve por ciento de los jefes de familia son inmigrantes, con 52.3% de ellos provenientes de otros departamentos, predominantemente del suroeste y el sureste del país. Sólo el 6.6% migró de otras municipalidades en la Región Metropolitana, mientras que el resto nacieron en la Municipalidad de Guatemala. El setenta y uno por ciento de los migrantes explicaron que habían migrado para mejorar la situación económica de su familia." (Cerezo, 2003: 8)*

A pesar de haberse emprendido algunas políticas y acciones para mejorar las condiciones de los barrios marginados y aliviar la pobreza, de acuerdo con Cerezo no existe ningún signo de disminución del ritmo de la migración a la Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala. De acuerdo con Riofrío, sin embargo, el tipo de nuevos asentamientos de bajos ingresos en los que las personas residen inicialmente, antes de la construcción e instalación de servicios, "han concentrado al grueso de la población inmigrante de bajos ingresos que comenzó a llegar en la década de 1950. Actualmente albergan a familias de bajos ingresos nacidas en los mismos asentamientos o en otras partes de la ciudad" (Riofrio, 2003: 4). En otras palabras, al parecer la migración ya no es una fuerza impulsora de la formación de barrios marginados en el Perú.

Una de las razones para este cambio, desde luego, es la disminución de la fecundidad, que ha reducido el crecimiento en las regiones emisoras, lo mismo que en los barrios marginados urbanos. La rápida urbanización coincidió con los años de alto crecimiento poblacional. Los diferenciales de fecundidad han seguido el patrón clásico de la adaptación de los migrantes rurales a la vida de la ciudad, y la conducta migrante está entre las normas rurales y las urbanas. En el Estado de São Paulo, por ejemplo, en donde la tasa de fecundidad total se encuentra en un nivel de reemplazo o debajo de él, (y en donde la mayor parte de la población es pobre), es claro que los pobres urbanos también tienen pocos hijos. La investigación ha mostrado consistentemente, sin embargo, que algunas mujeres pobres viven en bastiones de aislamiento de los servicios de SR en los barrios marginados urbanos (no sólo en las áreas rurales distantes).

Sin embargo, ni la reducción de la migración ni la disminución de la fecundidad parecen estar deteniendo el crecimiento de las poblaciones de los barrios marginados. En 2001, un tercio de la población urbana (el 32%) de la región de ALC estaba viviendo en barrios marginados, representando 128 millones de personas. Estos números se están incrementando. Marques et al (2003), por ejemplo, usando metodología GIS combinada con datos censales para el periodo 1991-2000, encontraron que el número de hogares en las favelas en la municipalidad de São Paulo creció de 196,000 a 287,000, a una tasa de 2.97% por año, que es considerablemente mayor que aquella para la población total, 0.87%. La proporción de la población municipal que vivía en favelas creció de 9.1% a 11.1% y, en términos de área, las favelas crecieron de 24.7 km2 a 30.6 km2. En Río de Janeiro, únicamente representaban el 7.2% de la población en 1950, pero para 1990 habían crecido a 16.1% y para el 2000 ya constituían el 18.7% de la población (Perlman, 2004).

Habiendo dicho lo anterior, es claro que gran parte del crecimiento continuo de los barrios marginados es provocado por otros factores. El subempleo y el desempleo, junto con un mercado inmobiliario dirigido a las demandas de la clase media y alta, significan que la vivienda de bajo costo, con crédito razonable, no se produce en una escala suficiente en la mayor parte de la región. Este es un componente clave de la marcada característica de desigualdad social de la región de ALC. De la misma forma en que sucede con la migración, la formación de barrios marginados está asociada con las caídas y los auges económicos relacionados con el proceso de la globalización, la naturaleza cíclica del capitalismo y la

mayor demanda de mano de obra calificada vs. no calificada. En resumen, es impulsada por una combinación de migración rural a urbana rápida, pobreza urbana, incapacidad de los pobres urbanos para acceder a tierra para vivienda a bajo costo e inseguridad en la tenencia de la tierra.

Los esfuerzos por mejorar el rápido crecimiento urbano en el Brasil en la década de 1970, promoviendo ciudades de tamaño mediano, no fueron exitosos. En una era caracterizada por un crecimiento poblacional más bajo -y un crecimiento urbano más bajo- es probable que esas inversiones ahora sean más viables. Las ciudades más grandes ya están perdiendo su atractivo, y los desplazamientos a corta distancia que son más característicos de la migración están dirigidos hoy en día a las ciudades más pequeñas, a menudo al interior de las regiones metropolitanas de las megaciudades. Si bien es probable que esto simplemente transfiera el problema a una escala diferente, la mayoría de los planificadores creen que el crecimiento será más fácil de ordenar en las ciudades más pequeñas.

Los avances logrados en los indicadores de salud y mortalidad -y los avances que todavía están por hacerse- están directamente relacionados con el tratamiento de aguas residuales y el agua en las ciudades de la región. Un aspecto menos documentado desde un punto de vista comparativo es la importancia de la densidad de los hogares (que generalmente es más alta en los barrios marginados) para la salud y la recurrencia de las enfermedades una vez que estas han sido controladas en las áreas urbanas (la fiebre del dengue y la malaria, por ejemplo). Es en los vecindarios pobres (a menudo barrios marginados) -en donde el agua entubada puede encontrarse disponible pero se almacena inadecuadamente, creando las condiciones necesarias para la reproducción de los vectores de la enfermedad- que estas enfermedades tienen su incidencia más alta.

Las características demográficas de los barrios marginados urbanos, luego entonces, revelan una situación transicional. Con un crecimiento poblacional más lento, menos migración rural-urbana y tasas de urbanización desaceleradas, la persistencia de los barrios marginados se debe menos a la migración continua que al desempleo y los mercados de vivienda deficientes. Los residentes de los barrios marginados en todos los países de la región, a excepción de los más rurales, ya no son migrantes rurales recientes, sino nativos de las ciudades y migrantes con periodos de residencia más largos en la ciudad. La migración intermunicipal a corta distancia, que refleja las ventajas comparativas de los mercados laborales locales, favorece el crecimiento de algunas ciudades a costa de otras. Los patrones de fecundidad sugieren una tendencia hacia la convergencia, pero las tasas de crecimiento vegetativo de los barrios marginados, especialmente en las ciudades más grandes, reflejan una brecha continua en la provisión de servicios de SR.

7.5. Una nueva meta bajo el ODM 7: la protección de la biodiversidad

La última de las nuevas Metas introducidas por el ex Secretario General de las Naciones Unidas el 2 de octubre de 2006 se refiere a la protección de la biodiversidad. Si bien es cierto que el proceso de extinción de especies y creación de nuevas especias siempre ha

existido, las actividades humanas han acelerado este proceso a un grado sin precedentes. Los paleontólogos estiman la tasa de fondo de extinción de las especies la tasa de extinción a largo plazo exhibida antes de la influencia de la humanidad en 1-10 extinciones por década por cada millón de especies fósiles. La tasa actual, sin embargo, es 100-1,000 veces más rápida que esta tasa de fondo histórica (Pimm et al., 1995).

Con base en relaciones matemáticas que comparan el tamaño del cuerpo animal con el área del hábitat, se estima que la población humana ha alcanzado más de 30 veces el tamaño que se habría esperado si no se hubiera adoptado la agricultura (Cincotta y Engelman, 2000). La extensión de las cifras humanas, el consumo per cápita y las proezas tecnológicas están alterando mensurablemente los procesos biofísicos y atmosféricos globales. A partir de las pérdidas de hábitat proyectadas con base en las tendencias actuales, algunos biólogos proyectan que el 2-13% de las especies en el mundo podrían extinguirse en el periodo comprendido entre 1990 y el 2015 (Reid, 1992). Más especies podrían desaparecer como resultado de otras causas, tales como invasiones de enfermedades y especies exóticas, la contaminación, las cosechas excesivas y el cambio climático inducido por los humanos.

Muchos de los mecanismos causales que subyacen a la pérdida de la biodiversidad son los mismos que aquellos involucrados en los otros problemas ambientales abordados anteriormente. Así, Lutz (1996), al mismo tiempo que comenta ocho estudios de caso sobre áreas protegidas hace notar que, a nivel local, la migración es un proceso poblacional mucho más perjudicial que el crecimiento vegetativo, algo exactamente igual a lo que se encontró en el caso de la deforestación, que, dicho sea de paso, es uno de los principales factores que contribuyen a la pérdida de la biodiversidad:

> *"Primero, el problema más importante relacionado con la población que incide en todas las áreas protegidas es, por mucho, la migración. La llegada de personas que no provienen del área protegida misma, o de la región inmediatamente circundante, tiende a ser la amenaza más importante a los ecosistemas estudiados (...) El segundo hallazgo, que resulta un tanto sorprendente, es que el crecimiento vegetativo de la población humana al interior de un área protegida no constituyó un problema en ninguno de los ocho estudios de caso; demostró ser insignificante en todos los casos. En lo que respecta a la población en las áreas que rodean a los parques, la alta densidad poblacional es un problema serio en varios casos. Únicamente en el caso del Parque Keniano de Nakuru, sin embargo, está asociada con los niveles de alto crecimiento vegetativo actuales. En todos los demás casos, la alta densidad se debe a la migración o el crecimiento vegetativo pasados." (Lutz, 1996)*

Sin embargo, entre los mecanismos específicos responsables de la mayor parte de la pérdida actual de la biodiversidad, al parecer los siguientes tres son los más importantes:

1. Sobreexplotación: Muchas especies son cazadas, capturadas o matadas por encima de su tasa de reemplazo. Lutz (1996) advierte que, si bien parte de esto es impulsado por la población, también existen muchas presiones humanas sobre la biodiversidad que tienen su origen en prácticas culturales y que podrían evitarse limitando el

mercantilismo y algunas modas pasajeras que alimentan la demanda global e impulsan la sobreexplotación comercial. La pesca de pepinos de mar perjudicial para el ecosistema en las Islas Galápagos, por ejemplo, no tiene nada que ver con el crecimiento poblacional en Asia o América Latina. Más bien, tiene que ver con la creencia asiática de que el pepino marino funciona como afrodisíaco y con el poder adquisitivo de aquellos que lo demandan.

2. Especies invasivas: Una población humana que viaja o migra contribuye a la propagación de las llamadas especies "invasivas" o "exóticas". Estas son especies vegetales o animales altamente adaptables que, una vez introducidas al nuevo medio ambiente, logran reproducirse exitosamente, y entonces compiten con las especies nativas por recursos, a menudo superando en esa competencia, o incluso depredando, a especies más susceptibles y vulnerables. Las especies endémicas están especialmente amenazadas por la invasión de especies no nativas. En Hawai, por ejemplo, el 75% de la flora y la fauna originales ha sido reemplazado por especies invasivas no nativas. El problema también es bastante serio en las Islas Galápagos, en donde las especies exóticas invasivas introducidas por los humanos y los humanos mismos ya han provocado 11 de las 13 extinciones de especies totales y las otras aproximadamente 15 extinciones de subespecies, razas, variedades y poblaciones (MacFarland y Cifuentes, 1996).
3. Alteración del hábitat: La alteración del hábitat es, por mucho, la causa más significativa de disminución de las especies a nivel global. Los mamíferos terrestres grandes con necesidades de áreas de acción grandes y las especies endémicas (aquellas especies que están altamente adaptadas a un área geográfica restringida y no existen en ningún otro lugar en la Tierra) son los más afectados por la transformación de los hábitats. A medida que los hábitats van menguando, lo mismo sucede con la posibilidad de que las especies se desplacen y migren. Si los patrones climáticos cambian, las plantas y los animales no pueden cambiar su área de acción de la misma forma en que lo hacían en el pasado evolucionista y, en consecuencia, son más vulnerables a la extinción. Es muy probable que la deforestación sea la mayor amenaza a la biodiversidad hoy en día, ya que los bosques son "ecorregiones críticas" de la biodiversidad. Los patrones intermitentes de ocupación de la tierra, incluso en aquellos casos en los que dejan parte de la cubierta forestal intacta, pueden seguir siendo altamente disruptivos en la medida en que interrumpen los movimientos naturales de las especies y su acceso a charcas y otros recursos necesarios para su supervivencia. En América Latina, la construcción de plantas de energía hidroeléctrica también es una causa importante de la destrucción de hábitats.

Las inquietudes acerca de la protección de la diversidad biológica del mundo fueron formalizadas a nivel internacional en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en 1992, con la elaboración de la Convención sobre la Diversidad Biológica. La Convención entró en vigor el 29 de diciembre de 1993, en la forma de un Tratado internacional, con el objetivo de conservar la diversidad biológica

y promover su uso sostenible en un reparto equitativo de los beneficios de los recursos genéticos. La edición más reciente de la *Lista de Áreas Protegidas de las Naciones Unidas*, la lista definitiva de los parques y reservas nacionales del mundo, es la Lista del 2003 (UICN, PNUMA, Conservation Monitoring Centre, 2003). La lista contiene 102,102 áreas protegidas que cubren más de 18.8 millones de km2; excluyendo las áreas marinas, la extensión terrestre de las áreas protegidas es de 17.1 millones de km2 (el 11.5% de la superficie terrestre de la Tierra). A continuación se muestra la superficie terrestre protegida en la región de ALC.

Cuadro 7.5: Áreas protegidas en la región de ALC

Subregión	Número	Porcentaje del área territorial total en áreas protegidas
América Central	762	27.9%
El Caribe	953	29.6%
América del Sur	2749	22.2%

Fuente: UICN, PNUMA, Conservation Monitoring Centre, 2003

A lo largo de la década y media de existencia del tratado, los temas de población han sido tratados en el contexto de los límites a la residencia y las actividades económicas en las áreas protegidas oficialmente (Begossi et al, 2000; Carneiro da Cunha y Almeida, 2000, 2001; Ferreira, 2002). Esas áreas han crecido en número desde 1992, y a menudo son consideradas junto con las reservas indígenas y las reservas extractivas, un concepto más reciente que permite el uso sostenible de los recursos (Westley et al., 1998). Los países de la región han regulado estas áreas de acuerdo con sus prioridades. En el Brasil, por ejemplo, en el año 2000 se aprobó el SNUC (Sistema Nacional de Unidades de Conservación), que restringe la presencia de la población en las áreas protegidas. Esta legislación prevé la reubicación de los residentes de las áreas protegidas, un proceso que es lento y a menudo involucra puntos de vista conflictivos acerca de si es posible conciliar la presencia de las poblaciones con los objetivos de la protección ambiental (Ferreira, 2004; Redford y Stearman, 1993).

El ordenamiento de estas áreas emplea conceptos como el de zonas de amortiguación, que son áreas de transición menos restringidas a los asentamientos poblacionales. Cada área tiene su plano de manejo, que busca regular el acceso de las poblaciones al área y promover la protección y la recuperación. La próxima década en la región de ALC será testigo de los esfuerzos para expandir la protección de la diversidad biológica a través de la creación de áreas protegidas adicionales, lo mismo que la regulación de las áreas existentes. Los críticos de las restricciones radicales apuntan al uso sostenible de los recursos naturales por parte de las comunidades tradicionales y al tema relacionado de la capacidad (y los derechos asociados) de estas comunidades para identificar especies útiles para la salud y el bienestar humanos. Se requerirán esfuerzos para proteger la integridad cultural de las poblaciones tradicionales, un elemento clave para la protección de la biodiversidad de la región.

IDEAS PRINCIPALES SOBRE ODM 7

Conclusiones generales

- Aunque la noción de una fuerte relación entre la sostenibilidad ambiental y los procesos de población es intuitivamente plausible, se ha probado históricamente difícil actuar sobre esa idea.
- El Programa de Acción de la CIPD reconoció las relaciones entre el ambiente y el fenómeno poblacional, tales como los impactos en el ambiente a partir de la migración rural y urbana, las tasas de crecimiento poblacional, la reducción de la pobreza y el consumo de recursos. Para. 3.29 (d) del Programa de Acción de El Cairo destacó la necesidad de preservación de los recursos naturales e incentivó particularmente la sostenibilidad de los patrones de producción y consumo, aun cuando lo ha hecho sin mencionar metas cuantificables con límites temporales. Además, Para. 3.25 del Capítulo IX ilustra cómo el Programa de Acción relaciona la distribución poblacional, particularmente la dicotomía rural-urbana, a la preservación ambiental. Por la mayor parte, sin embargo, la CIPD dejó las consideraciones ambientales a la Agenda 21 y otros documentos de la Cumbre de la Tierra, y los lobbies de población y ambientales siguieron operando de manera más o menos independiente entre sí. En general, se debe concluir, por lo tanto, que las preocupaciones con población y el medio ambiente han sido tratadas en foros políticos separados.
- Los problemas políticos asociados a los entornos políticos separados en los cuales la población y el ambiente han sido típicamente discutidos son reforzados por las dificultades analíticas en el sentido de establecer relaciones directas y no ambiguas entre los dos. Mientras es fácil acordar que, en general, cualquier problema ambiental imaginable tiende a ser agravado por el crecimiento poblacional, los mecanismos precisos de su impacto no son tan fácilmente establecidos, particularmente a nivel local donde varios otros factores entran en juego. Las dos dificultades principales son 1. Algunos problemas ambientales son causados por procesos en los cuales la población de hecho no tiene ningún rol o un rol muy pequeño; y 2. En aquellos problemas ambientales en los cuales la población tiene un rol fundamental, los resultados finales pueden depender mucho de factores institucionales o condicionantes de otro tipo.
- Quizás el consenso más evidente en lo que se refiere a población, entre los académicos y los tomadores de decisiones políticas, es que la sostenibilidad ambiental a largo plazo no puede ser alcanzada sin la estabilización del crecimiento poblacional. Sin embargo, esa idea no se ha traducido necesariamente en una preocupación sistemática con factores poblacionales como elementos integrantes de las políticas ambientales.
- A pesar de abrigar en su territorio el más grande patrimonio de biodiversidad del mundo, ahí incluido el más grande flujo de agua dulce del mundo, así como la propia floresta Amazónica, los problemas ambientales más críticos de la región de ALC fueron abordados sólo marginalmente por los indicadores ODM. Es verdad que los Indicadores de la Meta 9, indicador 25 – proporción de tierra cubierta

por florestas – y 26 – tasa de área protegida para mantener la diversidad biológica por área de superficie – tocan la preservación de las florestas, evidentemente un tema crucial de protección ambiental para la región donde se encuentra la Floresta Amazónica, pero el ODM 7 no toca tales temas más consistentemente.

- El establecimiento de instituciones gubernamentales para el monitoreo del ambiente, para la sensibilización, y para el cambio de los patrones de producción y consumo ha sido una tendencia en Latinoamérica a lo largo de los años 90, pero raramente las burocracias apropiadas han recibido más del 1% del PNB de los países para modelar las políticas ambientales.

1. La relación entre crecimiento poblacional y sostenibilidad ambiental

- Para algunos, las dinámicas poblacionales no son un factor significativo para la disponibilidad de recursos agotables. Para otros, los límites del desarrollo sostenible ya fueron ultrapasados y la población mundial se mantiene al costo de la reducción de recursos no-renovables. Sin embargo, no se necesita ir tan lejos para darse cuenta de que existen buenos motivos para asumir que el rápido crecimiento poblacional es un factor agravante para muchos problemas ambientales.
- La sostenibilidad ambiental a largo plazo no puede ser alcanzada sin la estabilización del crecimiento poblacional. Las cuestiones que siguen a levantar controversias son cuán lejos se está de alcanzar la estabilización y cuáles restricciones de recursos pueden imponer límites al crecimiento poblacional antes de eso.
- A largo plazo, por ejemplo, la estabilización de la población es una condición necesaria para garantizar el alcance de cualquier plan global climático.
- La agenda de los ODM ha sido criticada por definir sus indicadores 27-28 solamente en términos per capita, ignorando, de esa manera, los efectos del crecimiento poblacional en el impacto ambiental general. Los indicadores del Protocolo de Kyoto están definidos en términos generales, y no por emisión per capita; eso por lo menos permite una evaluación de los impactos poblacionales, aun cuando eso no esté explícito en el Protocolo.
- Algunas proyecciones de las emisiones de gases de invernadero estipulan que, a corto plazo, cambios de ingreso y tecnológicos tendrán mayor impacto que el crecimiento poblacional; sin embargo, a largo plazo, la contribución del último irá aumentar.
- Según algunas estimaciones, actualmente 505 millones de personas sufren con problemas relacionados a la presión o seria escasez de agua y eso puede acumularse hasta 2.4-3.2 billones de personas con problemas de carencia de agua serios o moderados en 2025. Problemas relacionados al agua son significantemente relacionados a los patrones de distribución poblacional.
- Además de ser una cuestión de derechos, la estabilización del crecimiento poblacional con el acceso a la SSR y planificación de la familia es un instrumento para reducir las presiones de los factores demográficos sobre los recursos ambientales y la infraestructura disponible en un futuro más inmediato.

- A nivel local, las implicaciones del crecimiento poblacional y la densidad pueden ser muy diferentes. El macro argumento dominante es que la población genera presiones que aceleran el agotamiento de los recursos ambientales. A nivel local, sin embargo, eso no es siempre verdadero. Se ha argumentado que, en algunos casos, una densidad poblacional más alta puede de hecho beneficiar la sostenibilidad ecológica de regiones ecológicamente vulnerables.
- Es difícil de proveer estimativas claras del impacto a largo plazo del crecimiento poblacional en la sostenibilidad ambiental. La población es uno de los varios factores importantes para la sostenibilidad ambiental; y raramente actúa sola para producir resultados como la deforestación.
- El crecimiento agregado no es el único factor poblacional a afectar el ambiente. Otros, como el espacio, tiempo y ciclo de vida de asentamientos poblacionales, también tienen impactos significativos. Para algunos de los impactos ambientales, el número de hogares es un determinante más significativo que el número de personas.

2. Población y el uso sostenible del espacio

- Otra perspectiva sobre la relación de la población y los recursos naturales es la huella ecológica (relacionada con el concepto anterior de capacidad de carga), o sea, cuánta tierra per capita es necesaria para mantener la población con un cierto patrón de vida a largo plazo. De acuerdo con algunos análisis de ese tipo, dado el presente consumo, el mundo ya excedió su nivel máximo del uso sostenible del espacio por 20% o más. En la región de ALC, la mayoría de los países están dentro de los límites poblacionales sostenibles, pero algunos (Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Haití, Jamaica, México y Trinidad y Tobago) ya excedieron ese límite.
- Se argumenta que la relación entre población y necesidades ambientales necesita de una reorientación. De cierto, el crecimiento poblacional suele empeorar la situación pero la relación no es necesariamente linear entre las dos variables. Patrones espaciales de producción y consumo juegan un rol importante.
- Puesto que la inercia demográfica y el momento poblacional podrían frustrar la eficiencia de intervenciones en el crecimiento demográfico para la próxima mitad del siglo, los tomadores de decisión tendrían más logros actuando sobre cómo se usa el territorio que intentando determinar meramente cuántos lo usan. A nivel local, la gran mayoría de las decisiones de políticas involucran dimensiones espaciales. La racionalidad de la ocupación es la llave para el uso sostenible del espacio, y el potencial del planeamiento municipal para cambiar los ambientes urbanos es fundamental.
- La concentración de la población urbana puede de hecho ser una solución para acomodar las personas de una manera que sea eficiente y racional con los recursos. La planeación urbana significa como llevar en cuenta las necesidades de la población y las condiciones ambientales de una determinada situación. Aun en el contexto rural, la concentración de la población es preferible a la dispersión, puesto que asentamientos dispersos pueden ser de hecho perjudiciales.

- A pesar de que la urbanización es generalmente un factor positivo para garantizar la sostenibilidad a largo plazo, la vida urbana y la opulencia es también asociada a algunos problemas ambientales. La emisión de los gases que causan el efecto invernadero, por ejemplo, suele crecer con la urbanización.
- El uso sostenible del espacio requiere la integración de factores demográficos a cualquier política de planeación territorial a nivel nacional o local. Hay mucha confusión con respecto al límite máximo de la densidad poblacional y, al mismo tiempo, romanticismo sobre los méritos de bajas densidades poblacionales, como es el caso de poblaciones indígenas.
- El aumento de la densidad poblacional puede algunas veces conducir a innovaciones pero la sostenibilidad generalmente requiere intervenciones, como mejoría de carreteras, oportunidades de generación de ingreso no agrícola y nuevas tecnologías. De acuerdo con la tesis conocida como Boserup, la población ha contribuido para la intensificación de los métodos de producción agrícola. Esa tesis también necesita ser calificada, sin embargo, porque existen ejemplos de sociedades donde un proceso excesivamente rápido de densificación condujo a un colapso tecnológico y demográfico. En la región de ALC, la densificación agrícola es un tema menos importante porque la región es altamente urbana.
- Aun cuando la migración está en descenso en la región de ALC, ésta es otro factor demográfico que tendrá un rol importante en el uso y preservación de los recursos naturales. La expansión agrícola, por ejemplo, es la causa de la deforestación e investigaciones indican que mitad de ella puede ser explicada por la presión de población. El crecimiento poblacional vegetativo, a diferencia del crecimiento migratorio, tiene un impacto mucho más pequeño como conductor de la deforestación. Estudios de áreas ecológicamente frágiles muestran que existe una inmensa variación geográfica en la presión poblacional, la cual puede tener poca relación con la densidad poblacional. Sin embargo, la llegada de colonos migrantes en asentamientos en áreas forestales escasamente pobladas muestra una influencia claramente negativa intermediada por el aumento de la densidad poblacional. También, la migración a países anteriormente vacíos ha tenido significativamente más impacto en el ambiente que en áreas previamente ocupadas.
- En general, es difícil generalizar sobre si la migración es beneficiosa o dañosa al ambiente. La mayor incorporación de los migrantes es un factor intermediador de los efectos dañinos de los migrantes en el ambiente. Algunos de los problemas asociados a la migración incluyen:

1. Los migrantes frecuentemente dejan de considerar los efectos a largo plazo de la extracción de recursos.
2. Puesto que los migrantes normalmente son pobres, suelen sobre-cultivar y degradan el ambiente en que viven.
3. Los migrantes no necesariamente tienen el conocimiento del contexto para usar la tecnología apropiada, lo que puede ser insostenible.

4. Lejos de sus familias y normas y presiones sociales, los migrantes pueden tomar decisiones arriesgadas sobre el comportamiento sexual.

- La integración del migrante puede ser igualmente importante para la protección del ambiente. Si incorporado a la comunidad, el migrante puede depender de los miembros de la comunidad para satisfacer sus necesidades de corto plazo de supervivencia, sin tomar decisiones insostenibles que ponen en peligro el ambiente. Migrantes integrados tienen más acceso a la tecnología apropiada, conocimiento local y también pueden estar bajo presión social para respetar normas.
- Algunos impactos negativos de problemas ambientales son más fuertes para las mujeres que para los hombres, sea debido a una mayor cantidad de tiempo asignada a tareas tradicionales, consecuencias a la salud para las mujeres y sus hijos, o aun debido a una diferente susceptibilidad a algunos factores ambientales y sus consecuencias en la salud. Otros efectos ambientales son más fuertes en los hombres, particularmente algunos tipos de cáncer relacionados al ambiente y enfermedades músculo-esqueletales.
- La participación plena de las mujeres como administradoras es esencial para la realización del desarrollo sostenible porque se argumenta que la mujer suele practicar una agricultura sostenible. Los hombres suelen estar dedicados a cultivos comerciales (usualmente monoculturas), mientras que las mujeres suelen ser responsable por culturas de subsistencia. Mientras que eso describe de una manera adecuada los roles de género en muchas partes del mundo, algunas eco-feministas han ido más allá, defendiendo que las mujeres tienen una relación privilegiada con la naturaleza que proviene del cuidado, la crianza, el sustento y atributos no-violentos, que son considerados innatos a las mujeres, lo que les dispondría a conservar el ambiente. Eso contradice el mismo concepto de género, en el sentido que, si la biología determina la relación de hombres y mujeres con la naturaleza, también determinaría los roles de género universales e innatos.
- Aun cuando las mujeres afectan el ambiente diferentemente, ese impacto puede ser relevante a nivel local, pero no necesariamente en escala global. Algunos estudios demuestren que la mujer suele expresar niveles más altos de preocupación con el ambiente, pero eso no necesariamente se aplica a problemas globales del ambiente. Debido a su consumo más alto, los países con menores brechas entre los géneros en realidad se caracterizan por altos niveles de agotamiento de los recursos y degradación ambiental.
- Para promover un uso sostenible del espacio desde la perspectiva poblacional, es importante identificar poblaciones en riesgo de ser víctimas de desastres naturales. El analista debería investigar las conexiones entre riesgo y condición socioeconómica, aun cuando algunos estudios indican que la noción de riesgo cambia según el grupo social y también al pasar del tiempo.
- Los gobiernos de ALC siempre resistieron a la migración rural-urbana, forzando los migrantes a ocupar tierras marginales, ecológicamente frágiles o peligrosas.

Esas opciones deben de agotarse en el futuro y podrán contribuir aún más a la degradación ecológica de las ciudades, a causa de la migración rural-urbana. Si los gobiernos intentan proveer servicios mínimos, debido a la falta de planeamiento, locación inadecuada, falta de acceso a las carreteras y condiciones miserables, los costos podrán subir.

- Las áreas metropolitanas suelen estar sujetas de serios riesgos de desastres naturales debido al crecimiento urbano desorganizado. Asentamientos humanos en los alrededores de las ciudades contribuyen a la degradación ambiental de ecosistemas y de biomas sin protección. Las familias más pobres son más propensas a ser víctimas de desastres naturales porque viven en viviendas más precarias sin infraestructura o servicios públicos.

3. Población y acceso a agua potable y saneamiento básico

- Los países de ALC están expandiendo la cobertura de agua potable. La región debería estar en una situación favorable para ultrapasar la Meta ODM de 92%. Sin embargo, existen diferenciales en términos de la distribución urbana-rural que muchas veces favorecen el primero en perjuicio del segundo.
- No solamente hay diferencias entre situaciones urbanas y rurales, sino también entre ciudades. Se argumenta que la situación del agua y saneamiento es peor en pequeños centros urbanos, especialmente los que tienen menos de 100,000 habitantes.
- La administración en larga escala y la provisión de servicios con la cooperación pública-privada y la participación comunitaria pueden ayudar a reducir el costo de la oferta y aumentar la posibilidad de recuperar los costos.
- En el caso de Brasil, el déficit de acceso al agua y servicios de saneamiento es peor en las áreas menos populosas de las regiones del Norte, Nordeste y Centro-Este. Para tratar esas disparidades regionales, medidas de planificación regional son imprescindibles. No solamente existen diferencias regionales, sino también sociales y raciales.
- En ALC otro grupo sub-privilegiado son los pueblos indígenas. La brecha social que los separa de la población en general no será cerrada sin políticas específicas.
- Todas las ciudades principales de ALC están enfrentando problemas en la provisión del agua, como contaminación de agua, situación que es agravada en mega-ciudades de la región. Las cuestiones de oferta también se relacionan con la distribución desigual del agua a lo largo del tiempo, con episodios periódicos de escasez de agua limitando el acceso, aun donde hay infraestructura adecuada.
- Aun cuando hay progreso en materia del agua y saneamiento, las medidas sanitarias todavía son una prioridad importante, debido a diferencias considerables de la situación entre países y áreas rurales y urbanas. De la misma manera, temas de salud y mortalidad son relacionadas al tratamiento de agua y saneamiento en la región. Puede haber disponibilidad de agua entubada, pero, si no reservada adecuadamente, crea las condiciones necesarias para la reproducción de vectores de enfermedades.

- En la región de ALC, OMS y UNICEF proyectan que hasta el 2015 el número absoluto de personas sin acceso a mejores condiciones a agua potable habrá disminuido en 25 millones y el número sin saneamiento en 24 millones. Éstas son, sin embargo, extrapolaciones basadas en tendencias actuales. Las proyecciones reales deberían considerar por lo menos dos factores causales importantes relacionados a la cobertura de sistemas de agua y saneamiento:

1. La relación de la expansión de redes de agua y saneamiento y los insumos económicos. Los países de ALC invierten 1-7% de su PNB en infraestructura. Según datos anunciados en el Tercer Foro Mundial del Agua, en Kyoto (2003), la inversión anual de los países en desarrollo en servicios de agua necesita expandir de US$ 75 billones a US$ 180 billones para realizar los Objetivos del Milenio en agua y saneamiento. En países como Brasil, donde las inversiones han caído en años recientes, se espera una disminución del crecimiento de la cobertura, mientras que lo contrario sucede en Chile.
2. La relación entre la cobertura de redes de agua y saneamiento y tendencias demográficas, tales como la redistribución de la población y cambios en las estructuras de hogares, incluyendo los impactos potenciales de factores como la segregación residencial y la movilidad intra-urbana.

- Un estudio del Brasil urbano indica que, después de controlar el ingreso per capita y la educación del jefe del hogar, así como la región geográfica y tipo de administración de la red local, la cobertura aún varía significativamente por sexo del jefe de hogar (17% más baja en hogares con jefes hombres), edad de la jefatura del hogar (aumento de 1% por cada categoría de 5 años), estado civil de la jefatura del hogar (cobertura más alta entre hogares con jefes casados), y por tamaño del hogar y de la comunidad. La cobertura es más alta entre hogares con menos de 4 miembros y en comunidades con 20,000 – 50,000 miembros.

4. La relación entre el crecimiento de la población y de los tugurios urbanos

- La incidencia de tugurios varía. América Central es la subregion menos urbanizada. Tiene la tasa más alta de crecimiento urbano y prevalencia más alta de tugurios. La prevalencia de tugurios en el Caribe es más o menos la mitad, mientras que América del Sur, con sus niveles muy altos de urbanización, se encuentra entre las dos.
- En consonancia con el aumento del proceso de urbanización en todo el mundo (la región de ALC deberá alcanzar 84.6% en el 2030), el número de residentes de tugurios sigue aumentando también. Sin embargo, las metas de los ODM son estipuladas para un período en el cual también la población crecerá. El desafío por delante consiste en reducir los tugurios urbanos mientras que crece la población. El aumento poblacional vegetativo será un factor significativo del crecimiento poblacional de tugurios en el futuro cercano. El mejor acceso a la SSR, por lo tanto, contribuiría a mejorar la calidad de vida urbana.
- El fenómeno de mega-ciudades (más de 10 millones de habitantes) es largamente conocido por los países de ALC y esa experiencia puede de hecho contribuir a las

políticas urbanas internacionales. En ALC, la urbanización masiva ha tomado lugar desde los años 50 y desde los 70 la urbanización ha aumentado 240%.

- Existen diferencias espaciales dentro de las metrópolis; las áreas suburbanas normalmente enfrentan situaciones más críticas, por ejemplo en los servicios sanitarios.
- En ALC, la expansión demográfica y la urbanización no arrojaron el suficiente crecimiento económico y distribución de riquezas, lo cual condujo a la formación de tugurios. En particular, políticas de tierra y vivienda han fallado en proveer viviendas asequibles a los pobres urbanos.
- La distribución espacial de las personas es también importante cuando se analizan los servicios y programas sociales y la eventual necesidad de transporte. Los costos del transporte son altos para los pobres lo que puede virtualmente rendir esos servicios y programas inaccesibles. La mala distribución espacial de los servicios es un fenómeno común, por ejemplo: las escuelas en áreas con una alta concentración de adultos mayores, así como servicios para ellos en las regiones con más niños.
- Barrios más pobres frecuentemente se localizan cerca de instalaciones de desechos, industrias que contaminan y otros riesgos a salud, enfrentan riesgos ambientales y no necesariamente tienen acceso a servicios sociales.
- No obstante, los habitantes de tugurios normalmente viven en mejores condiciones que los pobres rurales, porque tienen mejor acceso a servicios públicos y enfrentan menos obstáculos. Poblaciones de tugurios pueden también tener acceso a considerable movilidad social y económica. En un seguimiento de algunas favelas de Río de Janeiro, se encontró 30 años más tarde que dos tercios de los habitantes que fueron localizados trasladaron para proyectos de vivienda formal o barrios regulares; 18% de los niños habían completado la educación universitaria.
- Aunque son comúnmente confundidos, los pobres urbanos y los habitantes de tugurios no son términos sinónimos.
- Como los ODM son interrelacionados, los esfuerzos sobre la Meta 11 tendrían un efecto de desborde en la pobreza, tanto rural cuanto urbana.
- Aunque la migración ha sido importante históricamente, los altos niveles recientes de migración rural-urbana e interregional han bajado en la región de ALC. Para 2005, solamente tres países en la región tenían más de la mitad de su población viviendo en áreas rurales. Visto en conjunto, eso significa que el stock de emigrantes potenciales se ha reducido y que las olas de migrantes del siglo 20 no se repetirán.
- Eso también es causado por una reducción en la fecundidad, a partir de la absorción de las normas y comportamientos urbanos por parte de los migrantes, de forma que los pobres urbanos también terminan por tener menos hijos. En el presente, la fecundidad en los tugurios urbanos suele ser intermediaria entre áreas rurales y urbanas no-tugurios. Sin embargo, el crecimiento de los tugurios como porcentaje de la población total de ciudades como São Paulo y Río de Janeiro ha seguido sin disminución.

- De esa forma, aunque la migración es históricamente importante, mucho del crecimiento actual de los tugurios es provocado por otros factores, tales como sub- o desempleo, un difícil mercado de viviendas, y ningún acceso a crédito razonable para la construcción.
- Con un crecimiento poblacional menos intenso, inversiones en ciudades medianas parecen más viables. La migración se está dirigiendo a ciudades más pequeñas, donde planificadores creen que el crecimiento será más fácil de administrar.

5. Una nueva Meta bajo el ODM 7: la protección de la biodiversidad

- Una nueva Meta introducida, la protección de la biodiversidad, se dirige al proceso de extinción, acelerado por las actividades humanas.
- Algunas estimaciones sugieren que la población humana sería 1/30 de la presente sin la adopción de la agricultura. La población humana, el consumo y tecnología están alterando los procesos globales biofísicos y atmosféricos de manera que 2-13% de las especies del mundo podrían volverse extintas entre 1990 y 2015. Ese número puede aumentar debido a la acción de enfermedades, la polución, la cosecha exagerada y el cambio climático inducido por el hombre.
- Problemas ambientales asociados a los otros temas del ODM 7 también pueden causar la pérdida de la biodiversidad. Se dice que la migración, por ejemplo, perjudica más que el crecimiento poblacional vegetativo, en el caso del deforestación que, en sí mismo, contribuye a la pérdida de la biodiversidad.
- La explotación exagerada, la introducción de especies invasivas, y la alteración de hábitat son las principales causas de pérdida de biodiversidad. El movimiento de la población humana (por medio de viajes o migración) propaga especies "invasivas" o "alienígenas" que alcanzan a reproducirse en un nuevo ambiente, en competencia con las especies nativas por recursos y muchas veces superándoles. La alteración de hábitat es la causa más significativa de la reducción global de especies; como el hábitat mengua, también disminuye la posibilidad de las especies de moverse y migrar. Si los patrones climáticos cambian, las plantas y animales no pueden cambiar de territorio como antes lo hacían, estando más vulnerables a la extinción.
- La Convención para la Diversidad Biológica, que entró en fuerza en 1993, busca conservar la diversidad biológica y promover el uso sostenible del espacio con una distribución igualitaria de los beneficios. Temas de población han sido tratados en el contexto de los límites a la residencia y actividades económicas en áreas oficialmente protegidas, que han crecido en número desde 1992. Algunos países de la región han regulado esas áreas con sistemas y legislación de forma a aumentar la protección ambiental.
- Durante la próxima década se presenciará en la región de ALC esfuerzos para expandir la protección de la diversidad biológica por medio de la creación de áreas protegidas adicionales, así como la regulación de las ya existentes.

ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

La responsabilidad primaria para el alcance de los 7 ODM anteriores se sitúa con los Estados en desarrollo. La Declaración del Milenio, sin embargo, es más que esto: también representa una asociación global para el desarrollo. Para que los países pobres alcancen todos los Objetivos, es imperativo que los países desarrollados también contribuyan con más cooperación en general, sea por medio de la Asistencia Oficial de Desarrollo (AOD) o por acuerdos internacionales, además de alivio de la deuda y reglas justas de comercio.

El ODM 8 no fue estructurado de una forma que integre una perspectiva de población. El único indicador que involucra a un factor demográfico – Indicador 45, la Tasa de desempleo de jóvenes de 15-24 años, cada sexo y total – has sido transferido al ODM 1, dentro de la nueva Meta de trabajo decente para todos. Por lo demás, solamente uno de los indicadores se relaciona indirectamente con la SSR – Indicador 46, Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable. Es de esperar que un asunto tan apropiado para la intervención multilateral de políticas como lo es la migración internacional (con temas como diásporas, fuga y ganancia de cerebros, etc.) hubiera encontrado su camino hacia el ODM 8, pero desafortunadamente eso no sucedió.

La AOD es un medio importante de cooperación internacional para el logro del desarrollo. Sin embargo, más allá de la circunstancia de que sólo cinco países cumplen con la norma de 0.7% del PIB establecida en la Conferencia de Monterrey, la AOD no cumple con sus demandas. Sin recursos suficientes de la AOD o acceso más barato a medicamentos esenciales económicamente accesibles, también es difícil para los países en desarrollo asegurar medicamentos y suministros de SR necesarios para la prevención de de embarazos y nacimientos. Aunque un tratamiento completo de los varios asuntos de cooperación internacional que pertenecen al ODM 8 está más allá de los objetivos del documento actual, lo siguiente hará una breve discusión de algunos aspectos relacionados con la población de los siguientes temas:

8.1. La asistencia oficial de desarrollo (AOD) y los temas de población
8.2. Medicamentos y suministros de SR – Meta 17
8.3. Acuerdos internacionales sobre migración
8.4. Acuerdos internacionales sobre remesas

8.1. La asistencia oficial de desarrollo (AOD) y los temas de población

Desde la fundación de las Naciones Unidas, la AOD es un instrumento de la mayor importancia para la cooperación internacional y el desarrollo.

> *"En la Conferencia Internacional sobre el Financiamiento para el Desarrollo en Monterrey, la comunidad internacional acordó que la AOD debe complementar los flujos de inversión privada necesarios para lograr los ODM y otras metas de desarrollo internacionalmente consensuadas. El principio de la co-financiación internacional para estrategias de desarrollo nacional se operacionalizó en la Cumbre Mundial del 2005, donde los países resolvieron 'implementar estrategias nacionales de desarrollo comprensivas para lograr las metas y objetivos de desarrollo internacionalmente consensuados, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio.'" (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 97)*

Como se notó bajo ODM 1, casi la mitad de los pobres extremos y más de la mitad de los pobres de la región de ALC viven en Brasil, Colombia y México (basado en datos del *Informe de Desarrollo Humano* 2005 del PNUD). Esta distribución, sin embargo, es muy diferente de la distribución de la AOD en la región. Según el BID (2005: Figura 10), Brasil y México conjuntamente tienen 49.24% de los pobres de la región, pero reciben solamente 7% de la asistencia de desarrollo. Machinea y Uthoff (2005) notan que, mientras que sólo 4% de la población de la región de ALC viven en países contemplados en la iniciativa de países pobres altamente endeudados (HIPC), un 42% adicionales de la región viven en condiciones muy semejantes, pero en países que no forman parte del programa.

Un tema que ha recibido atención dentro del marco de la AOD es el de población y SSR – más espeíficamente después de la CIPD, la primera conferencia internacional en la cual se estimaron los recursos necesarios para lograr el plan de acción acordado. El trabajo hecho por Bernstein y Juul Hansen (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006) provee un análisis detallado del rol de las estrategias nacionales de SSR, para realizar ODM 8. Como ellos explican, la CIPD incluyó cuatro componentes: planificación familiar, SR, ITS y VIH/SIDA, e investigación básica.

> *"Los gastos totales estimados para todos los componentes fueron US$ 17.0 mil millones (en US$ de 1993) para el 2000 (Naciones Unidas, 1994, Párrafo 13.15). Se esperaba que dos tercios de los gastos serían desembolsados por los propios países en desarrollo, mientras que el otro tercio sería provisto por fuentes externas tales como los países donantes." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 97)*

Sin embargo, con la excepción de la planificación familiar, todos los componentes se subestimaron y los recursos proyectados por la CIPD no fueron suficientes para los fines que se pretendían. Los costos estimados para el componente de VIH/SIDA eran bajos porque solamente cubrían elementos seleccionados de prevención y no incluían el tratamiento y apoyo. Los costos estimados para SR también fueron bajos, debido a que se consideraron solamente los servicios de maternidad segura. Los recursos para datos y necesidades de políticas también fueron conservadores.

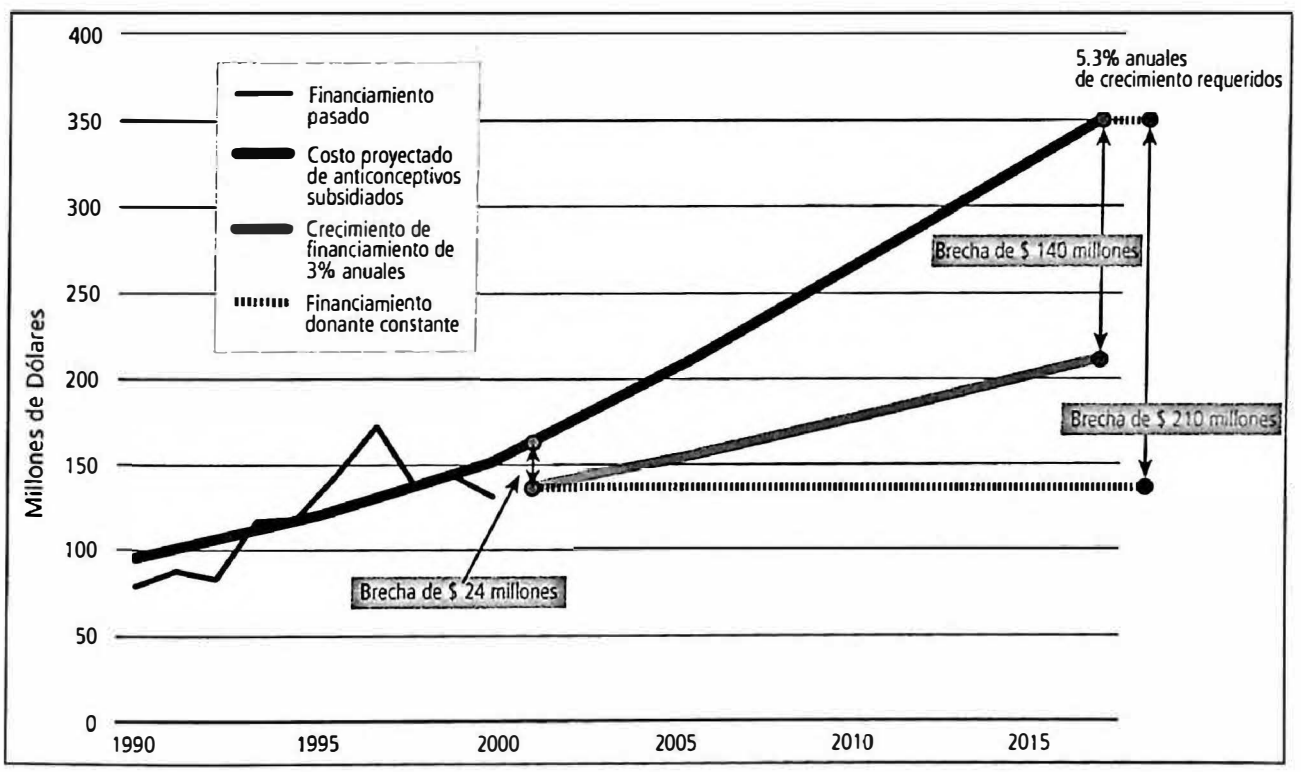
> *"Es posible obtener sólo una idea aproximada de los recursos disponibles y necesarios para esto, incluso para la salud reproductiva. En 2003, 4.5% del total de AOD fue atribuido a asistencia en población, un incremento en relación a los 3.7% en 2002*

(UNFPA, 2005 b). El financiamiento por parte de los donantes fue de US$ 3.2 mil millones en 2002, US$ 4.7 mil millones en 2003, US$ 4.5 mil millones en 2004 y proyectado para alcanzar los US$ 6.4 mil millones en 2005 (UNFPA, 2005 b)." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 98)

Es cierto que la AOD ha experimentado un aumento en las actividades de población, pero esto se debe en gran medida al mayor flujo de recursos hacia iniciativas de VIH/SIDA. Al mismo tiempo, el financiamiento para servicios de SSR ha disminuido entre 1999 y 2005 (de 30% a 28%), mientras que la planificación familiar como proporción de la asistencia total en población se redujo de 55% en 1995 a 11% en 2003. Sólo cinco pa'ses donantes dieron más de 4% de su AOD a actividades de población acordadas en la CIPD (Finlandia, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega y los EEUU).

De forma semejante, ha sido señalado que, si los gastos con el combate del SIDA son restados del conjunto de gastos en salud, el apoyo de los donantes para la salud en realidad ha estado en descenso en los últimos años y que no hay una clara vinculación entre la asistencia de los donantes a áreas específicas de salud y su peso relativo en la carga conjunta de enfermedades (MacKellar, 2005).

Gráfico 8.1: Financiamiento donante de suministros comparado con las necesidades proyectadas



Fuente: Population Action International, 2001: Figure 9

"Los programas de población y salud reproductiva han quedado atrás en los países menos desarrollados, con sus niveles elevados de mortalidad y fecundidad no deseada. Ellos se beneficiarán más de la asistencia internacional ampliada y condonación de

la deuda y de recursos nacionales para salud y educación – y su uso efectivo. Ellos requieren de precios accesibles para los medicamentos esenciales de tratamiento del VIH/SIDA, malaria y tuberculosis y de un suministro seguro de anticonceptivos" (UNFPA, 2002 a).

Hoy día, las remesas internacionales son el segundo mayor componente de flujos financieros hacia los países en desarrollo, sobrepasando la AOD y sólo quedándose atrás de la inversión extranjera directa. Como se menciona en el Capítulo I, la cifra mundial preliminar para las remesas en 2005 es de 232.3 mil millones (OIM, 2006). En la región de ALC, alcanzaron los US$ 56.4 mil millones en 2005, por lo cual sobrepasaron tanto la asistencia oficial de desarrollo como la inversión directa desde el exterior.[1]

Concluyendo, las disposiciones de la CIPD no se están cumpliendo y tampoco el parámetro de la Conferencia de Monterrey de 0.7% del PIB destinado a la AOD, que actualmente sólo cinco países cumplen (Dinamarca, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega y Suecia).

Cuadro 8.1: AOD neta como porcentaje del Ingreso Nacional Bruto de los donantes OCDE/DAC

País	1994	2004
Alemania	0.33%	0.28%
Australia	0.34%	0.25%
Austria	0.17%	0.23%
Bélgica	0.32%	0.41%
Canadá	0.43%	0.27%
Dinamarca	1.03%	0.85%
EEUU	0.14%	0.17%
España	0.28%	0.24%
Finlandia	0.31%	0.35%
Francia	0.62%	0.41%
Grecia	---	0.23%
Irlanda	0.25%	0.39%
Italia	0.27%	0.15%
Japón	0.29%	0.19%
Luxemburgo	0.40%	0.83%
Nueva Zelanda	0.24%	0.23%
Noruega	1.05%	0.87%
Paises Bajos	0.76%	0.73%
Portugal	0.34%	0.63%
Reino Unido	0.31%	0.36%
Suecia	0.96%	0.78%
Suiza	0.36%	0.41%

Fuente: http://mdgs.un.org

Es cierto que la AOD ha alcanzado un volumen bruto nunca antes visto; sin embargo, sigue bajo como proporción del PIB de los países donantes; en 1990 era aproximadamente 0.32%, cayendo para cerca de 0.22% en 1997 y alcanzando 0.25% en 2003 (Naciones

1 Véase http://www.iadb.org/mif/remittances/index.cfm (consultado por última vez en mayo 2007).

Unidas, 2005). El aumento se debe predominantemente al alivio de la deuda y a asistencia emergencial (Naciones Unidas, 2005), ninguna de las cuales tiene una importancia mayor en la región de ALC.

8.2. Medicamentos y suministros de SR – Meta 17

Para alcanzar los ODM, es de suma importancia que se provea acceso a medicamentos esenciales a un costo razonable en los países de ALC. Con medicamentos y suministros adecuados, los embarazos y partos podrían ser mucho más seguros. Teniendo los anticonceptivos de su preferencia, las mujeres podrían embarazarse sólo cuando lo quieren, lo cual mejoraría las probabilidades de resultados favorables para ellas y sus descendientes. Con suministros adecuados de condones, ellas podrían ser mejor protegidas contra el VIH y otras ITS. Los métodos anticonceptivos, incluyendo condones, medicamentos y suministros médicos relacionados, son críticos para la SR:

> *"El proveer acceso a los medicamentos y suministros de salud reproductiva es crucial para el logro de los ODM y para la mejoría de la salud en los países en desarrollo. El acceso a los suministros de salud reproductiva debe ser mantenido o provisto, cuando no hay. En la ausencia de estos suministros, no habrá, por ejemplo, anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y la transmisión de ITS, incluyendo el VIH/SIDA; no habrá equipos para proveer un parto limpio y seguro para las madres y sus hijos; y no habrá medicamentos para tratar los ITS y condiciones maternas." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 101)*

Es importante asegurar sistemas reforzados y costo-eficientes de entrega, proveedores bien capacitados de información y servicios, creación de conciencia y actividades de información, educación y comunicación (IEC), además de estrategias y abordajes programáticos eficaces con el componente importante de Seguridad de Suministros de Salud Reproductiva (RHCS):

> *"La seguridad de suministros de salud reproductiva tiene que implica garantizar un suministro seguro y una opción de artículos como anticonceptivos (incluyendo condones), suministros de salud materna y aquellos requeridos para el tratamiento y la prevención de VIH/SIDA y otras ITS. Estos suministros deben ser provistos a poblaciones rurales y urbanas, ricas y pobres, jóvenes y mayores, y tanto a mujeres como a hombres. Es crucial que se desarrolle la capacidad nacional para garantizar modalidades sostenibles de pronóstico, logística, búsqueda de recursos, almacenamiento, monitoreo de reservas, distribución de suministros y la capacitación y manejo de recursos humanos." (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 14)*

A pesar de eso, es muy difícil para los países en desarrollo poder pagar estos medicamentos y suministros médicos. Por un lado, en la medida en que crecen sus demandas – por medio de actividades de concientización y empoderamiento en SSR – hay que garaantizar la RHCS. Pero en la medida en que el éxito de actividades promocionales se traduce en mayor demanda, el costo de la provisión de medicamentos y suministros médicos esenciales también crece. El costo de los suministros (para períodos quinquenales) para la región de

ALC se estimaba en cerca de US$ 1,440 millones entre 2001-2005, cambiando para US$ 1,712 millones durante el período de 2006-2010 y finalmente para US$ 1,990 millones en 2011-2015. Disagregando estas cifras, la estimación para el período de 2006-2010 sería de US$ 573 gastos en anticonceptivos, US$ 156 millones en condones y US$ 711 millones en medicamentos y suministros médicos. Para el período de 2011-2015, la desagregación resultaría en US$ 677 millones gastos en anticonceptivos, US$ 504 millones en condones y US$ 809 millones en medicamentos y suministros médicos (UNFPA, 2005 f: 25).

8.3. Acuerdos internacionales sobre migración

Un tema importante en lo que se refiere a los vínculos entre población y desarrollo, particularmente la migración internacional, es la cuestión de cómo los Estados pueden cooperar y también institucionalizar este comportamiento por medio del uso de acuerdos internacionales. Para finalidades de mantenimiento del desarrollo de los países industrializados y para promover una mejor calidad de vida para el mundo en desarrollo, se debe considerar la posibilidad de que los países desarrollados de Europa – con tasas de fecundidad abajo del nivel de reemplazo – puedan beneficiarse de la inmigración de personas de países más pobres, con tasas de fecundidad más altas.

> *"Las tendencias demográficas actuales en los países desarrallados y en desarrollo apuntan hacia ganancias potenciales significativas de la migración. Las fuerzas laborales en muchos países desarrollados deben de alcanzar su máximo en aproximadamente 2010 y bajar en aproximadamente 5 porciento en las próximas dos décadas, en el contexto de un incremento rápido en las razones de dependencia." (Özden y Schiff, 2006: 2)*

> *"El potencial para crecimiento en la escala de la migración de países más pobres a países más ricos es reforzado por los diferenciales demográficos. Muchos de los estados más prósperos del mundo ahora tienen niveles de fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo de 2.12 por mujer. Sus poblaciones están se reduciendo y envejeciendo, una situación que amenaza su capacidad para sostener los niveles actuales de crecimiento económico y mantener sus sistemas existentes de pensiones y seguridad social. En contraste, prácticamente todo el crecimiento de la población mundial está ocurriendo en países en desarrollo. Según la División de Población de las Naciones Unidas, las tasas estimadas de fecundidad para el período 2000 a 2005 varían de sólo 1.4 en Europa y 2.5 en América Latina y el Caribe, a 3.8 en los estados árabes y 5.4 en África Subsahariana." (CMMI, 2005: 13)*

Los mismos migrantes recibidos por los países desarrollados pueden contribuir, de varios modos, al desarrollo de sus países de origen, por medio de remesas y otros efectos del movimiento de diáspora (véase sección 4 bajo ODM 1). Mientras tanto, los países desarrollados pueden aprovechar la oportunidad de esta migración y, hasta cierto punto, dependen de ella:

> *"Mientras que muchos de los estados industrializados son cautelosos en reconocerlo, su properidad continuada dependerá en parte de la migración internacional. Muchas de*

las sociedades más opulentas del mundo tienen tasas de natalidad bajas y decrecientes y como resultado sus poblaciones están cada vez menores y más envejecidas. Como resultado, pueden encontrar dificultades para mantener sus niveles existentes de productividad económica, para sostener sus sistemas de pensiones y de seguridad social y para encontrar los cuidadores para tratar de las necesidades de una población que está envejeciendo." (CMMI, 2005: 6)

Uno de los mecanismos que han sido sugeridos en este contexto es la noción de "migración de reemplazo", para compensar el envejecimiento de la población en los países industrializados. La División de Población de las Naciones Unidas llevó a cabo un estudio acerca de ocho países relativamente grandes y dos regiones con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Ellos calcularon el monto de migración de reemplazo que sería necesario en cada uno de los países y regiones para compensar los descensos esperados en el tamaño de la población total y de la población en edades laborales, además de compensar el proceso de envejecimiento poblacional.

Se cree comúnmente que la migración hace el país receptor significativamente más joven y que políticas generosas de inmigración pueden aumentar los números en la población en edades laborales y ayudar marcadamente a reducir los costos de dependencia de la población de mayor edad. Sin embargo, estudios recientes no apoyan estas conclusiones. Estudios sobre la migración después de la Segunda Guerra Mundial (Coleman, 1995 sobre el Reino Unido y Le Bras, 1991 sobre Australia, Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Italia y Suecia) han concluido que el "efecto de rejuvenecimiento" de la migración sobre las poblaciones de los países receptores habían sido bastante modestos. Aunque la migración de reemplazo puede contribuir a rejuvenecer la población del país receptor, el número de migrantes requeridos para este fin es demasiado abrumador y, puesto que los migrantes rapidamente adoptan la tasa de fecundidad del país receptor y no tienen muchos hijos, el efecto rejuvenecedor, para la población como un todo, sería apenas una reducción marginal de la población con edades mayores de 65 años.

La tendencia conjunta del envejecimiento puede ser atenuada por la inmigración, pero no puede ser prevenida, según las conclusiones de Lesthaege et al. (1988). En el caso de los EEUU, la investigación indica que la inmigración no es una solución realista al envejecimiento demográfico (Coale, 1986; Espenshade, 1994; Day, 1996). Espenshade (1994) confirmó que la inmigración tiene relativamente poco efecto sobre la composición etaria de los EEUU en su conjunto, porque los migrantes de períodos anteriores (especialmente si tienen pocos hijos) también envejecen conjuntamente con el resto de la población.

"(...) los niveles de migración que serían necesarios para que los países no envejecieran son de magnitudes sustancialmente mayores. Para 2050, estos flujos migratorios mayores resultarían en poblaciones donde la proporción de migrantes post-1995 y sus descendientes se ubicaría entre los 59% y 99%. Niveles de migración de esta magnitud no se han observado en el pasado para cualquiera de estos países o regiones. Además, parece extremadamente improbable que tales afluencias pudieran suceder en

estos países en el futuro previsible. Por lo tanto, parece inevitable que las poblaciones de los países de baja fecundidad envejecerán rápidamente en el siglo XXI." (División de Población de las Naciones Unidas, 2000: 94)

La insuficiencia de la migración como contrapeso para el envejecimiento poblacional, y en la mayoría de los casos para el descenso poblacionbal, ha sido consolidada, además, por cuestionamientos acerca de la factibilidad de la formulación y adopción de políticas migratorias apropiadas (Wattelar & Roumans, 1991; Espenshade, 1994; McDonald & Kippen, 1999). En muchos países, volúmenes grandes adicionales de inmigrantes probablemente enfrentarían objeciones sociales y políticas serias, aun como un medio para atenuar el descenso y el envejecimiento de la población. Por lo tanto, regular el nivel y la composición de los flujos de de la migración de reemplazo, para que alcancen un tamaño o una composición etaria deseada, plantea desafíos enormes para los gobiernos que desean hacerlo.

8.4. Acuerdos internacionales sobre remesas

En la región de ALC, los temas de población, como migraciones, remesas y fuga o ganancia de crebros, también son oportunidades para que los países logren el desarrollo. Como se mencionó anteriormente, el contexto de ALC es el primero del mundo en términos de la proporción de personas que viven en países diferentes de sus países de origen. Esto significa que acuerdos internacionales relativos a estos temas pueden apoyar el proceso de desarrollo. Eso también requiere que los gobiernos de ambos los países de origen y los países receptores desarrollen criterios y reglas explícitas para guiar el proceso, en vez de manejarlo de una forma ad hoc (Böhning, 2004).

Primero, podría haber acuerdos entre los países con vistas a la reducción de los costos de transferencia de las remesas:

"Los costos de transferencia de las remesas de migrantes actualmente llegan a hasta 20% del dinero transferido. El establecimiento de canales legales efectivos para la transferencia de estos flujos financieros a un costo reducido debe ser considerado con urgencia, dentro del marco del desarrollo de un sistema financiero no-discriminatorio y previsible (Meta 12)." (Usher, 2005 a: 26)

Líderes Mundiales para la Acción contra el Hambre y la Pobreza

Un grupo diplomático organizado por los gobiernos de Brasil, Chile, Francia y España (al cual recientemente se juntó Argelia) – el Encuentro de Líderes Mundiales para la Acción contra el Hambre y la Pobreza – ha entregado propuestas políticas para financiar la reducción de la pobreza y el hambre en el mundo. Además de exigir impuestos sobre el comercio de armas, facilitar donaciones por medio de las compañías de tarjetas de crédito y la exacción de impuestos sobre pasajes aéreos, el grupo estimula la optimización de remesas internacionales. Para los intereses de este estudio, las conclusiones del

Informe del Grupo Técnico sobre Mecanismos Innovativos de Financiamiento (2004) recomiendan la reduction de los costos de transferencias, la democratización del acceso a los servicios financieros y el estímulo a la inversión de remesas en actividades productivas – observaciones que también se encuentran en los MDGR de México (2004) y El Salvador (2004). No sólo el acceso a los servicios financieros podría hacer la recepción de las remesas más fácil para los miembros de las familias, como la escala de las remesas podría fortalecer el acceso a sistemas financieros para los más pobres, especialmente en áreas rurales.

> *"Una estrategia para generalizar los beneficios da las remesas es la promoción de la inversión en micro-empresas y otras iniciativas que generan empleo; los flujos hacia las familias de emigrantes podrían servir para mejorar el acceso de dichas familias a financiamientos adicionales, en términos razonables, a partir de los sistemas financieros nacionales." (Acción contra el Hambre y la Pobreza, 2004: 56)*

El MDGR de México (2004) señala que el gobierno ha estado desempeñado en facilitar el recibimiento de remesas por inmigrantes y su acceso a servicios bancarios por medio de la identificación consular. Alternativamente, para los emigrantes, las autoridades mexicanos han estado estimulando las instituciones financieras a cortar los costos de las transacciones. Se estima que las tasas de transacción entre Los Angeles y la Ciudad de México bajaron de 10% a 3.9% entre 1999 y 2004. El Programa *Red de la Gente* ha estado prestando asistencia a los clientes para diversificar los receptores de sus transferencias de dinero. México es un caso particular en el sentido de que cumple con el doble rol de ser un país de origen y de destino de migrantes, con aproximadamente 15% de su población en edad laboral en los EEUU.

Este movimiento también genera otros fenómenos, tales como diásporas y, en este contexto, levanta el asunto de "diásporas digitales", como una forma de cooperación sobre nuevas tecnologías.

> *"La Meta 18 menciona la significancia de una cooperación estrecha con el sector privado para disponibilizar los beneficios de nuevas tecnologías. Las diásporas siempre han cumplido un rol importante en términos de conocimiento y transferencia de tecnología entre los países de origen y destino, y sus redes pueden ser 'la base de sociedades de negocios, comercio y flujos de inversión.' Esta transferencia puede ser efectuada en la forma de retornos o por un abordaje virtual, por ejemplo portales de web por medio de los cuales se puede compartir conocimientos entre diásporas profesionales y sus contrapartes en el país de origen. Las 'diásporas digitales' han surgido recientemente como tópico de discusión entre académicos y formuladores de políticas, y algunas diásporas han cumplido un rol crucial en la promoción de la presencia y uso de Technologías de Información y Comunicación en los países de origen, ayudando de esta forma a cerrar la 'brecha digital'."*
>
> *"Muchas veces, los miembros de diásporas han adquirido el conocimiento necesario para establecer y manejar sus propias empresas y están en diálogo con la cultura y*

los negocios de tanto su país de origen como el país de destino. Consecuentemente, ellos pueden contribuir al desarrollo del sector privado en sus países de origen, sea por medio del establecimiento de sus propias empresas o por la inversión, la provisión de capacitación o la transferencia de conocimiento a los países de origen. Debido a sus contactos con socios potenciales de negocios en los países de destino, ellos pueden establecer un vínculo entre compañías y facilitar el comercio." (Usher, 2005 a: 26)

En conclusión, las diásporas, como resultado del movimiento migratorio, pueden estar sujetas a acuerdos internacionales, entre los países de origen y destino, para mejorar los resultados de desarrollo de aquellos en los países de origen.

"El potencial para el desarrollo por medio de las redes globales de diáspora e iniciativas transnacionales sólo se está comenzando a entender. Una cooperación estrecha entre el sector privado y tanto los países de origen y destino puede contribuir al establecimiento de una asociación global para trabajar exitosamente hacia el logro de los ODM." (Usher, 2005 a: 27)

IDEAS PRINCIPALES SOBRE ODM 8:

Conclusiones generales

- Uno de los medios más importantes de la cooperación internacional, la Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD), debería estar garantizada en por lo menos 0.7% del PNB como propuesto en Monterrey. La AOD debe ser mejor focalizada, puesto que solamente 4% de la población de ALC está cubierta por la iniciativa de los Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC), mientras que otros 42% viven en condiciones similares pero no son cubiertos.

1. La Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD) y los temas de población

- Un tema que merece atención en la AOD es la población y la SSR. Sin embargo, los cuatro componentes incluidos en la CIPD fueron subestimados y los recursos fueron insuficientes para alcanzar los resultados deseados.
- Aunque la AOD en actividades poblacionales ha crecido, eso se debe principalmente al alto flujo de recursos a las iniciativas de VIH/SIDA. Solamente cinco países han dado más de 4% de la AOD a actividades de población, como acordado en El Cairo: Finlandia, Luxemburgo, Holanda, Noruega y los EEUU. Sin contar la AOD para el SIDA, el apoyo de los donantes en salud, en realidad, ha bajado en años recientes.
- La AOD no responde a sus demandas, ni responde a las provisiones de la CIPD, ni alcanza el parámetro de 0.7% de la Conferencia de Monterrey. Las remesas internacionales, por otro lado, alcanzaron US$ 56.4 billones en 2005, ultrapasando la AOD y las inversiones directas al extranjero (IDE). Aun cuando la AOD ha alcanzado el volumen más alto de la historia, continúa baja como proporción del PNB, y sigue por detrás de la proporción de la AOD que era común en los años 90.

2. Medicamentos ensenciales para la salud reproductiva y su abastecimiento

- Proveer acceso a medicamentos de salud SR y su abastecimiento es crucial para la realización de los ODM. Sistemas costo-efectivos de entrega deben ser organizados, dotados de proveedores bien capacitados de información y servicios, actividades de sensibilización e información, educación y comunicación, estrategias efectivas de programas con componentes de seguridad de productos de SR.
- Es muy difícil para los países en desarrollo pagar esos medicamentos y material médico. Los gastos con mercancías siguen creciendo, debido a la creciente demanda y los altos costos de ofrecerles. El costo de las mercancías (para períodos de 5 años) para la región de ALC fue estimado en aproximadamente US$ 1440 millones entre 2001-2005, subiendo para US$ 1712 millones en el período de 2006-2001 y finalmente para US$ 1990 millones en 2011-2015.

3. Acuerdos internacionales sobre la migración como instrumentos para alcanzar ODM 8

- Tanto los países europeos – con tasas de fecundidad por debajo del reemplazo – como los países en desarrollo de alta fecundidad pueden beneficiarse de la migración de personas provenientes de estos últimos. Eso puede contribuir a mantener el desarrollo de los países industrializados y también a promover una mejor calidad de vida para el mundo en desarrollo (por las remesas y efectos de diáspora).
- Considerada como un mecanismo para contrastar al envejecimiento de los países desarrollados, la migración de reemplazo, parece irrealista debido a sus impactos modestos. El número de migrantes necesario para alcanzar el resultado deseado sería demasiado grande y tendría un resultado marginal en reducir la proporción de las personas con 65 años o más de edad, porque los migrantes suelen adoptar la tasa de fecundidad del país de destino.
- La migración puede no ser la única solución para contrarrestar el problema del envejecimiento de la población en países en desarrollo pero puede ayudar y también facilitar el desarrollo de los países en desarrollo. Los gobiernos deberían intentar regular el nivel y la composición de la migración de reemplazo para alcanzar el tamaño deseado de la población o estructura etaria, considerando también las necesidades de los países de origen de la migración.

4. Acuerdos internacionales sobre las remesas y la cooperación en nuevas tecnologías

- La migración puede conducir a remesas y la región de ALC – la primera en el mundo en el porcentaje de personas viviendo en países otros que sus países de origen – puede beneficiarse de eso. Sin embargo, sería importante tanto para los países de origen como de destino elaborar acuerdos para reducir los costos de transferencia de las remesas.

- El grupo diplomático Líderes Mundiales para la Acción contra el Hambre y la Pobreza presentó una serie de propuestas para financiar la reducción de la pobreza y el hambre en el mundo, entre las cuales la optimización de las remesas internacionales por medio de: la reducción de sus costos, la democratización del acceso a servicios financieros y el incentivo a la inversión de las remesas en actividades productivas. Eso podría facilitar la recolección de las remesas para miembros de las familias, aumentar la escala y fortalecer el acceso de los más pobres a los sistemas financieros.
- El gobierno mexicano ha facilitado la recolección de las remesas por los migrantes y el acceso a los servicios bancarios con la identificación consular. Las autoridades mexicanas también han estimulado las instituciones financieras a reducir los costos de las transacciones.
- La migración también genera otros fenómenos como las diásporas digitales que pueden ser útiles en la cooperación para nuevas tecnologías, por ejemplo con la promoción de la presencia y uso de ICT en los países de origen. Eso también puede ser importante para el sector privado, con el establecimiento por migrantes de sus propios negocios, inversiones o entrenamiento, y transferencia de conocimiento para los países de origen. Una cooperación estrecha entre el sector privado y los países, tanto los de origen como los de destino, puede contribuir al establecimiento de una cooperación global para trabajar con éxito para el alcance de los ODM.

Referencias

AbouZahr, Carla y Elizabeth Åhma n. 1998. "Unsafe abortion and ectopic pregnancy". En: Christopher J. L. Murray y Alan D. Lopez (eds.). *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge MA, Harvard School of Public Health / WHO / World Bank.

Abramo, Laís; Silvia Berger y Hector Szretter. 2005. *Metodología para estimar el costo laboral por sexo.* Ginebra, OIT, Declaración Relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo.

Abreu, Anabela Garcia; Isabel Noguer y Karen Cowgill. 2003. *HIV/AIDS in Latin American countries: the challenges ahead.* Washington DC, World Bank, Health, Nutrition, and Population Series.

Acharya, A. 2004. "Fertility and wellbeing in developing countries: health and development impacts of family planning". Washington DC, Futures Group: 1-16.

Acosta, Alberto. 2005. El aporte de las remesas para la economía ecuatoriana. Paper presented at the Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean, Mexico City, Nov. 30 – Dec. 2. New York NY, UN Population Division, UN/POP/EGM-MIG/2005/08.

Acreman, Michael. 1997. "Overviews: principles of water management for people and the environment". En: Population Reference Bureau / IUCN / USAID. 1997. *Water and population dynamics: local approaches to a global challenge.* Washington DC, PRB.

Action Against Hunger and Poverty Technical Group. 2004. *Report of the Technical Group on Innovative Financing Mechanisms*: www.mre.gov.br/ingles/politica_externa/ temas_agenda/ acfp/Report-final%20version.pdf.

Adams, Orvill y Barbara Stilwell. 2004. "Health professionals and migration". *Bulletin of the World Health Organization* 82 (8): 559-636.

Adams, Richard H. y J. Page. 2003. *International migration, remittances and poverty in developing countries*. Washington DC, World Bank Policy Research Working Paper 3179.

Adams, Richard H., 2006. "Remittances, poverty and investment in Guatemala". En: Çağlar Özden y Maurice Schiff (eds.). *International migration, remittances and the brain drain*. Washington DC, World Bank / Palgrave Macmillan: Ch. 2.

Addleton, J. S. 1992. *Undermining the Centre: the Gulf Migration and Pakistan.* Karachi, Oxford University Press.

Adioetomo, Moertiningish et al. 2005. *Policy implications of age-structural changes.* Paris, CICRED Policy Paper 1.

Agrawal, R. y A. Horowitz. 2002. "Are international remittances altruism or insurance? Evidence from Guyana using multiple-migrant households". *World Development* 30 (11): 2033-2044.

Aguirre, Rosario. 2003. Procesos de empobrecimiento y desigualdades de género: desafíos para la medición. Paper presented at the ILO/ECLAC Expert Meeting on Poverty and Gender, Santiago, August 12-13.

Ahlburg, Dennis A. 1994. "Population growth and poverty". En: R. Cassen (ed.). Population and development: old debates, new conclusions. Washington DC, Overseas Development Council: 127-147.

Ahlburg, Dennis A. 2000. *The economic impacts of tuberculosis: Stop TB Ministerial Conference background note.* Ginebra, WHO/CDS/STB.

Ahlburg, Dennis A. 2002. "Does population matter? A review essay". *Population and Development Review* 28 (2): 329-350.

Aide, T. Mitchell y Ricardo Grau. 2004. "Globalisation, migration, and Latin American ecosystems". *Science* 305 (5692): 1915-1916.

Aiken, Linda H.; James Buchan; Julie Sochalski; Barbara Nichols y Mary Powell. 2004. "Trends in international nurse migration". *Health Affairs* 23 (3): 69-77.

Alan Guttmacher Institute. 1994. *Women and reproductive health in Latin America and the Caribbean.* [Women, Families and the Future]. New York NY, Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1996. *Risks and realities of early childbearing worldwide. En: Issues in Brief.* New York NY, Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1998 a. Family planning improves child survival and health. *Issues in Brief, http://www.guttmacher.org/pubs/ib20.html.*

Alan Guttmacher Institute, 1998 b. *Into a new world: young women's sexual and reproductive lives. Reports, http://www.guttmacher.org/pubs/new_world_engl.html.*

Alan Guttmacher Institute. 2002. Family planning can reduce high infant mortality levels. *Issues in Brief 2, http://www.guttmacher.org/pubs/ib2-02.*

Alan Guttmacher Institute. 2005. An overview of clandestine abortion in Latin America. *Issues in Brief, http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.html.*

Alarcón, Diana; José A. Mejía y Eduardo Zepeda. 2006. Millennium Development Goals (MDGs) in Latin America: beyond the averages. Presented at the IADB/IPC/DFID/ IPEA Workshop on The Millennium Development Goals: beyond Averages, Brasília DF, Oct. 9-11.

Alarcón, R. 2002. The development of Hometown Associations in the United States and the use of social remittances in Mexico. Tijuana, Colegio de la Frontera Norte.

Aldaz-Carroll, Enrique y Ricardo Moran. 2001. "Escaping the poverty trap in Latin America: the role of family factors". Cuadernos de Economía 38 (114): 155-190.

Alderman, Harold y Jere R. Behrman. 2004. *Estimated economic benefits of reducing low birth weight in low-income countries*. Washington DC, World Bank, HNP Discussion Paper.

Allen, C. F.; M. Edwards; L. M. Williamson; W. Kitson-Piggott; H. Wagner; B. Camara y C. J. Hospedales. 2006. "Sexually transmitted infection service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 43 (1): 96-101.

Allen, J. y D. F. Barnes. 1985. "The causes of deforestation in developing countries". *Annals of the Association of American Geographers* 75 (2): 163-184.

Allen, L. H. 2000. "Anaemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome". *American Journal of Clinical Nutrition* 71, supplement: 1280-1284.

Allison, C.; K. C. Cheong y L. Yap. 1989. *Rapid population growth in Pakistan: causes and consequences*. Washington DC, World Bank, Report 7522-PAK.

Alvarenga, Ligia. 2002. *A cinco años de la reforma de pensiones en El Salvador y su impacto en la equidad de género*. Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 43.

Álvarez, Eduardo. 2001. *Pathways to accessibility: disability and the physical environment in Latin America and the Caribbean*. Washington DC, IADB, Sustainable Development Department.

Alves, Denisard y Walter Belluzzo. 2005. *Child health and infant mortality in Brazil*. Washington DC, Research Network Working Paper R-493.

Amal, S. H. et al. 1997. *Family planning and women's empowerment: challenges for the Indonesian family*. Research Triangle Park NC, Family Health International.

Amaral, Ernesto F. L.; Eduardo L. G. Rios-Neto; Daniel S. Hamermesh y Joseph E. Potter. 2007. Age and education in the course of development: does composition matter? Paper presented at the 2007 Annual Meeting of the PAA, New York NY.

Amuedo-Dorantes, Catalina y Susan Pozo. 2002. Remittances as insurance: evidence from Mexican migrants. Paper presented at the Northeast Universities Development Consortium Conference, Williamstown MA, July 24.

Andalaft, J. y Aníbal Faúndes. 2001. "Sexual violence and the response of the health sector in Brazil". *Gender violence, health and rights in the Americas Symposium 2001*. Cancún, México.

Andersen, Lykke E. 2000. *Social mobility in Latin America*. La Paz, Instituto para Investigación Socioeconómica, Universidad Católica Boliviana, Documento de Trabajo 03/2000.

Andersen, Lykke E. 2004. *Proyecciones de población y pobreza para Nicaragua 1995-2015*. México DF, EAT/UNFPA.

Anderson, Hilary. 2004. "Missing links: gender equality, the MDGs, and the International Conference on Population and Development". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Anderson, Hilary; Karen Marcovici y Kathleen Taylor. 2002. *The UNGASS, gender and women's vulnerability to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean.* Washington DC, PAHO, Women, Health and Development Program.

Anderson, Patricia. 2000. *Labour market study of Jamaica.* Washington DC, World Bank.

Ando, A. y Franco Modigliani. 1963. "Hypothesis of saving: aggregate implications and tests". *Economic Review* 53: 55-84

Andrade-Eekhoff, Katherine. 2003. *Mitos y realidades: impacto económico de la migración en los hogares rurales.* San Salvador, FLACSO.

Antón, Danilo J. 1996. *Ciudades sedientas: agua y ambientes urbanos en América Latina.* Ed. CIID / Ed. Nordan / UNESCO.

Arenas de Mesa. 1999. El Sistema de pensiones en Chile: Resultados y desafíos pendientes. Paper presented at the Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de la Tercera Edad. Seminario Técnico. Santiago de Chile, September 8-10.

Argentina. 2003. *Objetivos de Desarrollo del Milenio Argentina - la oportunidad para su reencuentro.* Buenos Aires, Oficina del Presidente.

Argentina. 2005. *Millennium Development Goals: a commitment for poverty eradication, social integration and non-discrimination purposes.* Buenos Aires, Office of the President.

Ariza, Marina. 2000. *Ya no soy la que dejé atrás.... Mujeres migrantes en República Dominicana.* México DF, IIS/UNAM/Plaza y Valdés Editores.

Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira. 2006. Familias, pobreza y desigualdad social en Latinoamérica: una mirada comparativa. Paper presented at the II Congress of the Latin American Population Association (ALAP), Guadalajara.

Arora, Suchit. 1999. *Health and long-term economic growth: a multi-country study.* Ohio State University, Dissertation.

Artecona, Raquel y Wendy Cunningham. 2000. *Labor market outcomes: recent trends and the role of gender in three LAC countries.* Washington DC, World Bank, LAC Region, Poverty Reduction and Economic Management Unit.

Ashford, Lori. 2003. *Unmet need for family planning: recent trends and their implications for programs.* Washington DC, Population Reference Bureau, Measure Project Policy Brief.

Asis, Maruja. 2005. "International migration and prospects for gender equality". En: UNFPA. *International Migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA: 113-123.

Askew, Ian y Marge Berer. 2003. "The contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the fight against HIV/AIDS: a review." *Reproductive Health Matters* 11 (22): 51-73.

Åsling-Monemi, Kajsa; Rodolfo Peña; Mary Caroll Ellsberg y Lars Åke Persson. 2003. "Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua". *Bulletin of the World Health Organization* 81 (1): 10-16.

Attanasio, Orazio y Miguel Székely. 2000. *Household saving in developing countries* – inequality, demographics and all that: how different are Latin America and South East Asia? Washington DC, IADB, Research Department Working Paper 427.

Attanasio, Orazio; Sagiri Kitao y Giovanni L. Violante. 2004. *Quantifying the effects of the demographic transition in developing countries.* Washington DC, IADB Working Paper.

Auerbach, Alan J. y Laurence J. Kotlikoff. 1999. "The methodology of generational accounting". En: Alan J. Auerbach; Laurence J. Kotlikoff y Willi Leibfritz (eds.). *Generational accounting around the world.* Chicago IL, University of Chicago Press: 31-41.

Ávila, María M. et al. 2002. "Two HIV-1 Epidemics in Argentina: different genetic subtypes associated with different risk groups". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 29: 422-426.

Azevedo, M. M. 2000. How many were they? How many will they be? São Paulo SP, Instituto Socioambiental. Available from http://www.socioambiental.org/pib/english/ whwhhow/ howmany/eramseraoi.shtm.

Baden, Sally y Kristy Milward. 1997. *Gender inequality and poverty: linkages, analysis and policy implications.* Brighton, University of Sussex, IDS, BRIDGE Report 30.

Bailey, Patricia y Zenilda V. Bruno. 2001. Consecuencias del embarazo y aborto entre las adolescentes del nordeste de Brasil: 1 año y 5 años después. Paper presented at the International Conference on Unwanted Pregnancy and Induced Abortion and Public Health Implications for Latin America and the Caribbean. Cuernavaca, México, Nov. 12-14.

Bajracharya, Ashish. 2003. *Socio-economic factors that influence the infant mortality rates in developing nations: a cross-country regression analysis.* Ohio Wesleyan University.

Banco Mundial. 1993. *World Development Report 1993: investing in health.* New York NY, Oxford University Press.

Banco Mundial. 1994. *Envejecimiento sin crisis.* Washington DC, Informe del Banco Mundial sobre Investigaciones Relativas a Políticas de Desarrollo.

Banco Mundial. 1997. *Sector Strategy for HNP.* Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 1999 a. *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic.* New York NY, Oxford University Press.

Banco Mundial. 1999 b. "Why do savings rates vary across countries?" *World Bank Policy and Research Bulletin* 10 (1): 1-4. Review article of the World Bank Research Project on *Saving across the world.*

Banco Mundial. 2000. *World Development Report 2000-2001: attacking poverty*. Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2001 a. *Engendering development – through gender equality in rights, resources and voice*. New York NY, Oxford University Press, World Bank Policy Research Report.

Banco Mundial. 2001 b. *Caribbean youth development: a World Bank Country Study*. Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2002 a. *Dying for change: reports on the health aspects of poverty*. Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2002 b. *World Development Report 2003: sustainable development in a dynamic world: transforming institutions, growth and quality of life*. Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2004 a. "Enhancing the developmental effect on worker's remittances to developing countries". En: *Global Development Finance Report 2004*. Appendix A: 169-173, Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2004 b. *Disability in Latin America and the Caribbean. Fact Sheet*. http://wbln0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/8d6661f6799ea8a48525673900537f95/5d13f0e8e8f888ef85256f5d007b7013/$FILE/LAC%20Fact%20Sheet.pdf.

Banco Mundial. 2004 c. Migration and development: the role of the World Bank. New York NY, UN Population Division, Third Coordination Meeting on International Migration, Oct. 27-28.

Banco Mundial. 2004 d. *Integrating gender issues into HIV/AIDS programs: an operational guide*. Washington DC, Banco Mundial, Gender and Development Group (PREM).

Banco Mundial. 2006 a. *Global Economic Prospects 2006: economic implications of remittances and migration*. Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2006 b. *World Development Report 2007: development and the next generation*. Washington DC, Banco Mundial.

Banco Mundial. 2007. *Global Development Finance: the globalization of corporate finance in developing countries*. Washington DC, Banco Mundial.

Bando G., Rosangela; Luis F. López-Calva y Harry A. Patrinos. 2005. *Child labor, school attendance, and indigenous households: evidence from Mexico*. Washington DC, Banco Mundial Policy Research Working Paper 3487.

Bandyopadhyay, Subhayu y Abhra Roy. 2003. Endogenous fertility and child labor. Morgantown WV. Department of Economics, West Virginia University (mimeo.).

Banthin, Jessica; Thesia Garner y Kathleen Short. 2000. Medical care needs in poverty thresholds: problems posed by the uninsured. Washington DC, US Dept. of Health and Human Services, Working Paper.

Barbieri, Alisson. y David L. Carr. 2005. "Gender-specific out-migration, deforestation and urbanization in the Ecuadorian Amazon". *Global and Planetary Change* 47 (2-4): 99-110.

Barbosa, Regina M.; Elza Berquó y Suzana Kalckmann. 2000. Acceptability of the female condom in different social contexts: final research report. Brasilia DF, Ministry of Health, National STD/AIDS Coordinating Office.

Barham, Brad y Steve Boucher. 1998. "Migration, remittances and inequality: estimating the net effect of migration on income distribution". *Journal of Development Economics* 55: 307-331.

Barlow, Robin. 1994. "Population growth and economic growth: some more correlations". *Population and Development Review* 20: 153–165.

Barnett, Barbara y Jane Stein. 1998. *Women's voices, women's lives: the impact of family planning,* Research Triangle Park NC, Family Health International.

Barré, Rémi; Valeria Hernández; Jean-Baptiste Meyer y Dominique Vinck. 2003. *Diasporas scientifiques: comment les pays en développement peuvent-ils tirer parti de leurs chercheurs et de leurs ingénieurs?* Paris, IRD Editions.

Barro, Robert J. 1997. *Determinants of economic growth, a cross-country empirical study.* Cambridge MA, MIT Press.

Barro, Robert J. 1999. *Inequality, growth, and investment.* Cambridge MA, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper 7038.

Barro, Robert J. y Xavier Sala-i-Martin. 1998. *Economic growth.* New York, McGraw-Hill.

Baulch, B. y A. McKay. 2003. *How many chronically poor people are there in the world? Some preliminary estimates.* Manchester UK, IDPM/CPRC, CPRC Working Paper 45.

Baumann, D. D.; J. J. Boland y W. M. Hanemann (eds.). 1998. *Urban water demand management and planning.* New York NY, McGraw-Hill.

Baumann, Renato. 2005. Interview granted to the United Nations News Radio in Portuguese. http://www.un.org/av/radio/portuguese/index.html.

Bedoya Garland, Eduardo. 1995. "The social and economic causes of deforestation in the Peruvian Amazon BasEn: natives and colonists". En: Michael Painter y William H. Durham (eds.). *The social causes of environmental destruction in Latin America.* Ann Arbor, University of Michigan Press: Ch. 6.

Begossi, Alpina 1998. "Resilience and neo-traditional populations: the *caiçaras* (Atlantic Forest) and *caboclos* (Amazon, Brazil)". En: F. Berkes y C. Folke (eds.). *Linking social and ecological systems: management practices and social mechanisms for building resilience.* Cambridge, Cambridge University Press: 129-157.

Begossi, Alpina; Natalia Hanazaki y Nivaldo Peroni. 2000. "Knowledge and use of biodiversity in Brazilian hot spots". *Environment, Development and Sustainability* 2: 177-193.

Behrman, Jere R.; Suzanne Duryea y Miguel Székely. 1999. *Schooling investments and aggregate conditions: a household survey-based approach for Latin America and the Caribbean.* Washington DC, IADB, Office of the Chief Economist, Working Paper 407.

Behrman, Jere R.; Suzanne Duryea y Miguel Székely. 2001. *Aging and economic opportunities: major world regions around the turn of the century*. Washington DC, IADB Working Paper.

Behrman, Jere R. y Barbara L. Wolfe. 1987. "Investments in schooling in two generations in pre-revolutionary Nicaragua: the role of family background and school supply". *Journal of Development Economics* 27: 395-419.

Beine, Michel; Frédéric Docquier y Hillel Rapoport. 2003. *Brain drain and LDCs' growth: winners and losers*. Bonn, Institute for the Study of Labor, IZA Discussion Paper 819.

Belize, 2005. *First MDG Report*. Prepared by Minelva Johnson Development Paradigm Consulting.

Bell, Clive; S. Devarajan y H. Gersbach. 2003. *The long-run economic costs of AIDS: with an application to South Africa*. Washington DC, World Bank, HNP Discussion Paper.

Bella, Nicole. 2004. "Impact of demographic trends on the achievement of the Millennium Development Goal of universal primary education". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November*.

Belli, P. y O. Appaix. 2002. *The economic benefits of investing in child health*. Washington DC, World Bank, HNP Discussion Paper.

Beloqui, Jorge A. 2004. "Prevention with people with HIV/AIDS: a perspective from a person living with HIV/AIDS in Latin America". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37 (2): S135-37.

Belsar, P.; M. de Cock y F. Mehran. 2005. *ILO minimum estimate of forced labour in the world*. Ginebra, ILO

Beltrão, Kaizô I.; Sonoe S. Pinheiro; Fernanda P. S. Peyneau y Luís O. Mendonça. 2005. "The 1988 Constitution and access to social security in rural Brazil: towards universalization". En: Ana A. Camarano (ed.). *Sixty plus: the elderly Brazilians and their new social roles*. Rio de Janeiro RJ, IPEA: Ch. 10.

Benavides, Martín; Máximo Torero y Néstor Valdivia. 2006. *Pobreza, discriminación social e identidad: el caso de la población afrodescendiente en el Perú*. Washington DC, World Bank, Serie Más Allá de los Promedios: Afrodescendientes en América Latina.

Bender, D.; T. Rivera y D. Madona. 1993. 'Rural origin as a risk factor for maternal and child health in periurban Bolivia". *Social Science and Medicine* 37 (11):1345-1349.

Bennet, Herman; Norman Loayza y Klaus Schmidt-Hebbel. 2001. "Un estudio del ahorro agregado por agentes económicos en Chile". En: Felipe Morandé y Rodrigo Vergara (eds.). *Análisis empírico del ahorro en Chile*. Santiago de Chile, Banco Central de Chile.

Bercovich, Alicia. 2003. Population with disability: 2000 Census of Brazil. Paper presented at the IADB Seminar on Disability Statistics in the Southern Cone, Buenos Aires, July 7-8.

Berer, M. 2004. "National laws and unsafe abortion: the parameters of change". *Reproductive Health Matters* 12 (24): 1-8.

Berger, Mark C. y Dan A. Black. 1992. "Child care subsidies, quality of care, and the labor supply of low-income single mothers". *Review of Economics and Statistics* 74 (4): 635-642.

Bermúdez, Violeta. 2006. La violencia contra la mujer y los derechos sexuales y reproductivos: develando conexiones. Paper presented at the Expert Meeting on Population, Inequalities and Human Rights, ECLAC, Oct. 26-27.

Bernstein, Stan. 2005. "The changing discourse on population and development: toward a new political demography". *Studies in Family Planning* 36 (2): 127-132.

Bernstein, Stan y Lindsay Edouard. 2007. "Targeting access to Reproductive Health: giving contraception more prominence and using indicators to monitor progress". *Reproductive Health Matters* 15 (29): 186-191.

Bernstein, Stan y E. White. 2004. "The relevance of the ICPD Programme of Action for the achievement of the Millennium Development Goals – and vice versa: shared visions and common goals". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Bertrand, J.; S. Guerra de Salazar; L. Mazariegos; V. Salanic; J. Rice y C. Kolars Sow. 1999. "Promoting birthspacing among the Maya-Quiché of Guatemala". *International Family Planning Perspectives* 25: 160–167.

Betrán, Ana; Mercedes de Onís; Jeremy A. Lauer y José Villar. 2001. *Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America.* London UK, BMJ Publishing Group.

BID. 2000. "Demography: threat or opportunity". En: IADB. *Progresso social y econômico en América Latina.* Washington DC, BID: Ch. 2.

BID. 2005. *The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean: progress, priorities and IDB support for their implementation.* Washington DC, BID.

Biehl, María Loreto. 2003. *Violencia doméstica contra la mujer.* http://www.iadb.org/ sds/ publication/publication_1291_s.htm.

Bilsborrow, Richard E. 2002. "Migration, population change, and the rural environ-ment". Washington DC, Woodrow Wilson International Center for Scholars, *ECSP Report* 8.

Bilsborrow, Richard E. y Daniel J. Hogan. 1999. *Population and deforestation in the Humid Tropics.* Liège, IUSSP.

Birdsall, Nancy. 1980. "A cost of siblings: child schooling in urban Colombia". *Research in Population Economics* 2: 115-150.

Birdsall, Nancy; Thomas C. Pinckney y Richard H. Sabot. 1997. "Why low inequality spurs growth: savings and investment by the poor". En: Ricardo Hausmann y Helmut Reisen (eds.). *Promoting savings in Latin America.* Paris, IADB/OECD: 127-142.

Birdsall, Nancy y Richard H. Sabot (eds.). 1991. *Unfair advantage: labor market discrimination in developing countries.* Washington DC, World Bank.

Blacker, John G. C. 1987. "Health impacts of family planning". *Health Policy and Planning* 2: 193-203.

Bloom, David E. y David Canning. 2003. "How demographic change can bolster economic performance in developing countries". *World Economics* 4 (4): 1-13.

Bloom, David E.; David Canning y Jaypee Sevilla. 2003. *The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change*. Santa Monica CA, RAND Population Matters Program MR-1274.

Bloom, David E.; David Canning y Jaypee Sevilla. 2004. "The effect of health on economic growth: a production function approach". *World Development* 32 (1): 1–13.

Bloom David E. y A. S. Mahal. 1995. *Does the AIDS epidemic really threaten economic growth?* Cambridge MA, National Bureau of Economic Research.

Bloom, David E. y Jeffrey D. Sachs. 1998. "Geography, demography and economic growth in Africa". Washington DC, *Brookings Papers on Economic Activity* 1998 (2): 207-295.

Bloom, David E. y Jeffrey G. Williamson. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia". *World Bank Economic Review* 12 (3): 419-456.

Boden, L. I. y M. Galizzi. 1999. "Economic consequences of workplace injuries and illnesses: lost earnings and benefit adequacy". *American Journal of Industrial Medicine* 36 (5): 487-503.

Böhning, Roger. 2004. Challenge paper on population and migration. Copenhagen, Copenhagen Consensus.

Bonadona Cossío, Alberto. 2003. *Género y sistemas de pensiones en Bolivia.* Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 44.

Bonnel, R. 2000. *HIV/AIDS: Does it increase or decrease growth in Africa.* Washington DC, ACT Africa and the World Bank: 1-25.

Bós, Antônio M. y Hugh R. Waters. 2006. The impact of the public health system and private insurance on catastrophic health expenditures in Brazil. Paper presented at the Meeting of the American Society of Health Economists, Madison, June 4-7.

Bos, Edward. 2004. "Improving maternal health: the need to focus on the poor". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Boserup, Esther. 1965. *The conditions of agricultural growth.* Chicago, Chicago University Press.

Bourguignon, François; Mauricio Bussolo; Luiz A. Pereira da Silva; Hans Timmer y Dominique van der Mensbrugghe. 2004. MAMS – Maquette for MDG simulations: a simple macro-micro linkage model for country specific modeling of the Millennium Development Goals or MDGs. Washington DC, World Bank (mimeo.).

Bourguignon, François; Martín Cicowiez, Jean-Jacques Dethier; Leonardo Gasparini y Pierre Pestieau. 2004. Alleviating old age poverty in Latin America. Paper presented at the Conference on "Keeping the Promise of Old Age Security in Latin America", Bogotá, Oct. 22-23.

Bracking, S. 2003. "Sending money home: are remittances always beneficial to those who stay behind?" Journal of International Development 15 (5): 633-644.

Braidiotti, Rosi; Ewa Charkiewicz; Sabine Häusler y Saskia Wieringa. 1994. *Women, the environment and sustainable development: towards a theoretical synthesis.* London UK, Zed Books.

Brasil. 2004. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório nacional de acompanhamento.* Brasília DF, IPEA.

Brasil. 2005. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório nacional de acompanhamento.* Brasília DF, IPEA.

Bremner, Jason L. y Richard Bilsborrow. 2005. Population dynamics and Millennium Goal 7. Discussion Paper for the Population-Environment Research Network (PERN) Cyber-Seminar, Sept. 5-16: http://www.populationenvironmentresearch.org/seminars.jsp.

Broad, R. 1994. "The poor and the environment: friend of foes?" *World Development* 22 (6): 811-812.

Brockerhoff, Martin. 1994. "The impact of rural–urban migration on child survival". *Health Transition Review* 4: 127-149.

Brockerhoff, Martin y Ellen Brennan. 1998. "The poverty of cities in developing regions". *Population and Development Review* 24 (1): 75-114.

Brondízio, E. S.; Steve McCracken; E. F. Moran; A. D. Siqueira; D. R. Nelson y C. Rodríguez-Pedraza. 2002. "The colonist footprint: towards a conceptual framework of land use and deforestation trajectories among small farmers in the Amazonian frontier. En: Charles H. Wood y R. Porro (eds.). *Deforestation and land use in Amazonia.* Gainesville FL, University of Florida Press: 133-161.

Bronfman, Mario; René Leyva; Mirka J. Negroni y Celina M. Rueda. 2002. "Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action". *AIDS* 2002, 16 (suppl 3): 42–49.

Brown, Lynette. 2003. Actual experiences of poverty measurement in the Caribbean: advantages and limitations from a gender perspective. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

Bruce, Judith & Erica Chong. 2006. *The diverse universe of adolescents, and the girls and boys left behind: a note on research, program and policy priorities.* New York, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.

Bruce-Chwatt, L. J. 1968. "Movements of populations in relation to communicable disease in Africa". *East Africa Medical Journal* 45: 266-75.

Brundtland, Gro Harlem. 1999. *The 21st Special Session of the General Assembly for the Overall Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development.* New York NY, United Nations, 1 July 1999.

Buchan, J. 2001. "Nurses moving across borders: 'brain-drain' or 'freedom of movement'". *International Nursing Review* 48 (2): 65-67.

Buchan J. y L. Calman. 2004. *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions.* Ginebra, International Council of Nurses.

Buchan J.; M. Kingma y M. Lorenzo. 2005. *International migration of nurses: trends and policy implications.* Ginebra, International Council of Nurses.

Buchan J.; T. Parkin y J. Sochalski. 2003. *International nurse mobility: trends and policy implications.* Ginebra, Royal College of Nursing/ World Health Organization/ International Council of Nurses, WHO.

Buchan, J. y J. Sochalski J. 2004. "The migration of nurses: trends and policies". *Bulletin of World Health Organization* 82 (8) 587-594.

Budiharsana, Meiwita P. 2002. Integrating reproductive tract infection services into family planning settings in Indonesia. *International Family Planning Perspectives* 28 (2).

Bunning, Sally y Catherine Hill. 1996. *Farmers' rights in the conservation and use of plant genetic resources: a gender perspective.* Roma, FAO.

Burton Salvagu, Barbara y Sarah Gammage. 2004. *El envío: an interdisciplinary analysis of remittances, rights and associations among Central American immigrants in Greater Washington DC.* Washington DC, Destination DC, Working Paper 1.

Busso, Gustavo. 2006. *Migración interna, pobreza y desarollo en América Latina: las discusiones teóricas y de política sobre los impactos sociodemográficos de la migración interna posterior al modelo de sustituición de importaciones.* Santiago de Chile, ECLAC.

Busso, Matías; Martín Cicowiez; Leonardo Gasparini y Hernán Winkler. 2005. *Ethnicity and the Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean.* La Plata, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS), Universidad Nacional de La Plata.

Butchart A y A. Villaveces. 2003. "Violence against women and the risk of infant and child mortality". *Bulletin of the World Health Organization* 81 (1): 17.

Butelman, Andrea y Francisco Gallego. 2001. "Household saving in Chile (1988 and 1997): testing the life cycle hypothesis". *Cuadernos de Economía* 38 (113): 3-48.

Buvinic, Mayra. 1998. "The costs of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico". *Studies in Family Planning* 29 (2): 201-209.

Buvinic, Mayra; Andrew Morrison y Michael Shifter 1999. *Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action.* Washington DC, IADB, Technical Study Sustainable Development Department.

Caballero, M.; A. Dreser; R. Leyva; C. Rueda y M. Bronfman 2002. *Migration, gender, and HIV/AIDS in Central America and Mexico.* Cuernavaca, National Institute for Public Health.

Cabrol, Marcelo E. 2002. *Los desafíos de la educación secundaria: ¿Qué nos dice el análisis de flujos?* Washington DC, IADB, Serie de Estudios Económicos y Sectoriales.

Cain, Mead. 1985. "On the relationship between landholding and fertility". *Population Studies* 39 (1): 5-15.

Caldwell, J. C. 1979. "Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data". *Population Studies* 33: 395-413.

Caldwell, J. C. y P. Caldwell. 1993. "Women's position and child mortality and morbidity in less developed countries". En: Federic, Mason y Sogner (eds.). *Women's position and demographic change*. Oxford, Clarendon Press.

Camara, B. 2002. *20 Years of the HIV/AIDS Epidemic in the Caribbean: a summary*. Port-of-Spain, Caribbean Epidemiology Centre (CAREC–SPSTI).

Camarano, Ana Amélia (ed.). 2005. *Ageing in Brazil: social, economic and demographic aspects and public policies*. Brasília DF, IPEA.

Camarano, Ana Amélia y Maria Tereza Pasinato. 2007. *Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina*. Rio de Janeiro, IPEA, Texto para Discussão 1292.

Camargo L. M. A.; M.U. Ferreira; H. Krieger; E. P. De Camargo y L. P. Da Silva. 1994 "Unstable hypoendemic malaria in Rondônia (Western Amazon region, Brazil): epidemic outbreaks and work-associated incidence in an agro-industrial rural settlement". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 51: 16-25.

Campbell-White, Arlette; Thomas W. Merrick y Abdo S. Yazbeck. 2006. *Reproductive Health -- the missing Millennium Development Goal: Poverty, health, and development in a changing world*. Washington DC, World Bank, Health, Nutrition and Population Paper.

Campbell, J. C. 2002. "Health consequences of intimate partner violence". *Lancet* 359 (13): 1331-1336.

Campolina, Bernardo; Luciana M. S. Servo; Sérgio F. Piola y Marcos Eirado. 2007. Quão catastróficos são os gastos das famílias com saúde no Brasil? Brasília DF, IPEA (mimeo.).

Canales, Alejandro I. y Christian Zlolniski. 2001. "Comunidades transnacionales y migración en la era de globalización". *Notas de Población* 73: 221-252.

Caribbean Commission on Health and Development. 2003. *Report of the Caribbean Commission on Health and Development*. Washington/Georgetown, PAHO/CARICOM.

Carmo, Roberto L. 2005. Urbanização, metropolização e recursos hídricos no Brasil. En: Ladislau Dowbor y Renato A. Tagnin. (eds.). *Administrando a água como se fosse impor-tante: gestão ambiental e sustentabilidade*. São Paulo SP, SENAC: 111-120.

Carneiro da Cunha, M. y M. W. B. Almeida. 2000. "Indigenous people, traditional people and conservation in the Amazon". *Deadalus* 129 (2): 315-338.

Carneiro da Cunha, M. y M. W. B. Almeida. 2001. "Global environmental changes and traditional people". En: Daniel J. Hogan y M. Tolmasquin (eds.). *The human dimensions of global environmental change: Brazilian perspectives*. Rio de Janeiro, Academia Brasileira de Ciências.

Carr, David. 2003. "Examining the proximate and underlying causes of tropical deforestation: migration and land use in the Sierra de Lacandón National Park, Guatemala". *Annals of the Association of American Geographers*.

Carvalho, José A. M. de. 1998. "The demographics of poverty and welfare in Latin America: challenges and opportunities". En: Víctor Tokman y Guillermo O'Donnell (eds.). *Poverty and inequality in Latin America: issues and challenges*. Notre Dame IN, University of Notre Dame Press.

Carvalho, José A. M. de y Laura Wong. 1995. *A window of opportunity: some demographic and socioeconomic implications of the rapid fertility decline in Brazil*. Belo Horizonte MG, CEDEPLAR/UFMG.

Casas Zamora, Juan A. 2000. Investment in health and economic growth: a perspective from Latin America and the Caribbean. Paper presented at the XXXV Meeting of the Advisory Committee on Health Research, PAHO, July 17-19, Havana, Cuba.

Cassels, S.; S. R. Curran y R. Kramer. 2005. "Do migrants degrade coastal environments? Migration, natural resource extraction and poverty in North Sulawesi, Indonesia". *Human Ecology* 33 (3): 329-363.

Castillo, Miguel Ángel. 2003. *Migraciones en el hemisferio: consecuencias y relación con las políticas sociales*. Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 37.

Castro Lobo, Maria Stella de. 1996. "O caso Yanomami do Brasil: uma proposta estratégica de vigilancia epidemiológica". Rio de Janeiro RJ, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Publica, Area de Concentração Epidemiologia Geral.

Castro Martín, T. y F. Juárez. 1995. "The impact of women's education on fertility in Latin America: searching for explanations". *International Family Planning Perspectives* 21 (2): 52-80.

CELADE. 1999. *Proyecciones de población urbana-rural 1970-2025*. Santiago, CELADE, Boletín Demográfico 63.

CELADE. 2001. *Mecanismos de seguimiento del Programa de Acción sobre la Población y el Desarrollo en los países de Latinoamérica y el Caribe*. Santiago de Chile, CELADE, LC/L.1567-P.

CELADE. 2002. *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores*. Santiago de Chile, CELADE.

CELADE/IOM. 2000. *Informe de relatoría del Simpósio sobre Migración Internacional en las Américas*. Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 12.

CEPAL. 2000 a. *Panorama Social de América Latina 1999-2000*. Santiago de Chile, CEPAL.

CEPAL. 2000 b. *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Santiago de Chile, CEPAL, LC/G.2071/Rev.1-P/E.

CEPAL. 2001. *El espacio regional. Hacia la consolidación de los asentamientos humanos en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile, Libros de la CEPAL 60, LC/G.2116/Rev.1-P/E.

CEPAL. 2002. *Globalización y desarrollo*. Santiago, Chile, CEPAL, LC/G.2157 [SES.29/3].

CEPAL. 2003 a. *Regional Strategy for the Implementation in Latin America and the Caribbean of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Regional Inter-governmental Conference on Ageing: Towards a Regional Strategy for the Implementation in Latin America and the Caribbean of the Madrid International Plan of Action on Ageing.* Santiago, Chile, Nov. 19-21.

CEPAL. 2003 b. *Panorama Social de América Latina 2002-2003.* Santiago de Chile, CEPAL.

CEPAL. 2004 a. "Relevance of Goals, Objectives and Actions in the ICPD Programme of Action for the achievement of MDG Goals in Latin America and the Caribbean". En: *UN Population Division. Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

CEPAL. 2004 b. *Entender la pobreza desde la perspectiva de género.* Santiago de Chile, CEPAL, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 52.

CEPAL. 2004 c. *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias.* Santiago de Chile, CEPAL/OIJ.

CEPAL. 2005 a. *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile, CEPAL.

CEPAL. 2005 b. *Panorama Social de América Latina 2004.* Santiago de Chile, CEPAL.

CEPAL. 2005 c. *Panorama Social de América Latina 2005.* Santiago de Chile, CEPAL.

CEPAL. 2006. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamento y solidaridad.* Santiago de Chile, CEPAL.

CEPAL/IPEA/PNUD. 2003. *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe.* Santiago de Chile, CEPAL.

Cerezo, Carlos E. V. 2003. "The case of Guatemala City, Guatemala". En: UN HABITAT. *Understanding slums: case studies for the Global Report on Human Settlements.* London UK, Earthscan.

CIESIN / IFPRI / World Bank / CIAT. 2004 a. *Global Rural-Urban Mapping Project (GRUMP): Gridded Population of the World, version 3, with Urban Reallocation (GPW-UR).* Palisades NY, CIESIN, Columbia University. Available at http://beta.sedac.ciesin.columbia.edu/gpw.

CIESIN / IFPRI / World Bank / CIAT 2004b. *Global Rural-Urban Mapping Project (GRUMP): Urban extents.* Palisades NY, CIESIN, Columbia University. Available at http://beta.sedac.ciesin.columbia.edu/gpw.

Chile. 2005. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio – Primer informe del Gobierno de Chile.* Santiago de Chile, UNDP/MIDEPLAN.

Chima, R. I.; C. A. Goodman y A. Mills. 2003. "The economic impact of malaria in Africa: a critical review of the evidence". *Health Policy* 63 (1): 17-36.

Chimhowu, Admos O.; Jenifer Piesse y Caroline Pinder. 2005. "The socioeconomic impact of remittances on poverty reduction". En: Samuel Munzele Maimbo y Dilip Ratha (eds.). *Remittances: development impact and future prospects*. Washington DC, World Bank: 83-102.

Cincotta, R. P. y R. Engleman. 2000. *Nature's place: human population and the future of biological diversity*. Washington DC, Population Action International.

Clay, Daniel C. y Nan E. Johnson. 1992. "Size of farm or size of family: which comes first?" *Population Studies* 46: 491-505.

Cleland, John y J. V. Van Ginneken. 1988. "Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence". *Social Science and Medicine* 27 (12): 1357-1368.

CMMI (Comisión Mundial sobre Migración Internacional). 2005. *Migration in an Interconnected World: New Directions for Action: Report of the Global Commission on International Migration*. Ginebra, Comisión Mundial sobre Migración Internacional.

CMMI (Comisión Mundial sobre Migración Internacional). 2006. *Regional Hearing for the Americas - Summary Report 2005*. Ginebra, Comisión Mundial sobre Migración Internacional (www.gcim.org).

Coale, Ansley J. 1986. Demographic effects of below-replacement fertility and their social implications. En: Kingsley Davis; Mikhail S. Bernstam y Rita Ricardo-Campbell (eds.). *Below-replacement fertility in industrial societies: causes, consequences, policies*. Population and Development Review. Supplement to vol 12. New York NY, Population Council.

Coale, Ansley J. y Edgar M. Hoover. 1958. *Population growth and economic develop-ment in low-income countries*. Princeton NJ, Princeton University Press.

Coalición International por la Salud de las Mujeres. 2006. *Con las mujeres de todo el mundo. Un pacto para erradicar el VIH/SIDA*. www.iwhc.org/docuploads/compact_spo806.pdf.

CODEPO. 2004. *El proceso de urbanización en Bolivia, 1992-2001*. La Paz, INE/ Secretaria Técnica del Consejo de Población para el Desarrollo Sostenible.

Coelho, Danilo. 2006. *Ascensão professional de homens e mulheres nas grandes empresas brasileiras*. En: João Alberto de Negri, Fernanda de Negri y Danilo Coelho. *Tecnologia, exportação e emprego*. Brasília DF. IPEA, vol.1: 143-159.

Cohen, Joel E. 1995. *How many people can the world support?* New York NY, W. W. Norton y Co.

Cohen, Roberta y Gimena Sánchez-Garzoli. 2001. *El desplazamiento interno en las Américas: algunas características distintivas*. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/ 0262.pdf.

Cohen, D. A.; A. T. Farley y K. Mason. 2003. "Why is poverty unhealthy?: social and physical mediators". *Social Science and Medicine* 57: 1631-1641.

Coleman, D. A. 1995. "International migration: demographic and socioeconomic consequences in United Kingdom and Europe". *International Migration Review* 29 (1).

Collins, Jane. 1986. "Smallholder settlement of Tropical South America: the social causes of environmental destruction". *Human Organization* 45 (1): 1-10.

Collins, Susan. 1991. "Saving behavior in ten developing countries". En: B. Douglas Bernheim y John B. Shoven (eds.). *National saving and economic performance.* Chicago, University of Chicago Press.

Colombia. 2004 a. *Guía metodológica 1. Elementos poblacionales básicos para la planeación.* Bogotá, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial / UNFPA.

Colombia. 2004 b. *Guía metodológica 2. Elementos poblacionales para el ordenamiento territorial.* Bogotá, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial / UNFPA.

Colombia. 2005. *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015.* Bogotá.

Comisión Mundial sobre Ambiente y Desarrollo. 1987. *Nuestro futuro común.* Madrid, Alianza Editorial.

Commercial Market Strategies Project. 2002. *Research Brief: using microfinance to improve the quality of reproductive health services.* Washington DC, Commercial Market Strategies.

Commission on Macroeconomics and Health. 2001. *Macro-economics and health: investing in health for economic development.* Ginebra, WHO.

CONAPO. 2002. *La situación demográfica de México 2002.* México DF, CONAPO.

Conde-Agudelo, Agustin. 2002. *Optimal birth spacing: new research from Latin America on the association of birth intervals and perinatal, maternal and adolescent health.* Washington DC, Catalyst Consortium.

Conde-Agudelo, Agustin y José M. Belizán. 2000. "Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval". *British Medical Journal* 321: 1255-1259.

Contreras, Dante; Ryan Cooper; Jorge Herman y Christopher Neilson. 2004. *Dinámica de la pobreza y movilidad social: Chile 1996-2001.* Santiago de Chile, Dept. of Economics, Universidad de Chile.

COPDES/Naciones Unidas/ONAPLAN/Proyecto del Milenio. 2005. *Investing in the sustainable development of the Dominican Republic: Millennium Development Goals needs assessment.* Santo Domingo, ONAPLAN.

Cordero, Luis; Javier Herrera y Gustavo Yamada. 2003. Líneas de pobreza ajustadas por necesidades de salud: el caso peruano. Lima, Universidad Cayetano Heredia / OPS, Working Paper.

Correia, Maria y Wendy Cunningham. 2003. *Caribbean youth development issues and policy directions: a World Bank Country Study.* Washington DC, World Bank.

Cortés, Fernando; Agustín Escobar y Mercedes González de la Rocha. 2005. *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas del Programa Oportunidades.* México, Colegio de México.

Cortés, Rosalía. 2006. Remittances and children's rights: an overview of the academic and policy literatura. New York, UNICEF, internal document.

Cortez, Rafael. 1999. *Salud y productividad en el Perú: un análisis empírico por género y regón.* Washington DC, IADB, Latin American Research Network Working Paper R363.

Costa Rica. 2004. *Primer Informe de Costa Rica sobre el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* San José, Consejo Social.

Cox-Edwards, A. y M. Ureta. 2003. "International migration, remittances and schooling. Evidence from El Salvador". *Journal of Development Economics* 72 (2): 429-461.

Craig A. 2004. "Pregnancy associated malaria – on the brink?" *Trends in Parasitology* 20: 201-204.

Cramer, J. C. 1997. "A demographic perspective on air quality: conceptual issues surrounding environmental impacts of population growth". *Human Ecology Review* 3: 191–196.

Cramer, J. C. 1998. "Population growth and air quality in California". *Demography* 35: 45–56.

Cranshaw, Martha I. y Abelardo Morales. 1998. "Mujeres adolescentes y migración entre Nicaragua y Costa Rica". San José de Costa Rica, FLACSO.

Crenshaw, Edward; Ansari Z. Ameen y Matthew Christenson. 1997. "Population dynamics and economic development: age specific population growth and economic growth in developing countries, 1965 to 1990". *American Sociological Review* 62 (6): 974-984.

Crosette, Barbara. 2005. "Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link". *Studies in Family Planning* 36 (1): 71-79.

Cruz, Maria C. J. 1999. "Population pressure, economic stagnation, and deforestation in Costa Rica and the Philippines". En: Richard E. Bilsborrow y Daniel J. Hogan. *Population and deforestation in the Humid Tropics.* Liège, IUSSP: Ch. 5.

Cruz, Mirian; Carlos López Cerdán y Claudia Schatan. 2004. "Ethnic" and "nostalgic" international markets as na opportunity for small enterprises: the cases of Mexico and El Salvador. Paper presented at the Inter-American Dialogue/World Bank Workshop on the Caribbean Diaspora as a Development Agent, April 14.

Cruz-Marques, A. 1987. "Human migration and the spread of malaria in Brazil". *Parasitology Today* 3: 188-190.

Cuba. 2005. *Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una vida mejor para todos con la participación de todos.* Havana.

Cuffaro, N. 2001. *Population, economic growth and agriculture in less developed countries.* London UK, Routledge.

Curtain, Richard. 2006. *Young people and national Poverty Reduction Strategies: a content analysis of completed PRSPs to April 2006.* New York, UNFPA.

Curtis, S. L.; Ian Diamond y J. W. McDonald. 1993. "Birth interval and family effects on postneonatal mortality in Brazil". *Demography* 30: 33-43.

Cutler, D. M.; J. M. Poterba; L. Sheiner y L. Summers. 1990. "An aging society: opportunity or challenge?" *Brookings Papers on Economic Activity* 1: 1-56.

Chacham, A. S.; M. B. Maia; M. Greco; A. P. Silva y D. B. Greco. 2007. "Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil". *AIDS Care*19 Supplement 1: 12-22.

Chacón, Oscar. 2005. "Obstáculos y desafíos de los inmigrantes latinos en los Estados Unidos". En: Martha Ruíz (ed.). *Migraciones: reflexiones y propuestas de la sociedad civil. Memorias de la Jornada Hemisférica sobre Políticas Migratorias*. Quito, CSMM: 57-63.

Chaney, E. y M. Lewis. 1980. *Women, migration and the decline of smallholder agriculture*. East Lansing MA, Office of Women in International Development, Michigan State University.

Chant, Sylvia. 2003 a. *Female household headship and the feminization of poverty: facts, fictions and forward strategies*. London School of Economics, Gender Institute, New Working Paper Series 9.

Chant, Sylvia. 2003 b. *New contributions to the analysis of poverty: methodological and conceptual challenges to understanding poverty from a gender perspective*. Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 47.

Charmarbagwala, Rubiana; Martin Ranger; Hugh Waddington y Howard White. 2003. *The determinants of child health and nutrition: a meta-analysis*. Washington DC, World Bank.

Chege, Jane. *2005* "Interventions linking gender relations and violence with reproductive health and HIV: rationale, effectiveness and gaps" *Agenda: Special Focus on Gender, Culture and Rights* (special issue): 114–123.

Chernichovsky, D. 1985. "Socioeconomic and demographic aspects of school enrolment and attendance in rural Botswana". *Economic Development and Cultural Change* 33: 319-332.

Daeren, Lieve. 2000. Género en la migración laboral internacional en América Latina y el Caribe: pautas para "buenas prácticas" en la formulación de políticas y programas dirigidos a trabajadoras y trabajadores migrantes. Workshop on Best Practices Concerning Migrant Workers and their Families, Santiago, IOM.

Daeren, Lieve. 2004. *Mujeres pobres: prestadores de servicios o sujetos de derecho? Los programas de superación de la pobreza en América Latina desde una mirada de género*. Quito, Unidad de la Mujer CEPAL-CONAMU.

Dalcy, Daniel. 1994. "Reproductive health and AIDS-related services for women: how well are they integrated?" *Family Planning Perspectives* 26 (6): 264-269.

Danel, Isabella. 1998. *Maternal mortality reduction, Honduras, 1990-1997: a case study*. Washington, DC, World Bank.

DANIDA. 2006. *ICPD Population, Reproductive Health and Gender: Achieving the Millennium Development Goals in Sub-Saharan Africa.* Copenhagen, DANIDA Policy Guidance Note.

Daulaire N; Pat Leidl; Laurel Mackin; Colleen Murphy y Laura Stark. 2002. *Promises to keep: the toll of unintended pregnancies on women's lives in the Developing World.* Washington DC, Global Health Council.

DaVanzo, Julie; Abdur Razzaque; Mizanaur Rahman y Lauren Hale. 2004. *The effects of birth spacing on infant and child mortality, pregnancy outcomes, and maternal morbidity and mortality in Matlab, Bangladesh.* Santa Monica CA, Rand Corporation, WR-198.

Davidson, D. J. y W. R. Freudenburg. 1996. "Gender and environmental risk concerns - a review and analysis of available research". *Environment y Behavior* 28 (3): 302-339.

Davis, Benjamin y Marco Stampini. 2002. *Pathways towards prosperity in rural Nicaragua; or why households drop in and out of poverty, and some policy suggestions on how to keep them out.* Background paper for the 2002 World Bank Nicaragua Poverty Update.

Day, Jennifer C. 1996. *Population projections of the United States, by age, by sex, race and Hispanic origEn: 1995 to 2050.* Washington DC, US Bureau of Census, Current Population Report,. Series P25-1130.

De la Graza, R. y B. L. Lowell. 2002. *Sending money home: Hispanic remittances and community development.* Oxford, Rowman y Littlefield.

De Wind, Josh y Jennifer Holdaway. 2005. *Internal and international migration in economic development.* New York NY, UN Population Division, Fourth Coordination Meeting on International Migration.

Decosas, Joseph y Alix Adrien. 1997. "Migration and HIV". *AIDS* 11 supplement A: S77-84.

Dehne, K. y R. Snow. 1999. *Integrating STD management into family planning services: what are the benefitis?* Heidelberg, Germany: Department of Tropical Hygiene and Public Health, University of Heidelberg.

Denmark. 2006. *Millennium Development Goals - progress report by Denmark.* Copenhagen, DANIDA / Ministry of Foreign Affairs.

Desai, Sonalde. 1995. "When are children from large families disadvantaged? Evidence from cross-national analyses". *Population Studies* 49 (2): 195-210.

Desai, Sonalde y Soumya Alva. 1998. "Maternal education and child health: is there a strong causal relationship?" *Demography* 35 (1).

Deschamps, M. M.; L. R. Mellon; R. Grand Pierre; F. Noel y Jean W. Pape. 2000. Combined interventions to prevent perinatal HIV transmission: potential advantages. Paper presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14.

Deshingkar, Priya. 2005. "Maximizing the benefits of internal migration for development". En: *Migration, development and poverty reduction in Asia.* Ginebra, IOM.

Despouy, Leandro. 1993. *Human Rights and disabled persons.* New York/Ginebra, UN Centre for Human Rights Study Series 6.

Dewey, Kathryn G. Y Roberta J. Cohen. 2004. *Birth spacing literature review: maternal and child nutrition outcomes.* Draft report submitted to the CATALYST Consortium.

Dick, Bruce; J. Ferguson; V. Chandra-Mouli; L. Brabin; S. Chatterjee y D. A. Ross. 2006. "Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries". En: David A. Ross; Bruce Dick y Jane Ferguson (eds.). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries.* Ginebra, UNAIDS/ UNFPA/UNICEF/WHO.

Disability World. 2006. Rights of persons with disabilities: action in development – ILO statement. http://www.disabilityworld.org/12-01_06/ilostmt.shtml.

División Estadística de las Naciones Unidas. 2003. *The collection and dissemination of statistics on disability at the United Nations Statistics Division: proposals for the future.* New York NY, Secretariado de las Naciones Unidas.

División Estadística de las Naciones Unidas. 2005. *Progress towards the Millennium Development Goals, 1990-2005.* New York NY, UNDESA. http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/ goals_2005/goal_6.pdf.

División de Población de las Naciones Unidas. 1985. *Socioeconomic differentials in child mortality in developing countries.* New York NY, División de Población de las Naciones Unidas.

División de Población de las Naciones Unidas. 1994. *The health rationale for family planning: timing of births and child survival.* New York NY, División de Población de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/141.

División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *Replacement migration: is it a solution to declining and ageing populations?* New York NY, División de Población de las Naciones Unidas.

División de Población de las Naciones Unidas. 2004. *World Urbanziation Prospects: the 2003 revision.* New York NY, División de Población de las Naciones Unidas.

Docquier, Frédéric y Abdeslam Marfouk. 2006. "International migration by education attainment, 1990-2000". En: Çağlar Özden y Maurice Schiff (eds.). *International migration, remittances and the brain drain.* Washington DC, World Bank / Palgrave Macmillan: Ch. 5.

Dollar, David y Roberta Gatti. 1999. *Gender inequality, income, and growth: are good times good for women?* Washington DC, World Bank, Policy Research Report on Gender and Development, Working Paper Series 1.

Dollar, David y Aart Kraay. 2002. "Growth is good for the poor". *Journal of Economic Growth* 7 (3): 195-225.

Donato, Katharine M.; Shawn M. Kanaiaupuni y Melissa Stainback. 2001. *The effects of migration, household income, and gender on Mexican child health.* Madison WI, University of Wisconsin, Center for Demography and Ecology, CDE Working Paper 2001-10.

Donato, Katharine M.; Shawn M. Kanaiaupuni y Melissa Stainback. 2003. "Sex differences in child health: effects of Mexico-US migration". *Journal of Comparative Family Studies* 34 (3): 455-478.

Dovlo, Delanyo. 2005. "Migration and the health system: influences on reaching the MDGs in Africa (and other LDCs)". En: UNFPA. *International Migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA: 67-79.

Drezett, J. 2000. Atención a víctimas de violencia sexual: experiencia en Brasil. Presentation at the International Conference Violencia: Etica, Justicia y Salud para la Mujer. Monterrey, México, Aug. 24-26.

Druckerman, Pamela. 1998. "Countries ready to issue bonds backed by immigrant laborers". *Wall Street Journal*, March 25th.

Dunkle, K. L.; R. K. Jewkes; H. C. Brown; G. E. Gray; J. A. Mcintyre y Sioban D. Harlow. 2004. "Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa". *Lancet* 363 (9419): 1415-1421.

Duryea, Suzanne; E. Lopes Córdova y A. Olmedo. 2005. "Migrant remittances and infant mortality: evidence from Mexico". Washington DC, IADB (mimeo.).

Eastwood, Robert y Michael Lipton. 1999. "The impact of changes in human fertility on poverty". *Journal of Development Studies* 36 (1): 1-30.

Eastwood, Robert y Michael Lipton. 2001. "Demographic transition and poverty: effects via economic growth, distribution and conversion". En: Nancy Birdsall; Alan C. Kelley y Steve W. Sinding (eds.). *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world.* Oxford/New York NY, Oxford University Press: Cap. 9.

Ecuador. 2005. *Informe Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Quito, Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Edwards, Alejandra Cox. 2001. *Social security reform and women's pensions.* Washington DC, Banco Mundial, Policy Research Report on Gender and Development, Working Paper Series 17.

Ehrlich, Paul y J. Holden. 1971. "Impact of population growth". *Science* 171: 1212-1217.

El Salvador. 2004. *Primer Informe sobre Avance de Objetivos de Desarrollo del Milenio: avances logrados entre 1990 y 2002.* San Salvador.

Ellen, R. 1982. *Environment, subsistence and system.* Cambridge UK, Cambridge University Press.

Elo, Irma. 1992. "Utilization of maternal health care services in Peru: the role of women's education". *Health Transition Review 2* (1).

Eloundou-Enyegue, Parfait y C. Shannon Stokes. 2004. "Teen pregnancy and gender inequality in education: a contextual hypothesis". *Demographic Research* 11 (11): 305-334.

Elson, Diane. 1990. *Some issues regarding women's role in the management of family resources for the achievement of household food security and nutrition.* Roma, FAO Nutrition Consultants' Reports Series 83.

Elwan, Ann. 1999. *Poverty and disability: a survey of the literature.* Washington DC, World Bank, Social Protection Discussion Paper 9932.

Emerson, Patrick M. y André Portela Souza. 2002. *Birth order, child labor and school attendance in Brazil.* Nashville TN, Vanderbilt University, Working Paper No. 02-W12.

Engel, P. 1988. "Women - headed families in Guatemala: consequences for children". En: *The determinants and consequences of female headed households, Notes from seminar I and II.* Washington DC, Population Council / International Center for Research on Women.

Engelman, R.; R. P. Cincotta; B. Dye; T. Gardner-Outlaw y J. Wisnewski. 2000. *People in the balance. Population and natural resources at the turn of the Millennium.* Washington DC, Population Action International.

Engelman, R; J. Bremner; R. de Souza y K. Mogelgaard. 2006. "Indigenous population, Fertility, and reproductive intention in the Lowland Neotropics: response to McSweeney". *Conservation Biology* 20 (4): 1315–1317.

EngenderHealth/UNFPA. 2006. *Sexual and Reproductive Health needs of women and adolescent girls living with HIV: research report on qualitative findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine.* New York, UNFPA.

Engle, P. 1993. "Influences of mothers' and father's income on children's nutritional status in Guatemala". *Social Science and Medicine* 37 (11): 1303-1312.

Ericson, Jenny; Mark Freudenberger y E. Boege. 1999. *Population dynamics, migration and the future of the Calakmul Biosphere Reserve.* Washington DC, American Association for the Advancement of Science, Program on Population and Sustainable Development Occasional Paper 1.

Erny, R. y H. Porte. 1989. "Sexually transmitted diseases (STD) and contraception". *Fertilité, Contraception, Sexualité* 17 (6): 503-508.

ESCAP. 2004. "ICPD and MDGs: How are they linked?" En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Escobal, Javier; Claudio F. Lanata; Sofía Madrid; Mary E. Penny; Jaime Saavedra; Pablo Suárez; Héctor Verastegui; Eliana Villar y Sharon Huttly. 2003. *Young lives – an international study of childhood poverty, Peru. Preliminary National Report.* Lima, IIN/ GRADE/Save the Children UK.

Escobal, Javier; Pablo Suárez; Sharon Huttly; Claudio F. Lanata; Mary E. Penny y Eliana Villar. 2005. *Does having a newborn child affect income diversification opportunities?*

Evidence from the Peruvian Young Lives Study. Lima, IIN/ GRADE/Save the Children UK, Working Paper 24.

Escobar L., Agustín. 1998. *Migración y desarrollo en Centro y Norteamérica: elementos para una discusión.* Document prepared for the IOM and ECLAC/CELADE.

Espenshade, Thomas J. 1986. "Population dynamics with immigration and low fertility". En: Kingsley Davis; Mikhail S. Bernstam y Rita Ricardo-Campbell (eds.). *Below-replacement fertility in industrial societies: causes, consequences, policies.* Population and Development Review. Supplement to vol. 12. New York NY, Population Council.

Espenshade, Thomas J. 1994. "Can immigration stop slow US population ageing?" *Journal of Policy Analysis and Management* 13 (4): 759-768.

European Environment Agency. 2005. *The national ecological footprint and biocapacity accounts, 2005 edition.* Copenhagen, European Environment Agency.

FAO. 2004. "Population aspects in the reduction of hunger". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Fagen, Patricia W. y Micah N. Bump. 2005. "Envío de remesas entre países vecinos en America Latina". En: S. R. Wilson (ed.). *Remesas de inmigrantes.* Washington DC, IADB.

Faini, R. 2005. Does the brain drain boost growth? Research Note, University of Rome / Research Program on International Migration and Development, Development Economics Research Group, World Bank.

Fajnzylber, E. 2005. Sistemas de capitalización, densidad de cotizaciones y cobertura contributiva. Santiago de Chile, ECLAC, unpublished Working Paper.

Fathalla, Mahmoud F.; Steven W. Sinding y Allan Rosenfield. 2006. "Sexual and Reproductive Health for all: a call for action". *WHO Journal Paper. Sexual and Reproductive Health* 6.

Fauci, A. S. 2004. *HIV therapies and vaccines: progress and priorities.* Kaiser Family Foundation: AIDS in America: a Forgotten Epidemic? A Conference for News Leaders, Washington DC, March 20.

Fay, Marianne y Caterina Ruggeri Laderchi. 2005. "Urban poverty in Latin America and the Caribbean: setting the stage". En: Marianne Fay (ed.). *The urban poor in Latin America.* Washington DC, World Bank.

Ferreira, Lúcia da Costa et al. 2002. "Conflitos sociais em áreas protegidas no Brasil: moradores, instituições e ONGs no Vale do Ribeira e Litoral Sul, SP". *Idéias* 8 (2): 115-150.

Ferreira, Lúcia da Costa. 2004. "Dimensões humanas da biodiversidade: mudanças sociais e conflitos em torno de áreas protegidas no Vale do Ribeira, São Paulo". *Ambiente e Sociedade* 7 (1).

Fields, Gary S. 2003. "Accounting for income inequality and its change: a new method, with application to the distribution of earnings in the United States". *Research in Labor Economics.*

Fields, Gary S. 2005. "A welfare economic analysis of labor market policies in the Harris-Todaro model". *Journal of Development Economics* 76: 127-146.

Filmer, Deon y Lant Pritchett. 1997. "Child mortality and public spending on health: how much does money matter?" Washington DC, World Bank Policy Research Working Paper 1864.

Finger, W. R. 1994. "Should family planning include STD services?" *Network* 14 (4): 4-7.

Flowers, N. M. 1994. "Demographic crisis and recovery: a case study of the Xavante of Pimentel Barbosa". *South American Indian Studies* 4: 18–36.

Floyd Katherine y Charles Gilks. 1997. *Cost and financing aspects of providing anti-retroviral therapy: the implications of anti-retroviral treatments.* Ginebra, WHO.

Fogel, Robert W. 2002. Nutrition, physiological capital, and economic growth. Lecture prepared for presentation at the Senior Policy Seminar on Health, Human Capital and Economic Growth: Theory, Evidence and Policies, PAHO/IADB, Washington DC.

Fogel, Robert W. 2004 a. "Health, nutrition, and economic growth". *Economic Development and Cultural Change* 52 (3): 643.

Fogel, Robert W. 2004 b. *The escape from hunger and premature death, 1700-2100: Europe, America, and the Third World.* Cambridge Studies in Population, Economy, and Society in Past Time, Cambridge University Press.

FOMIN-BID. 2004. *Enviando dinero a casa: receptors de remesas en República Dominicana y remisores en Estados Unidos.* New York, Columbia University.

Forste, R. 1994. "The effects of breastfeeding and birth spacing on infant and child mortality in Bolivia". *Population Studies* 48: 497-511.

Foster, J.; E. Greer y E. Thorbecke. 1984. "A class of decomposable poverty measures". *Econometrica* 52.

Foster, Andrew D. y Nikhil Roy. 1997. *The dynamics of education and fertility: evidence from a family planning experiment.* Philadelphia, University of Pennsylvania.

Fretts, R. C. y R. H. Usher. 1997. "Causes of fetal death in women of advanced maternal age". *Obstetrics and Gynaecology* 89 (1): 40-45.

Frost, Michelle B.; Renata Forste y David W. Haas. 2005. "Maternal education and child nutritional status in Bolivia: finding the links". *Social Science and Medicine* 60: 395-407.

Fuchs, Roland J. et al. (eds.). 1994. *Mega-city growth and future.* Tokyo, United Nations University Press.

Gage, Anastasia J. 1998. "Premarital childbearing, unwanted fertility and maternity care in Kenya and Namibia". *Population Studies* 52 (1): 21-34.

Gage, Anastasia J. 2000. "Female empowerment and adolescent demographic behaviour". En: Harriet B. Presser y Gita Sen (eds.). *Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo.* Oxford, Oxford University Press.

Gaiha, R. y N. Kazmi. 1987. Aspects of poverty in rural India. Delhi, University of Delhi, Faculty of Management Sciences (mimeo).

Gammage, Sarah; Paul Allison; Melany Machado y Manuel Benítez. 2005. *Gender, migration and transnational communities.* Washington DC, Interamerican Foundation.

García-Moreno, C. y C. Watts. 2000. "Violence against women: its importance for HIV/AIDS". *AIDS* 14, Suppl 3: S253-S265.

Gardner-Outlaw, Tom y Robert Engelman. 1997. *Sustaining water, easing scarcity: a second update.* Washington DC, Population Action International.

Gazmararian, J. A.; S. Lazorick; A. M. Spitz; T. J. Ballard; L. E. Saltzman y J. S. Marks. 1996. "Prevalence of violence against pregnant women". *Journal of the American Medical Association* 275 (24).

Geist, Helmut J. y Eric F. Lambin. 2002. "Proximate causes and underlying driving forces of tropical deforestation". *Bioscience* 52 (2): 143-150.

Geldstein, Rosa N. 1997. *Mujeres jefas de hogar: familia, pobreza y género.* Buenos Aires, UNICEF.

George, K. K. 1993. *Limits to Kerala model of development: an analysis of fiscal crisis and its implications.* Thiruvananthapuram, Centre for Development Studies Monograph Series.

Germain, Adrienne y Jennifer Kidwell. 2005 a. "The unfinished agenda for reproductive health: priorities for the next 10 years". International Family Planning Perspectives 31 (2).

Germain, Adrienne y Jennifer Kidwell. 2005 b. "Not separate, still unequal: the Beijing agreement and the feminization of HIV/AIDS". *American Sexuality Magazine* 3 (2).

Gertler, Paul J.; Sebastian Martinez; David Levine y Stefano Bertozzi. 2004. Lost presence and presents: how parental death affects children. Berkeley CA, University of California, Haas School of Business (mimeo.).

Gillespie, Duff. 2004. "Making abortion rare and safe". *The Lancet* 363 (9402): 74.

Giménez, Daniel M. 2003. *Género, previsión y ciudadanía social en América Latina.* Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 46.

Glewwe, Paul y Gillette Hall. 1999. *Who is most vulnerable to macroeconomic shocks? Hypotheses tests using panel data from Peru.* Washington DC, Word Bank, LSMS Working Paper 117.

Global Science Panel on Population and Environment. 2002. Population in sustainable development: analyses, goals, actions, realities. Laxenburg, Austria, IIASA/IUSSP/UN University.

Goldani, Ana Maria. 2005. "Intergenerational relations and welfare state restructuring: why should we rethink this relationship in Brazil?" En: Ana A. Camarano (ed.). *Sixty plus: the elderly Brazilinas and their new social roles.* Rio de Janeiro RJ, IPEA: Ch. 7.

Goldani, Ana M. 2006. Famílias e envelhecimento: complexidades do "cuidado". Paper presented at the Meeting on Indicators for the Follow-up of the Madrid International Action Plan, Rio de Janeiro, July 24-26.

Golgher, André Braz. 2007. Migration strategies and income in Brazil: implications for rural poverty. Belo Horizonte MG, CEDEPLAR/UFMG (mimeo.).

Gollub, E. y M. Warren. 1997. *The female condom: a guide for planning and programming. Programmatic guide for the female condom.* Ginebra, UNAIDS.

Gómez, Carmen Julia. 2003. Entre el rigor científico y la búsqueda de la equidad de género: la experiencia dominicana en la medición de la pobreza. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

González Gutiérrez, Carlos y María Esther Schumacher. 1998. "La cooperación internacional de México con los Mexicano-Americanos en Estados Unidos: el caso del PCME". En: Olga Pellicer y Rafael Fernández de Castro. *México y Estados Unidos: las rutas de la cooperación.* México DF, Instituto Matías Romero.

Gornick, Janet C.; Marcia K. Meyers y Katherin E. Ross. 1998. "Public policies and the employment of mothers: a cross-national study". *Social Science Quarterly* 79: 35–54.

Govindasamy, P.; M. K. Stewart; S. O. Rutstein; J. T. Boerma y A. E. Sommerfelt. 1993. *High-risk births and maternity care.* Columbia MD, Macro International.

Graham, Wendy J.; Ann E. Fitzmaurice; Jacqueline S. Bell y John A. Cairns. 2004. "The familial technique for linking maternal death with poverty". *Lancet* 363: 23-27.

Grasmuck, Sherri y Patricia R. Pessar 2001. *Between two islands: Dominican international migration.* Berkeley CA, University of California Press.

Greene, Margaret E. y A. Biddlecom. 1997. *Absent and problematic men: demographic accounts of male reproductive roles.* New York NY, Population Council, Policy Research Division Working Paper 103.

Greene, Margaret E. y Thomas Merrick. 2005. *Poverty reduction: does reproductive health matter?* Washington DC, World Bank, Health, Nutrition and Population Paper.

Greenwood, Michael y Marta Tienda. 1997. "U.S. impacts of Mexican immigration". Washington DC, Team Report to Mexico/United States Binational Study on Migration.

Gruber, Jonathan; Phillip B. Levine y Douglas Staiger. 1999. "Abortion legalization and child living circumstances: who is the 'marginal child'?" *Quarterly Journal of Economics* 114 (1): 263-291.

Gruskin, Sofia. 2002. "Human rights and HIV/AIDS". *HIV InSite Knowledge Base Chapter*, April, http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-07.

Gunatilleke, G. 1986. *Migration of Asian workers to the Arab World.* Tokyo, United Nations University.

Guyana. 2003. *Report on Progress 2003 towards the Achievement of the Millennium Development Goals*. Georgetown, Govt. of Guyana/UNDP.

Guzmán, José M. 2006. La situación del envejecimiento en América del Sur en el contexto de Madrid+5 y los Objetivos del Milenio. Paper presented at the Meeting of Governments and Experts in the Countries of South America, Buenos Aires, Nov. 14-16.

Guzmán, José M.; Ralph Hakkert; Juan M. Contreras y Martha F. de Moyano. 2001. *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México DF, EAT/UNFPA.

Haddad, Lawrence y John Hoddinott. 1994. "Does female income share influence household expenditures? Evidence from the Côte d'Ivoire". *World Development* 22 (4): 543-553.

Haddad, Lawrence y Ravi Kanbur. 1990. "How serious is the neglect of intra-household inequality?" En: S. Subramanian (ed.). *Measurement of inequality and poverty*. New Delhi, Oxford India Paperbacks.

Haidar, Fátima Hussein; Urânia Fernandes Oliveira y Luiz F. Costa Nascimento. 2001. "Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos". *Cadernos de Saúde Pública* 17 (4).

Hakkert, Ralph. 2001. "Consecuencias del embarazo adolescente". En: José M. Guzmán; Ralph Hakkert; Juan M. Contreras y Martha F. de Moyano. 2001. *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México DF, EAT/UNFPA: Ch. VII.

Hakkert, Ralph. 2005. *A demographic-economic model for population and poverty analysis in EXCEL*. México DF, EAT/UNFPA, Documento de Trabajo.

Hakkert, Ralph. 2006. *Guide to the Demographic Module for Poverty Analysis and Projection (DMPAP): an EXCEL work book with an application to Venezuela*. Brasília DF, UNFPA/IPEA, Regional Project RLA5P201.

Hakkert, Ralph. 2007 a. "Análise retrospectiva e projeção da pobreza no Brasil no período 1999-2015 em função da mudança da estrutura dos domicílios". En: *CGEE. Análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Brasília DF, Centro de Gerência e Estudos Estratégicos da Presidência (accepted for publication).

Hakkert, Ralph. 2007 b. *The demographic bonus and population in active ages*. Brasília DF, UNFPA/IPEA, Proyecto RLA5P201, Documento de Investigación 7.

Hakkert, Ralph y José M. Guzmán. 2004. "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina". En: Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (eds.). *Imágenes de la familia en el cambio del siglo*. México DF, UNAM: 479-517.

Hakkert, Ralph y George Martine. 2002. "Population, poverty and inequality: a Latin American perspective". En: UNFPA. *Population and poverty: achieving equity, equality*

and sustainability. New York NY, UNFPA, Series Population and Development Strategies 8: 101-125.

Hall, Gillette y Harry A. Patrinos. 2005. *Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America: 1994-2004*. Washington DC, World Bank.

Hammoudi, A. y Jeffrey Sachs. 1999. *Economic consequences of health status: a review of the evidence*. Cambridge MA, Center for International Development, Harvard University.

Handa, Sudhanshu. 1999. "Maternal education and child height". *Economic Development and Cultural Change* 27 (2): 421-439.

Hanmer, Lucia; Robert Lensink y Howard White. 2003. "Infant and child mortality in developing countries: analysing the data for robust determinants". *Journal of Development Studies* 40 (1): 101-118.

Hanson, Gordon y Christopher Woodruff. 2003. *Emigration and educational attainment in Mexico*. San Diego, University of California, Working Paper.

Hardoy, Jorge y David Satterthwaite. 1989. *Squatter citizen: life in the urban Third World*. London, Earthscan Publications.

Harris, J. R. y Michael P. Todaro. 1970. "Migration, unemployment, and development: a two sector analysis". *American Economic Review* 60: 126-142.

Haslegrave, Marianne y Stan Bernstein. 2005. "Commentary: ICPD Goals: essential to the Millennium Development Goals". *Reproductive Health Matters* 13 (25): 106-108.

Hausmann, Ricardo y Miguel Székely. 1999. *Inequality and the family in Latin America*. Washington DC, IADB, Office of the Chief Economist, Working Paper 393.

Hazan, Moshe y Byniamin Berdugo. 2002. Child labour, fertility and economic growth. Jerusalem, Hebrew University of Jerusalem Working Paper.

Hecht, Susan. 1985. "Environment, development and politics: capital accumulation and the livestock sector in Eastern Amazonia". *World Development* 13 (6): 663-684.

Heckman James J. 1999. *Policies to foster human capital*. Cambridge MA, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper 7288.

Heise, Lori L.; M. Ellsberg y M. Gottemoeller. 1999. "Violence against women". *Population Reports*, Series L, No. 11, 27 (4). Baltimore MD, Johns Hopkins University.

Heise, Lori L.; Jaqueline Pitanguy y Adrienne Germain. 1994. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington DC, World Bank Discussion Paper 255.

Hern, W. M. 1992. "Polygyny and fertility among the Shipibo of the Peruvian Amazon". *Population Studies* 46: 53–64.

Hernández-Laos, Enrique. 2004. "Income distribution and poverty". En: Enrique de la Garza y Carlos Salas (eds.). *State of working in Mexico 2003*. Washington DC, Solidarity Center: Ch. 5.

Hernández-Licona, Gonzalo. 2004. *Disability and the labour market: data gaps and needs in the Latin America and the Caribbean.* Washington, D.C. World Bank.

Herrera, Javier y François Roubaud. 2002. "Dinámica de la pobreza urbana en el Perú y en Madagascar 1997-1999: un análisis sobre datos de panel". *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 31 (3): 495-552.

Hewitt, H. 2004. *Assessment of the capacity to educate and train nurses in CARICOM countries.* Barbados, Report prepared for the Office of the Caribbean Programme Coordinator, PAHO.

Higgins, G. M.; A. H. Kassam; L. Naiken; G. Fischer y M. M. Shah. 1982. *Potential population supporting capacities of lands in the developing world.* Roma, FAO/IIASA.

Higgins, Matthew. 1998. "Demography, national savings, and international capital flows". *International Economic Review* 39: 343–69.

Hildebrandt, Nicole y David J. McKenzie. 2005. *The effects of migration on child health in Mexico.* Washington DC, World Bank, Policy Research Working Paper 3573.

Hill, Kenneth. 2004. "ICPD relevance of the MDGs: targets and mechanisms for the reduction of child mortality". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Hinrichsen, Don. 2003. "A human thirst". *World Watch* 16 (1): 12-18.

Hintzen, Percy C. 2004. Human capital and Caribbean diaspora communities. Paper presented at Inter-American Dialogue/World Bank Workshop "The Caribbean Diaspora as a Development Agent", April 14.

Hobcraft, John N. 2000. "The consequences of female empowerment for child well-being: a review of concepts, issues and evidence in a post-Cairo context". En: Harriet B. Presser y Gita Sen (eds.). Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo. Oxford, Oxford University Press.

Hobcraft, John N.; J. W. McDonald y Shea O. Rutstein. 1985. "Demographic determinants of infant and early child mortality a comparative analysis". *Population Studies* 39 (3): 363-385.

Hoffman, Susie; Joanne Mantell; Theresa Exner y Zena Stein. 2004. "The future of the female condom". *International Family Planning Perspectives* 30 (3): 139-145.

Hogan, Daniel J. 2002 a. Population mobility and environmental vulnerability. Paper prepared as a background document for the Global Science Panel on Population and Environment, Vienna, March.

Hogan, Daniel J. 2002 b. "Demographic dynamics and sustainability in Brazil". En: *Encyclopedia of life support systems.* Paris/Oxford, UNESCO/Eolss Publ. [http://www.eolss.net].

Hogan, Daniel J.; Elza Berquó y Heloísa S. M. Costa (eds.). 2002. *Population and environment in Brazil: Rio + 10.* Campinas SP, CNPD/ABEP/NEPO.

Hondagneu-Sotelo, Pierrette. 1994. *Gendered transitions: Mexican experiences of immigration.* Berkeley CA, University of California Press.

Honduras. 2003. *Informe sobre las Metas del Milenio* (first Report elaborated by the UN System in Honduras: FAO, OIM, OMS/OPS, PMA, PNUD, UIT, UNFPA and UNICEF, with the collaboration of the IADB, World Bank, and Government of Honduras).

Hoogeveen, Hans. 2005. "Measuring welfare for small but vulnerable groups: poverty and disability in Uganda". *Journal of African Economies* 14 (4): 603-631.

Hope Enterprises. 2001. *Report of Adolescent Condom Survey, Jamaica 2001.* Washington DC, Hope Enterprises Ltd. for the Commercial Market Strategies (USAID) Project.

Hopenhayn, Martín. 2002. Youth and employment in Latin America and the Caribbean: problems, prospects and options. Paper presented at the Youth Employment Summit, Alexandria, Egypt, Sept. 7-11.

Horton, S. 1988. "Birth order and child nutritional status: evidence from the Philippines". *Economic Development and Cultural Change* 36: 341-354.

Hossain, M. 1988. *Credit for alleviation of rural poverty. The Grameen Bank in Bangladesh.* Washington DC, IFPRI Research Report 65.

HSBC. 2007. *The future of retirement: the new old age - Global Report.* London UK, HSBC Banking Group.

Huenchuán, Sandra y José M. Guzmán. 2006. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas. Paper presented at the Expert Meeting on Population and Poverty, ECLAC/ CELADE, Santiago de Chile, Nov. 14-15.

Hugo, Graeme. 2000. "Migration and women's empowerment". En: Harriet B. Presser y Gita Sen (eds.). *Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo.* Oxford, Oxford University Press.

Hunt, Paul. 2003. *Economic, social and cultural rights.* New York NY, Commission on Human Rights, Report of the Special Rapporteur to the Commission on Human Rights. E/CN.4/2003/58, Feb. 13.

Hunt, Paul. 2004. *Economic, social and cultural rights.* New York NY, Commission on Human Rights, Report of the Special Rapporteur to the Commission on Human Rights. E/CN.4/2004/49, Feb. 16.

Iacovou, Maria. 2001. *Family composition and children's educational outcomes.* Essex University, Working Paper, Institute for Social and Economic Research.

IARNA/URL/IIA. 2006. "El estado del ambiente y su relación con la situación socioeconómica del país". En: IARNA/URL/IIA. *Perfil ambiental de Guatemala.* Guatemala, Universidad Rafael Landívar: Cap. III.

Ibáñez, A. M. y Andrés Moya. 2006. *Cómo el desplazamiento forzado deteriora el bienestar de los hogares desplazados?: Análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepeción.* Bogotá, Facultad de Economía, Universidad de los Andes, Documento CEDE 2006-26.

Ibáñez, A. M. y Andrea Velásquez. 2006. *El proceso de identificación de víctimas de los conflictos civiles: una evaluación de para la población desplazada en Colombia.* Documento CEDE 2006-36. Bogotá, Facultad de Economía. Universidad de los Andes.

IIASA. 2001. *Botswana's future; Mozambique's future; Namibia's future: modeling population and sustainable development challenges in the era of HIV/AIDS.* Laxemburg, Austria, IIASA, CD-ROM.

IPPF. 2006. *Death and denial: unsafe abortion and poverty.* London UK, IPPF.

Ippolito, P. y R. Ippolito. 1984. "Measuring the value of life savings from consumer reaction to new information". *Journal of Public Economics* 25: 53-81.

Ironmonger, D. S.; C. K. Aitken y B. Erbas. 1995. "Economies of scale in energy use in adult-only households". *Energy Economics* 17: 301–310.

Isaäcson, Margaretha 1989. "Airport malaria: a review". *Bulletin of the World Health Organization* 67: 737-743.

Islam, M. Kamrul y Ulf-G. Gerdtham. 2006. *The cost of maternal-newborn illness and mortality.* Ginebra, WHO, Issues in Maternal-Newborn Health and Poverty 2.

Izazola, Haydea. 2001. "Agua y sustentabilidad en la Ciudad de México". *Estudios Demográficos y Urbanos* 16 (2): 285-320.

Jack, W. 2001. "The public economics of TB control". *Health Policy* 57 (2): 79-96.

Jamaica. 2004. *Millennium Development Goals.* Kingston, Planning Institute of Jamaica.

Jenkins, Stephen P. 1998. Modelling household income dynamics. Presidential Address to the European Society for Population Economics, 12th Congress, Amsterdam, June 4-6.

Jensen, Eric y Dennis A. Ahlburg. 1999. A multicountry analysis of the impact of unwantedness and number of children on child health and preventive and curative care. Washington DC, Futures Group, POLICY Project Working Paper.

Jewkes, Rachel 2002. "Intimate partner violence: causes and prevention". *Lancet* 359: 1423-1429.

Jimenez, E. y M. Murthi. 2006. "Investing in the Youth Bulge". *Finance and Development* 43 (3), http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/09/jimenez.htm.

Johns Hopkins School of Public Health. 1999. *Ending violence against women.* Baltimore MD, Population Reports, Issues in World Health, Series L, number 11, XXVII, Population Information Program.

Johnson, F. Catherine y Beatrice Lorge Rogers. 1993. "Children's nutritional status in female headed households in the Dominican Republic". *Social Science and Medicine* 37: 1293-1301.

Jones, G.; R. W. Steketee; R. E. Black; Z. A. Bhutta y S. S. Morris. 2003. "How many child deaths can we prevent this year?' *Lancet* 362 (9377): 65–71.

Joyce, Theodore J. y Michael Grossman. 1990. "Pregnancy wantedness and the initiation of prenatal care". *Demography* 27: 1-17.

Kabeer, Naila. 2003. Gender mainstreaming in poverty eradication and the Millennium Development Goals: a handbook for policy-makers and other stakeholders. London, Commonwealth Secretariat / IDRC.

Kaimowitz, David y Arild Angelsen. 1998. *Economic models of tropical deforestation: a review.* Jakarta, Center for International Forestry Research.

Kambou, G.; S. Devarajan y M. A. Over. 1993. "The economic effects of the AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa: a general equilibrium analysis". *Review of Economic Development* 1 (1): 37-62.

Kamolratanakul, P.; H. Sawert; S. Kongsin; S. Lertmaharit; J. Sriwongsa; S. Na-Songkhla; S. Wangmane; S. Jittimanee y V. Payanandana. 1999. "Economic impact of tuberculosis at the household level". *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases* 3 (7): 596-602.

Kanaiaupuni, S. M. y K. M. Donato. 1999. "Migradollars and mortality: the effects of migration on infant survival in Mexico". *Demography* 36: 339-353.

Kanbur, Ravi 2002. Conceptual challenges in poverty and inequality: one development economist's perspective. Introductory Comments at the Cornell Conference on Conceptual Challenges in Poverty and Inequality, April 16-17.

Kanbur, Ravi y Diganta Mukherjee, 2003. *Premature mortality and poverty measurement.* Ithaca NY, Cornell University Dept. of Economics Working Paper.

Kanji, Najmi y Trudy Harpham. 1992. "From chronic emergency to development: an analysis of the health of the urban poor in Luanda, Angola". *International Journal of Health Services* 22: 349-63.

Kannan, K. P. y K. S. Hari. 2002. "Kerala's Gulf connection: remittances and their macro-economic impact". En: K. C. Zachariah, K. P. Kannan y S. Irudaya Rajan (eds.). *Kerala's Gulf Connection: CDS Studies on International Migration from Kerala State in India.* Thiruvananthapuram, Centre for Development Studies: 199-230.

Karoly, L. A.; P. W. Greenwood; S. S. Everingham; J. Hoube; M. R. Kilburn; C.P. Rydell; M. Sanders y J. Chiesa (eds.). 1998. *Investing in our children: what we know and don't know about the cost and benefits of early childhood interventions.* Santa Monica CA, RAND.

Kassouf, Ana L. y Benjamin Senauer. 1996. "Direct and indirect effects of parental education on malnutrition among children in Brazil: a full income approach". *Economic Development and Cultural Change* 44: 818-838.

Kaufman, Joan y Lisa Messersmith. 2005. *Integrating the fields of Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS.* Washington DC, Global AIDS Alliance.

Keilman, Nico. 2003. "Biodiversity: the threat of small households". *Nature* 421 (6922): 489–490.

Kelley, Alan C. 1996. "The consequences of rapid population growth on human resource development: the case of education". En: Dennis A. Ahlburg; Alan C. Kelley y Karen Oppenheim Mason (eds.). *The impact of population growth on well-being in developing countries*. Berlin, Springer.

Kelley, Alan C. y Robert M. Schmidt. 1995. "Aggregate population and economic growth correlations. The role of the components of demographic change". *Demography* 32 (4): 543-555.

Kelley, Alan C. y Robert M. Schmidt. 1996. "Saving, dependency, and development". *Journal of Population Economics* 9: 365-386.

Kelley, Alan C. y Robert M. Schmidt. 2001. "Economic and demographic change: a synthesis of models, findings, and perspectives". En: Nancy Birdsall; Alan C. Kelley y Steve W. Sinding (eds.). *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*. Oxford/New York NY, Oxford University Press: 67-105.

Kennedy, Eileen y Lawrence Haddad. 1994. "Are pre-schoolers from female-head households less malnourished? A comparative analysis of results from Ghana and Kenya". *Journal of Development Studies* 30 (3): 680-695.

Kennedy, Eileen y P. E. Peters. 1992. *Household food security and child nutrition: the interaction of income and gender of household head*. Cambridge MA, Harvard Institute for International Development, Discussion Paper 417.

Kerr-Pontes, Ligia R. S.; Fernando González; Carl Kendall; Elada Leão; Fábio Távora; Iusta Caminha; Alexandre do Carmo; Marcela França y Melícia Aguiar. 2004. "Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil". *Cadernos de Saúde Pública* 20 (1): 320-328.

Khandker, Shahidur R. y Christopher Udry. 1997. *Gender, property rights, and resource management in Ghana*. Washington DC, World Bank Research Program.

King, E. M. 1987. "The effect of family size on family welfare: what do we know?" En: D. Gayle Johnson y Ronald D. Lee, *Population growth and economic development: issues and evidence*. Madison WI, University of Wisconsin.

Kingma, Mireille 2001. "Nurse migration: global treasure hunt or disaster in the making?" *Nursing Inquiry* 8 (4): 205-212.

Kingma, Mireille 2004. "Nurses and the New International Workplace". *Nursing and Health Policy Review* 3 (2): 95-109.

Kingma, Mireille 2005. *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Ithaca NY, Cornell University Press.

Kirby, Douglas A. Obase y B. A. Laris. 2006. "The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries". En: David A. Ross; Bruce Dick y Jane Ferguson (eds.). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Ginebra, UNAIDS/ UNFPA/UNICEF/WHO.

Kirton, Claremont D. 2005. "Remesas: la experiencia del Caribe angloparlante". En: Donald F. Terry y S. R. Wilson (eds.). *Remesas de inmigrantes*. Washington DC, IADB.

Kishor, Sunita y Kiersten Johnson. 2004. *Profiling domestic violence: a multi-country study*. Columbia MD, Measure DHS/ORC Macro.

Klitgaard, Robert. 1991. *Adjusting to reality: beyond "State versus Market" in economic development*. Oakland CA, ICS Press..

Kloos, Helmut 1990. "Health aspects of resettlement in Ethiopia". *Social Science and Medicine* 30: 643-656.

Knaul, Felicia Marie. 2000. "Health, nutrition, and wages: age at menarche and earnings in Mexico". En: William D. Savedoff y T. Paul Schultz (eds.). *Wealth from health: linking social investment to earnings in Latin America*. Washington DC, IADB: Ch 2.

Knodel, John E. y Marybeth Ofstedal. 2003. "Gender and aging in the developing world: where are the men?" *Population and Development Review* 29 (4): 677-698.

Knodel, John E.; Napaporn Havanon y Werasit Sittitrai. 1990. "Family size and education of children in the context of rapid fertility decline". *Population and Development Review* 16 (1): 31-62.

Knodel, John E. y Malinee Wongsith. 1991. "Family size and children's education in Thailand: evidence from a national sample". *Demography* 28: 119-131.

Knowles, James C. y Jere R. Behrman. 2003. *Assessing the economic benefit of investing in youth in developing countries*. Washington DC, World Bank, HNP Discussion Paper.

Koblinsky, Marjorie y Oona M. R. Campbell. 2003. "Factors affecting the reduction of maternal mortality". En: Koblinsky (ed.). *Reducing maternal mortality - learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*. Washington DC, World Bank.

Koenig, Michael A.; Vincent Fauveau et al. 1988. "Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976-85". *Studies in Family Planning* 19 (2): 69-80.

Kothari, U. 2002. *Migration and chronic poverty*. Manchester UK, Chronic Poverty Research Centre, Institute for Development Policy and Management, University of Manchester Working Paper 16.

Kotlikoff, Laurence y Lawrence H. Summers. 1981. "The role of intergenerational transfers in aggregate capital accumulation". *Journal of Political Economy* 89: 706-732.

Kravdal, Øystein 2001. "Has population growth restricted improvements in food availability per head, 1970-95?" *Population Studies* 55: 105-117.

Krug, Étienne G.; Linda L. Dahlberg; James A. Mercy; Anthony B. Zwi y Rafael Lozano. 2002. *World report on violence and health*. Ginebra, WHO.

Laczko, Frank. 2005. "Migration, development and poverty: Introduction". En: IOM. *Migration, development and poverty reduction in Asia*. Ginebra, IOM.

Lam, David y Letícia Marteleto. 2005. "Small families and large cohorts: the impact of the demographic transition on schooling in Brazil". En: Cynthia B. Lloyd; Jere R. Behrman; Nelly P. Stromquist y Barney Cohen (eds.). *The changing transitions to adulthood in developing countries: selected studies*. Washington DC, National Academy Press: 56-83.

Lamontagne, J. F.; P. L. Engle y M. Z. Zeitline. 1998. "Maternal employment, child care, and nutritional status of 12-18 month-old children in Managua, Nicaragua". *Social Science and Medicine* 46: 403-414.

Lara, Teresa. 2003. Una propuesta para la medición de la pobreza con una perspectiva de género. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

Laszlo, Sonia y Eric Santor. 2004. Internal migration and borrowing constraints: evidence from Peru. Toronto, McGill University (mimeo.).

Lazcano Ponce, E. C.; N. L. Sloan, B. Winikoff; A. Langer; C. Coggins; A. Heimburger; C. J. Conde-Glez y J. Salmerón. 2000. "The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico". *Sexually Transmitted Infections* 76 (4): 277-281.

Le Bras, Hervé. 1991. "Demographic impact of post-war migration in selected OECD countries". En: OECD. *Migration. The demographic aspects*. Paris, OECD.

Leahy, Elizabeth; Robert Engelman; Carolyn Gibb Vogel; Sarah Haddock y Tod Preston. 2007. *The shape of things to come: why age structure matters to a safer, more equitable world*. Washington DC, Population Action International.

Lee, Sunhwa. 2004. *Women's work supports, job retention, and job mobility: child care and employer-provided health insurance help women stay on jobs*. Washington DC, Institute for Women's Policy Research, Research in Brief.

Leete, Richard y Michelle Schoch. 2002. "Population and poverty: satisfying unmet need as the route to sustainable development". En: UNFPA. *Population and poverty: achieving equity, equality and sustainability*. New York NY, UNFPA, Series Population and Development Strategies 8: 9-38.

Lenton, Roberto. 2003. Background Paper of the Task Force on Water and Sanitation. New York NY, UN Millennium Project.

Leroy, V.; J. Ladner; M. Nyiraziaraje; A. De Clercq; A. Bazubagira; P. Van de Perre; E. Karita y F. Dabis. 1998. "Effect of HIV-1 infection on pregnancy outcome in women in Kigali, Rwanda, 1992-1994". Pregnancy and HIV Study Group. *AIDS* 12 (6): 643-50.

Leslie, Joanne. 1988. "Women's work and child nutrition in the Third World". *World Development* 16 (11): 1341-1362.

Lesser, J. A.; Dodds, D. E. y Zerbe, R. O. 1997. "Measuring the value of life and health". En: Lesser, J. A.; Dodds, D. E. y Zerbe, R. O. *Environmental economics and policy*. Reading MA, Addison Wesley: Ch. 12.

Lesthaeghe, Ron; Hilary Page y J. Surkyn. 1988. *Are immigrants substitutes for births?* Brussels, Interuniversity Programme in Demography, IPD Working Paper.

LeVine, R. A.; S. E. LeVine; A. Richman; R. M. Tapia Uribe y C. Sutherland Correa. 1994. "Schooling and survival: the impact of maternal education on health and reproduction in the Third World". En: L. C. Chen; A. Kleinman y N. C. Ware (eds.). *Health and social change in international perspective.* Boston MA, Harvard School of Public Health: 303-338.

Levinson, D. 1989. *Violence in cross-cultural perspective.* Newbury Park CA, Sage Publishers.

Limanonda, Bhassorn. 1998. *Gender issues in reproductive health and promoting male responsibility.* High-level Meeting to Review the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and Bali Declaration. Bangkok, ESCAP.

Lindh, Thomas y Bo Malmberg. 1999. "Age-structure effects and growth in the OECD, 1950-1990." *Population Economics* 12 (3): 431-50.

Lipton, Michael. 1977. *Why poor people stay poor: urban bias in world development.* Cambridge MA, Harvard University Press.

Lipton, Michael y Martin Ravallion. 1995. "Poverty and policy". En: Jere Behrman y T. N. Srinavasan (eds.). *Handbook of development economics.* Amsterdam, Elsevier, vol. 3.

Liu, J.; G. C. Daily; P. R. Ehrlich y G. W. Luck. 2003. "Effects of household dynamics on resource consumption and biodiversity". *Nature* 421: 530–533.

Lloyd, Cynthia B. 1994. "Investing in the next generation: the implications of high fertility at the level of the family". En: R. Cassen (ed.). *Population and development: old debates, new conclusions.* Washington DC, Overseas Development Council: 181-202.

Lloyd, Cynthia B. 2006. *Schooling and adolescent reproductive behavior in developing countries.* Background Paper Prepared for the UN Millennium Project: www.unmillenniumproject.org.

Lloyd, Cynthia B.; Jere R. Behrman; Nelly P. Stromquist y Barney Cohen (eds.). 2005. *The changing transitions to adulthood in developing countries: selected studies.* Washing-ton DC, National Academy Press.

Lofgren, Hans y Carolina Díaz-Bonilla. 2006. MAMS: an economywide model for analysis of MDG country strategies: technical documentation. Washington DC, DECPG, World Bank (mimeo.).

Lowell, B. Lindsay. 2001. *Some developmental effecys of the international migration of highly skilled persons.* Ginebra, IOM, International Migration Series 46.

Lowell, B. Lindsay y Susan Martin. 2005. Research on migration and development. Fourth Coordination Meeting on International Migration, New York, Oct. 26-27.

Lowell, B. Lindsay; A. Findlay y E. Stewart. 2004. "Brain straEn: optimising highly skilled migration from developing countries". London UK, Institute for Public Policy Research.

Asylum and Migration Working Paper 3: www.ippr.org/ecomm/files/ brainstrain.pdf, last accessed 10 May 2006.

Lozano A., Fernando. 2006. *Hogares receptores de remesas en México: límites y posibilidades para el desarrollo local y regional.* Princeton NJ, Princeton University, CMD Working Paper #05-02n.

Lozano A., Fernando. 2006. Las remesas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos: recursos para aliviar la pobreza? Paper presented at the Expert Meeting on Population and Poverty, ECLAC/ CELADE, Santiago de Chile, Nov. 14-15.

Lurie, Mark N. et al. 2003. "The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners". *Sexually Transmitted Diseases* 30 (2): 149-156.

Lush, Louisiana. 2002. "Service integration: an overview of policy developments". *International Family Planning Perspectives* 28 (2): 71-76.

Lutz, Wolfgang (ed.). 1994. *Population-development-environment: understanding their interactions in Mauritius.* Berlin, Springer Verlag.

Lutz, Wolfgang. 1996. "Population and biodiversity". En: Victoria Dompka (ed.). *Human Population, Biodiversity and protected areas: science and policy issues.* Washing-ton DC, American Association for the Advancement of Science, International Directorate: 229-241.

Lutz, Wolfgang. 2000. *Introduction: understanding complex population-environment interactions.* En: Wolfgang Lutz; Lionel Prieto y Warren Sanderson (eds.). 2000. *Population, development and environment on the Yucatán Peninsula: from Ancient Maya to 2030.* Laxenburg, Austria, IIASA: iv-x.

Lutz, Wolfgang; Lionel Prieto y Warren Sanderson (eds.). 2000. *Population, develop-ment and environment on the Yucatán Peninsula: from Ancient Maya to 2030.* Laxenburg, Austria, IIASA.

MacFarland, C. y M. Cifuentes. 1996. "Case study: Galapagos, Ecuador". En: Victoria Dompka (ed.). *Human Population, Biodiversity and protected areas: science and policy issues.* Washington DC, American Association for the Advancement of Science, Interna-tional Directorate: 135-188.

Machinea, José L. y Andras Uthoff (eds.). 2005. *Integración económica y cohesion social: lecciones aprendidas y perspectivas.* Santiago de Chile, ECLAC, LC/W.29.

MacKellar, Landis. 2005. "Priorities in global assistance for health, AIDS, and population". *Population and Development Review* 31 (2): 293–312.

MacKellar, Landis; Wolfgang Lutz; C. Prinz y A. Goujon. 1995. "Population, households, and carbon dioxide emissions". *Population and Development Review* 21: 849-865.

Magnani, Robert J; Lynne Gaffikin; Estela Maria de Aquino; Eric Seiber; Maria Almeida y Varja Lipvsek. 2001. "Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil". *Studies in Family Planning* 32 (3): 230-243.

Mahler, Sarah. 2001. "Transnational relationships: the struggle to communicate across borders". *Identities* 7 (4): 583-619.

Maine, Deborah. 2001. "How do socioeconomic factors affect disparities in maternal mortality?" *Journal of the American Midwife Association* 56 (4): 189-191.

Malhotra, Anju. 2003. Conceptualizing and measuring women's empowerment as a variable in international development. Paper presented at the Workshop on Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives, held at the World Bank, Washington DC, Feb. 4-5.

Maluccio, John A.; John Hoddinott; Jere R. Behrman; Reynaldo Martorell; Agnes R. Quisumbing y Aryeh D. Stein. 2006. *The impact of nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults*. Middlebury College Economics Working Paper WP 06-14.

Marcoux, Alain. 1994. "Ageing rural populations in the developing countries: patterns, causes and implications". En: *Ageing and Family*: Proceedings of the United Nations International Conference on Ageing Populations in the Context of the Family, Kitakyushu, Japan, Oct. 15-19, 1990.

Marcoux, Alain. 1998. "The feminization of poverty: claims, facts, and data needs". *Population and Development Review* 24 (1): 131-140.

Marcoux, Alain. 2001. Population ageing in developing societies: how urgent are the issues? Roma, FAO. http:/www.fao.org/sd/2001/pe_0403ª_em.htm.

Marini, Alessandra y Michele Gragnolati. 2003. *Malnutrition and poverty in Guatemala*. Washington DC, World Bank, LAC Region, Policy Research Working Paper 2967.

Mario, Silvia. 2003. Efectos e impacto diferencial de la pobreza sobre las mujeres: una aplicación del índice de privación material de los hogares (IMPH) desde la perspectiva de género. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

Marques, A. C. 1986. "Migrations and the dissemination of malaria in Brazil." *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 81 Suppl. II: 17-30.

Marques, Eduardo; Haroldo G. Torres y Camila Saraiva. 2003. "Favelas no Município de São Paulo: estimativas de população para os anos de 1991, 1996 e 2000". *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais* 5 (1).

Marquette, C. M. 1998. "Land use patterns among small farmer settlers in the North-eastern Ecuadorian Amazon". *Human Ecology* 26: 573-593.

Marquette, C. M. y Richard Bilsborrow. 1994. *Population and the environment in developing countries: literature survey and research bibliography*. New York NY, UN Population Division.

Marston, C. y John Cleland. 2003. "Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries". *Population Studies* 57 (1): 77-93.

Marteleto, Letícia. 2001. A cohort analysis of children's schooling in Brazil: do number and composition of siblings matter? Paper presented at the 2001 Annual Meeting of the PAA, Washington DC.

Martens, Pim y Lisbeth Hall. 2000. "Malaria on the move: human population movement and malaria transmission". *Emerging infectious diseases* 6 (2).

Martin, Philip L. 2004. *Challenge paper on population and migration*. Copenhagen, Copenhagen Consensus.

Martin, Philip L. y J. Widgren. 2002. "International migration: facing the challenge". *Population Bulletin* 57 (1).

Martin, S. L. y S. Curtis. 2004. "Gender-based violence and HIV/AIDS: recognising links and acting on evidence, commentary". *Lancet* 363 (9419): 1410-1411.

Martine, George. 2000. *The sustainable use of space: advancing the population/ environment agenda.* México DF, EAT/UNFPA.

Martine, George. 2005. Target 11 of the MDGs – good marksmanship won't help much! Discussion Paper for the Population-Environment Research Network (PERN) Cyber-Seminar, Sept. 5-16: http://www.populationenvironmentresearch.org/seminars.jsp.

Martine, George; Ralph Hakkert y José Miguel Guzmán. 2001. "Social aspects of international migration: preliminary considerations". En: ECLAC/IADB/IOM/UNFPA. *International migration and development in the Americas*. Santiago de Chile, CELADE: 270-281.

Martine, George; Ralph Hakkert y José Miguel Guzmán. 2002. *Population and Development Strategies: responding to new challenges*. México DF, EAT/UNFPA, Documento de Trabajo.

Martine, George y Marcela Villarreal. 1996. *Gender and sustainability: re-assessing linkages and issues*. Santiago de Chile, CST/UNFPA, Working Paper.

Martínez Pizarro, Jorge. 2006. Población, desarrollo y derechos humanos: una propuesta para su abordaje en América Latina y el Caribe. Paper presented at the Expert Meeting on Population, Inequalities and Human Rights, ECLAC, Oct. 26-27.

Martínez Pizarro, Jorge y Marcela Ferrer. 2006. Población, desarrollo y derechos humanos: una propuesta para su abordaje en América Latina y el Caribe. Paper presented at the Expert Meeting on Population, Inequalities and Human Rights, ECLAC, Oct. 26-27.

Martínez Pizarro, Jorge y Miguel Villa. 2005. "International migration in Latin America and the Caribbean: a summary view of trends and patterns". Paper prepared for the United Nations Expert Group Meeting on International Migration and Development, New York, 6-8 July 2005. New York NY, UN Population Division (UN/POP/MIG/2005/ 14).

Martorell, R.; J. P. Habicht y J. A. Rivera. 1995. "History and design of the INCAP longitudinal study (1969-1977) and its follow-up (1988-89)". *Journal of Nutrition* 125 (Suppl.): 1027S-1041S.

Mason, Andrew. 2002. "Capitalizing on the demographic dividend". En: UNFPA. *Population and poverty: achieving equity, equality and sustainability.* New York NY, UNFPA, Series Population and Development Strategies 8: 39-48.

Mason, Andrew. 2005. Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures, Mexico City.

Mason, Andrew y Ronald Lee. 2004. "The demographic dividend and poverty reduction". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, UN Population Division, Nov. 17-19.*

Mason, Andrew y Ronald Lee. 2006. "Reform and support systems for the elderly in developing countries: capturing the second demographic dividend". *Genus* 62 (2): 1-25.

Mason, Andrew y Ronald Lee. 2007. "Transfers, capital and consumption over the demographic transition". En: R. Clark; Andrew Mason y N. Ogawa (eds.). *Population aging, inter-generational transfers, and the macro-economy.* Cheltenham UK, Elgar Press.

Masset, Eduardo y Howard White. 2004. "Are chronically poor people being left out of progress toward the Millennium Development Goals (MDG)? A qualitative analysis of older people, disabled people and orphans". *Journal of Human Development* 5 (2): 280-297.

Massey, Douglas y E. Parrado. 1994. "Migrodollars: the remittances and savings of Mexican migrants to the United States". *Population Research and Policy Review* 13: 3-31.

Mather, A. S.; C. I. Needle y J. Fairbairn. 1998. "The human drivers of global land cover change. The case of the forests". *Hydrological Processes* 12 (13/14): 1983-1994.

Mather, A. S.; C. I. Needle y J. Fairbairn. 2000. "The relationship of population and forest trends". *Geographical Journal* 166 (1): 2-13.

Mayhew, Susannah; Louisiana Lush; John Cleland y Gill Walt. 2000. "Implementing the integration of component services for reproductive health". *Studies in Family Planning,* 31 (2): 151-162.

McCracken, Steve D.; E. S. Brondízio; D. Nelson; E. F. Moran; A. D. Siqueira y C. Rodríguez-Pedraza. 1999. "Remote sensing and GIS at the farm property level: demography and deforestation in the Brazilian Amazon". *Photogrammatic Engineering y Remote Sensing* 65: 1311-1320.

McCracken, Steve D.; A. D. Siqueira; E. F. Moran y E. S. Brondízio. 2002. "Land-use patterns on an agricultural frontier in Brazil: insights and examples from a demographic perspective". En: Charles H. Wood y R. Porro (eds.). *Deforestation and land use in Amazonia.* Gainesville FL, University of Florida Press: 162-192.

McDonald, Peter y Rebecca Kippen. 1999. The impact of migration on the ageing of Australia's population. Canberra, Australian National University (mimeo.).

McGreevy, P. B.; R. Dietze; A. Prata y S. C. Hembree. 1989. "Effects of immigration on the prevalence of malaria in rural areas of the Amazon basin of Brazil". *Instituto Oswaldo Cruz* 84: 485-91.

McGuire, J. 1996. *The payoff from improving nutrition.* Washington DC, World Bank.

McKenzie, David J. 2006. "Beyond remittances: the effect of migration on Mexican households". En: Çağlar Özden y Maurice Schiff (eds.). *International migration, remittances and the brain drain.* Washington DC, World Bank / Palgrave Macmillan: Ch. 4.

McKenzie, David J. y Hilel Rapoport. 2006. *Can migration reduce educational attainment? Evidence from Mexico.* Washington DC, World Bank, Policy Research Working Paper 3952.

McKeown, Thomas. 1976. *The modern rise of population.* New York NY, Academic Press.

McSweeney, K. 2005. "Indigenous population growth in the lowland neotropics: social science insights for biodiversity conservation". *Conservation Biology* 19: 1375–1384.

Meadows, Donella H.; Dennis L. Meadows; J. Randers y W. W. Behrens III. 1972. *The limits to growth.* New York NY, Universe Books.

Medeiros, Marcelo y Joana Costa. 2006. *Poverty among women in Latin America: feminization or over-representation?* Brasília DF, International Poverty Center, Working Paper 20.

Mendoza, A. 2004. "Relevance of population aspects for the achievement of Millennium Development Goals 6 and 3: combating the spread of AIDS" En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Merrick, Thomas. 2001. "Population and poverty and households: a review of reviews". En: Nancy Birdsall; Alan C. Kelley y Steve W. Sinding (eds.). *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world.* Oxford/New York, Oxford University Press: Ch. 8.

Metts, Robert. 2004. Disability and development. Paper presented at the Disability and Development Research Agenda Meeting, World Bank, Washington DC, Nov. 16.

México. 2005. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: informe de avance 2005.* México DF, Gabinete de Desarrollo Humano y Social.

Meyers, B. 1998. *Migrant remittances to Latin America: reviewing the literature.* Los Angeles CA, Tomás Rivera Policy Institute Working Paper, USC.

Meyerson, Frederick A. B. 1998. "Population, carbon emissions, and global warming: the forgotten relationship at Kyoto". *Population and Development Review* 24 (1): 115-130.

Meyerson, Frederick A. B. 2001. Human population density, deforestation and protected areas management: a multi-scale analysis of Central America, Guatemala and the Maya Biosphere Reserve. Paper presented at the XXIV General Population Conference of IUSSP, Salvador, Brazil.

Mier y Terán R., Marta y Cecilia Rabell Romero. 2001. "Condiciones de vida de los niños en México, 1960-1995: el entorno familiar, la escolaridad y el trabajo". En: José Gómez

de León C. y Cecilia Rabell Romero. *La población de México: tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, CONAPO: 759-834.

Millennium Ecosystem Assessment. 2005 a. Ecosystems and human well-being: current state and trends. Findings of the Condition and Trends Working Group. Washington DC, Island Press, vol. 1.

Millennium Ecosystem Assessment. 2005. *Ecosystems and human well-being: scenarios. Findings of the Scenarios Working Group*. Washington DC, Island Press, vol. 2.

Milosavljevic, Vivian. 2003. El enfoque de género y la medición de la pobreza. Paper presented at the ILO/ECLAC Expert Meeting on Poverty and Gender, Santiago, August 12-13.

Mishra, Prachi. 2003. "Effect of emigration on wages in developing countries: evidence from Mexico". New York NY, Columbia University, Department of Economics, mimeo.

Mishra, Prachi. 2005. Macroeconomic impact of remittances in the Caribbean. Washington DC, IMF (mimeo.).

Mishra, Tapas K. 2004. *The role of components of demographic change in economic development: whither the trend?* Louvain, Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES).

Moctezuma L., Miguel y Oscar Pérez Veyna. 2006. Remesas colectivas, Estado y formas organizativas de los Mexicanos en EUA. Red Internacional de Migración y Desarrollo.

Moffitt, Robert. 2003. "Causal analysis in population research: an economist's perspective". *Population and Development Review* 29 (3): 448-458.

Molesworth, Kate. 2006. "Negotiating sexual and reproductive health: culture matters". *Medicus Mundi Schweiz* 100.

Monasch, Roeland y Mary Mahy. 2006. "Young people: the centre of the HIV epidemic". En: David A. Ross; Bruce Dick y Jane Ferguson (eds.). *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Ginebra, UNAIDS/ UNFPA/ UNICEF/WHO.

Montano, Silvia M. et al. 2005. "Prevalences, genotypes and risk factors for HIV trans-mission in South America". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 40 (1): 57-64.

Montes, Segundo. 1990. *El Salvador 1990: las remesas que envían los salvadoreños de Estados Unidos*. San Salvador, UCA.

Montgomery, Mark R. 2004. "The place of the urban poor in the Cairo Programme of Action and the Millennium Development Goals". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November*.

Montgomery, Mark R. y Lloyd, Cynthia B. 1999. "Excess fertility, unintended births, and children's schooling". En: Caroline H. Bledsoe et al. (eds.). *Critical perspectives on schooling and fertility in the developing world*. Washington DC, National Academy Press: Ch. 8.

Montgomery, Mark; R. Stren; B. Cohen y H. E. Reed (eds.). 2003. *Cities transformed: demographic change and its implication in the developing world*. Washington DC, Committee on Population, National Research Council.

Moore, Karen. 2005. *Thinking about youth poverty through the lenses of chronic poverty, life-course poverty and intergenerational poverty*. Manchester UK, IDPM/CPRC, CPRC Working Paper 57.

Mora, Jorge y J. Edward Taylor. 2004. "Remittances, inequality and poverty: evidence from rural Mexico". Washington, DC, World Bank, International Migration and Development Research Program, Development Economics Research Group (mimeo).

Mora, Luis. 2002. Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y Derechos Sexuales y Reproductivos. Hemispheric Conference on International Migration, Santiago, UNFPA.

Mora, Luis. 2003. Derechos y salud sexual y reproductiva en la conceptualización y medición de la pobreza con perspectiva de género. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

Mora, Luis; María José Moreno Ruiz y Tania Rohrer (eds.). 2006. *Social cohesion, reconciliation policies and public budgeting*. México, UNFPA/CST and GTZ.

Moran, E. F. 1991. "Deforestation and land use in Brazilian Amazon". *Human Ecology* 21 (1): 1-21.

Mordt, Olaf Valverde; Miguel Aragón; David Wheeler y Mary Guinn Delaney. 2003. *Comprehensive care and support services assessment in five Central American countries*. Guatemala, USAID/Guatemala–Central American Programme (G–CAP).

Morris L.; V. Sedivy; J. S. Friedman et al. 1995 *Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica 1993. Vol. 4. Sexual behaviour and contraceptive use among young adults*. Atlanta GA, US Dept. Health y Human Services / Centers for Disease Control and Prevention.

Morrison, Andrew R.; Mary Ellsberg y Sarah Bott. 2004. *Addressing gender-based violence in the Latin American and Caribbean Region: a critical review of interventions*. Washington DC, World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Poverty Sector Unit.

Morrison, Andrew R. y María B. Orlando. 1999. "Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua". En: Andrew R. Morrison y María L. Biehl (eds.). 1999. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington DC, IADB: Ch. 3.

Morrison, Andrew y María B. Orlando. 2004. *The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: Methodological considerations and new evidence*. Washington DC, World Bank.

Mosley, W. Henry y Lincoln C. Chen. 1984. "An analytical framework for the study of child survival in developing countries". *Population Development Review* 10, Supplement: 25.

Mountford, A. 1997. "Can a brain drain be good for growth in the source economy?" *Journal of Development Economics* 53 (2): 287-303.

Mukelabai, Kopano 2004. "Achieving the Millennium Development Goal to reduce under-five child mortality: a UNICEF perspective". En: UN Population Division. *Seminar on the*

Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.

Mullan, Fitzhugh. 2005. "The metrics of the physician brain drain". *New England Journal of Medicine* 353: 1810-1818.

Murphy, K. M. y Topel, R.H. 2002. "The economic value of medical research". En: Murphy, K. M. y Topel, R.H (eds.). *Exceptional returns.* Chicago, University of Chicago Press.

Murray, Christopher J. L.; K. Xu; D. B. Evans; K. Kawabata; P. Hanvoravongchai; R. Zeramdini; A. M. Aguilar-Rivera y D. B. Evans. 2003. "Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application". En: Christopher Murray y D. B. Evans (eds.). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism.* Ginebra, WHO.

Murrugarra, Edmundo y Martín Valdivia. 2000. "The returns to health for Peruvian urban adults by gender, age, and across the wage distribution". En: William D. Savedoff y T. Paul Schultz (eds.). *Wealth from health: linking social investment to earnings in Latin America.* Washington DC, IADB: Ch. 5.

Myers, Robert. 1995. *The twelve who survive: strengthening programmes of early childhood development in the Third World.* Michigan, High/Scope Press.

Myhrman, Antero; Päivi Olsén; Paula Rantakallio y Esa Läärä. 1995. "Does the wantedness of a pregnancy predict a child's educational attainment?" *Family Planning Perspectives* 27 (3): 116-119.

Nam, Valerie. 2005. Profile of the disabled population: 2001 Population Census – Jamaica. Paper presented at the IADB Seminar on Disability Statistics in the Caribbean, Kingston April 14-15.

Nass, Sharyl J. y Jerome F. Strauss (eds.). 2004. *New frontiers in contraceptive research: a blueprint for action.* Washington DC, National Academy Press.

Naciones Unidas. 1992. *Agenda* 21. New York NY, Naciones Unidas, Conferencia sobre el Medio Ambiente y Dearrollo (UNCED), Rio de Janeiro, Brasil, 3-14 de junio 1992.

Naciones Unidas. 1994 a. *Programa de Acción.* Adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre.

Naciones Unidas. 1994 b. *The health rationale for family planning: timing of births and child survival.* New York NY, UN Population Division, ST/ESA/SER.A/141.

Naciones Unidas. 1996. *The Habitat Agenda Goals and Principles, Commitments and the Global Plan of Action.* New York NY, Naciones Unidas.

Naciones Unidas. 2001. *Road map towards the implementation of the Naciones Unidas Millennium Declaration. Report of the Secretary-General.* New York NY, Naciones Unidas, A/56/326.

Naciones Unidas. 2002 a. *Plan of Implementation of the World Summit on Sustainable Development.* New York NY, Naciones Unidas.

Naciones Unidas. 2002 b. *Johannesburg Summit 2002 Fact Sheets: facts about water*. http://www.johannesburgsummit.org/html/media_info/pressreleases_factsheets/wssd4_water.pdf.

Naciones Unidas. 2004 a. *World Youth Report 2003 – The global situation of young people*. New York NY, Naciones Unidas.

Naciones Unidas. 2004 b. *World Economic and Social Survey 2004: International Migration*. New York NY, UN Population Division, E/2004/75/Rev.1/Add.1, ST/ESA/291/Add.1.

Naciones Unidas. 2005 a. *World Summit Outcome*. New York NY, Naciones Unidas.

Naciones Unidas. 2005 b. *Un concepto más largo de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos: Informe del Secretario-General*. New York NY, Naciones Unidas, A/59/2005.

Naciones Unidas. 2005 c. *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2005*. New York NY, Naciones Unidas.

Naciones Unidas. 2005 d. *World Survey on the Role of Women in Development: women and international migration*. New York NY, Naciones Unidas, Division for the Advancement of Women, A/59/287/Add.1, ST/ESA/294.

Naciones Unidas. 2006 a. *World population monitoring, focusing on international migration and development: Report of the Secretary-General*. New York NY, Naciones Unidas, E/CN.9/2006/3.

National Academy of Sciences. 2001. *Growing populations, changing landscapes: studies from India, China, and the United States*. Washington DC, National Academy Press.

National Institute of Allergy and Infectious Disease (NIAID). 2005. *HIV infection and AIDS: an overview*. National Institutes of Health – US Department of Health and Human Services.

National Research Council. 1986. *Population growth and economic development: research questions*. Washington DC, National Academy Press.

National Research Council. 1989. *Contraception and reproduction: health consequences for women and children in the developing world*. Washington DC, National Academy Press.

National Research Council. 1992. *Global environmental change: understanding the human dimensions*. Washington DC, National Academy Press.

Nations, J. D. y D. I. Komer. 1982. *Rainforests, cattle and hamburger society*. Austin TX, Center for Human Ecology.

Ndarishikanye, Barnabé. 2005. "Remittances from Canada to Central America and the Caribbean". En: Samuel Munzele Maimbo y Dilip Ratha (eds.). *Remittances: development impact and future prospects*. Washington DC, World Bank: 143-155.

Neri, Marcelo. 2003. *Retratos da deficiência no Brasil (PPD)*. Rio de Janeiro RJ, FGV/IBRE, CPS.

Neuhouser, Kevin. 1998. "If I had abandoned my children: community mobilization and commitment to the identity of mother in Northeast Brazil". *Social Forces*: 331-358.

Newland, Kathleen. 2003. "Migration as a factor in development and poverty reduction". *Migration Information Source*: http://www.migrationinformation.org/feature.

Nicaragua. 2003. *Metas de Desarrollo. Seguimiento a la Cumbre del Milenio. Nicaragua. Primer Informe.* Managua, Secretaría de Coordinación y Estrategia de la Presidencia.

Noroña, Kenya V. M. de Souza; Mônica Viegas Andrade y Simone Wajnman. 2006. A importância da saúde como um dos determinantes da distribuição de rendimentos da população adulta no Brasil. Paper presented at the II Congress of the Latin American Population Association (ALAP), Guadalajara.

Nortman, D. 1974. "Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development". *Reports on Population/Family Planning* 16.

Núñez, Jairo y Silvia Espinosa. 2005. *Pro-poor growth and pro-poor programs in Colombia.* Bogotá, Universidad de los Andes, Documento CEDE 2005-51.

Núñez, Jairo y Laura Cuesta. 2006. *Efectos de algunos factores demográficos sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia: estudio a profundidad de la ENDS 2005.* Bogotá, UNFPA/PROFAMILIA.

Núñez, Jairo; Juan Carlos Ramírez y Laura Cuesta. 2005. *Determinantes de la pobreza en Colombia, 1996-2004.* Bogotá, Universidad de los Andes, Documento CEDE 2005-60.

Nyberg-Sorensen, Nina; Nicholas Van Hear y Poul Engberg-Pedersen. 2002. "The migration-development nexus: evidence and policy options". *International Migration* 40 (5): 49-73.

OIM. 2003. *World Migration 2003: managing migration and challenges and responses for people on the move.* Ginebra, IOM World Migration Report Series. Ginebra, OIM.

OIM. 2005 a. *Internal migration and development: a global perspective.* Ginebra, IOM Migration Research Series 19.

OIM. 2005 b. *World Migration 2005: costs and benefits of international migration.* Ginebra, OIM, World Migration Report Series 3.

OIM. 2006. *Migrants' remittances and development: myths, rhetoric and realities.* Ginebra, OIM.

OIT. 2002. *Actas Provisionales* 25. 90th Meeting, June 3-20. Ginebra, OIT. http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/pr-25.pdf.

OIT. 2004 a. *Global employment trends for women* 2004. Ginebra, OIT.

OIT. 2004 b. *Panorama Laboral 2004, América Latina y el Caribe.* Lima, OIT.

OIT. 2004 c. *HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response.* Ginebra, OIT, Programa de VIH/SIDA y Banco Mundial.

OIT/UNESCO/OMS. 2004. *A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction, and social inclusion of people with disabilities.* Ginebra, OMS, Joint Position Paper.

Olavarría, J. y S. Madrid. 2005. *Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe.* México, UNFPA.

OMS. 2000. *Health systems: measuring performance.* Ginebra, OMS.

OMS. 2001 a. *Reproductive health indicators for global monitoring.* Ginebra, OMS.

OMS. 2001 b. *New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications.* Ginebra, OMS.

OMS. 2004 a. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000.* Ginebra, OMS.

OMS. 2004 b. *Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings.* Ginebra, OMS.

OMS. 2004 c. *Recruitment of health workers from the developing world. Report by the Secretariat.* Ginebra, Executive Board 114th Session EB 114/5:1,OMS.

OMS. 2004 d. *Malaria and HIV/AIDS interaction and implications: conclusions of a technical consultation convened by OMS, 23-25 June.* Ginebra, OMS.

OMS. 2005 a. *OMS multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* Ginebra, OMS.

OMS. 2005 b. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure.* Ginebra, OMS, Technical Briefs for Policy-Makers no. 2.

OMS. 2005 c. *Health and the Millennium Development Goals in 2005.* Ginebra, OMS.

OMS. 2006. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease.* Ginebra, OMS.

OMS. 2007. *World Health Statistics 2007.* Ginebra, OMS.

OMS/Global Programme on AIDS (GPA). 1994. *Management of sexually transmitted diseases.* Ginebra, OMS/GPA/TEM/94.1.

OMS/UNFPA/UNAIDS/IPPF. 2005. *Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA: un marco de referencia para estabelecer vínculos prioritarios.* Ginebra, OMS/UNFPA/UNAIDS/IPPF.

OMS/UNAIDS. 2006. *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond.* Ginebra, OMS.

OMS/UNFPA. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings.* Ginebra, OMS.

OMS/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2005. *Water for life: making it happen.* http://www.OMS.int/water_sanitation_health/ waterforlife.pdf.

OMS/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2006. *Meeting the MDG drinking water and sanitation target: the urban and rural challenge of the decade*. http://www.wssinfo.org/pdf/JMP_06.pdf.

O'Neill, Brian C. y B. Chen. 2002. "Demographic determinants of household energy use in the United States". *Methods of Population-Environment Analysis. A Supplement to Population and Development Review* 28: 53–88.

O'Neil, Brian C.; F. Landis MacKellar y Wolfgang Lutz. 1998. *Population and climate change*. Laxenburg, Austria, IIASA.

O'Neil, Kevin. 2003. *Brain drain and gaEn: the case of Taiwan*. Washington DC, Migration Policy Institute: www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?ID=155.

Oneron, A.; Ulisses Pithan; E. C. Confalonieri y Anastacio F. Morgado. 1991. "A situação de saúde dos Índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima". *Cadernos de Saúde Pública* 7 (4): 563-580.

Onori E y B. Grab. 1980. "Indicators for the forecasting of malaria epidemics". *Bulletin of the World Health Organization* 58: 91-98.

ONUSIDA. 2001. *Population mobility and AIDS*. Ginebra, ONUSIDA, Technical Update.

ONUSIDA. 2004. 2004 Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: 4th Global Report. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA. 2005 a. UNAIDS Fact sheet: Latin America. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA. 2005 b. *Caribbean Fact Sheet*. UNAIDS Epidemic Update 2005. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA. 2005 c. *Prevention Fact Sheet*. UNAIDS Epidemic Update 2005. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA. 2006 a. *Overview of the global AIDS epidemic, 2006*. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA. 2006 b. *Resource pack on HIV/AIDS – Operational guide on gender and HIV/AIDS: a rights based approach. Ginebra,* ONUSIDA.

ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS. Confronting the crisis*. New York/Ginebra, ONUSIDA/UNFPA/UNIFEM.

ONUSIDA/OMS. 2005. *AIDS epidemic update*. Ginebra, ONUSIDA/OMS.

ONUSIDA/OMS. 2006. *AIDS epidemic update*. Ginebra, ONUSIDA/OMS.

Oppenheim, Karen. 1994. Conceptualizing and measuring women's status. Paper presented at the PAA Meeting, Miami FL, May 5-8.

Oppenheim, Karen. 2004. "Contribution of the ICPD Programme of Action to Gender Equality and the Empowerment of Women". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November*.

Oppenheim Mason, Karen y Karen Kuhlthau 1992. "The perceived impact of child care costs on women's labor supply and fertility". *Demography* 29 (4): 523-543.

ORC-Macro. 2004. "Demographic and Health Surveys (DHS) Database". Data from various years. [Retrieved on Nov. 30, 2004, from www.measuredhs.com].

Orozco, Manuel. 2000. Latino hometown associations as agents of development in Latin America. Paper presented to the InterAmerican Dialogue and Tomas Rivera Policy Institute meeting, Jan. 31st.

Orozco, Manuel. 2001. *Remittances to Latin America and its effect on development.* Washington DC, IADB, Inter-American Dialogue Project.

Orozco, Manuel. 2002. "Globalization and migration: the impact of family remittances in Latin America". *Latin American Politics and Society 44 (2): 41-66.*

Orozco, Manuel. 2005 a. *Remittances and markets to Latin America: country profiles.* Washington DC, IADB, Inter-American Dialogue Project.

Orozco, Manuel. 2005 b. "La migración, el dinero y los mercados. La nueva realidad de Centroamérica". En: Donald F. Terry y S. R. Wilson (eds.). *Remesas de inmigrantes.* Washington DC, IADB.

Ortiz, Marina. 1997. Microempresa, migración y remesas en la República Dominicana, 1996-1997. Santo Domingo, FONDOMICRO.

Over, Mead A. 1992. *The macroeconomic impact of AIDS in Sub-Saharan Africa.* Washington DC, World Bank.

Over, Mead A. 1998. "The effects of societal variables on urban rates of HIV infection in developing countries: an exploratory analysis". En: Martha Ainsworth; Lieve Fransen y Mead Over (eds.). *Confronting AIDS: evidence from the developing world.* Brussels / Washington DC, European Commission / World Bank.

Over, Mead A.; Randall P. Ellis; Joyce H. Huber y Orville Solon. 1992. "The consequences of adult ill-health". En: Richard G. A. Feachem; Tord Kjellstrom; Christopher J. L. Murray; Mead Over y Margaret A. Phillips (eds.). *The health of adults in the developing world.* Oxford UK, Oxford University Press: 161-207.

Özden, Çağlar. 2005. Brain drain in Latin America. Washington DC, World Bank Development Research Group (mimeo).

Özden, Çağlar y Maurice Schiff (eds.). 2006. *International migration, remittances and the brain drain.* Washington DC, World Bank / Palgrave Macmillan.

Packer, L.; L. Morris; S. Taylor; J. J. McGregor; G. Leckie; K. Hardee; K. McClure; M. Rowan; C. Shepherd y B. Clark. 2004. *Determining the feasibility and potential scope of integration of Reproductive Health (FP/MCH/STI/HIV) services, using Portland and St. Ann's Bay as pilot sites.* Kingston, Jamaica: KPMG / Washington DC, Futures Group, POLICY Project.

Paes de Barros, Ricardo; Mirela de Carvalho y Samuel Franco. 2006. *Pobreza rural en Honduras: magnitud y determinantes.* Tegucigalpa, Alin Editora.

Paes de Barros, Ricardo; Rosane Mendonça y Daniel Santos. 1999. *Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil.* Rio de Janeiro, IPEA, Texto para Discussão 686.

Paes de Barros, Ricardo; Sérgio Firpo; Roberta Guedes Barreto y Philippe G. Pereira Leite. 2001. "Demographic changes and poverty in Brazil". En: Nancy Birdsall; Alan C. Kelley y Steve W. Sinding (eds.). *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world.* Oxford/New York, Oxford University Press: Ch. 11.

Pagliaro, H. 2002. A recuperação demográfica dos povos indígenas do Brasil: a experiência dos Kaiabi do Paque Indígena do Xingu-Mato Grosso. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) Mato Grosso. Available from http://www.abep.org.br.

PAHO. 2001. *Investing in health: social and economic returns.* Washington DC, PAHO.

PAHO/UNIFEM. 2005. *Violence against women and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean (LAC).* Fact sheet produced for a workshop in San José, Costa Rica, July.

Palacios, Robert. 1994. *International patterns of public pension coverage.* Washington DC, World Bank, Working Paper.

Pallitto, Christina C. y Patricia O'Campo. 2004. "The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia". *International Family Planning Perspectives* 30 (4).

Palloni, Alberto. 1994. "The relation between population and deforestation: methods for drawing causal inferences from macro and micro studies". En: Lourdes Arizpe, M. P. Stone y D. C. Major (eds.). *Population and environment: rethinking the debate.* Boulder CO, Westview Press: 125-165.

Palloni, Alberto y Sara Millman. 1986. "Effects of inter-birth intervals and breastfeeding on infant and early childhood mortality". *Population Studies* 40 (2): 215-236.

Palloni, Alberto; Guido Pinto Aguirre y S. Lastiri, 1994. "The effects of breast-feeding and the pace of childbearing on early childhood mortality in Mexico". *Bulletin of the Pan American Health Organization.* 28 (2): 93-110.

Palloni, Alberto; Susan DeVos y Martha Peláez, 1999. *Aging in Latin America and the Caribbean.* Madison, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin, CDE Working Paper 99-02.

Paraguay. 2003. *Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe de Paraguay.* Asunción.

Pardo, F. y G. Uriza. 1993. "Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 42.

Parker, Susan W. 1999. *Elderly health and salaries in the Mexican labor market.* Washington DC, IADB Latin American Research Network Working Paper R353.

Parrado, Emilio; Chenoa Flippen y Chris McQuiston. 2004. "Use of commercial sex workers among Hispanic migrants in North Carolina: implications for the spread of HIV". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36 (4): 150-156.

Passel, Jeffrey S. 2005. *Unauthorized migrants: numbers and characteristics*. Washington DC, Pew Hispanic Center.

Passel, J. S.; R. Capps y M. E. Fix. 2004. Undocumented immigrants: facts and figures. Washington DC, Urban Institute, www.urban.org/url.cfm?ID_1000587.

Patrinos, Harry A. 1998. *The costs of discrimination in Latin America*. Washington DC, World Bank, Working Paper, Human Capital Development and Operations Policy.

Patrinos, Harry A. y George Psacharopoulos. 1997. "Family size, schooling, and child labor in Peru: an empirical analysis". *Journal of Population Economics* 10 (4): 387-405.

Pautassi, Laura C. 2002. *Legislación previsional y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 42.

Paz, Jorge; José Miguel Guzmán; Jorge Martínez y Jorge Rodríguez. 2004. *América Latina y el Caribe: dinámica demográfica y políticas para aliviar la pobreza*. Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 53.

Pebley, Anne R. 1998. "Demography and the environment". *Demography* 35 (4): 377-398.

Pebley, Anne R. y Sara Millman. 1986. "Birthspacing and child survival". *Internation-al Family Planning Perspectives* 12 (1): 71-79.

Pebley, Anne R. y Paul W. Stupp. 1987. "Reproductive patterns and child mortality in Guatemala". *Demography* 24 (1): 43-60.

Peck, R.; D. W. Fitzgerald; B. Liautaud; M. M. Deschamps; R. I. Verdier; M. E. Beaulieu; R. GrandPierre; P. Joseph; P. Severe; F. Noel; P.Wright; W. D. Johnson Jr. y J. W. Pape. 2003. "The feasibility, demand, and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counseling and testing: evaluation of a 15-year experience in Haiti, 1985-2000". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 33 (4): 470-475.

Pellegrino, Adela. 2003. *La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes*. Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 35.

Pellegrino, Adela. 2004. *Migration from Latin America to Europe: trends and policy challenges*. Ginebra, IOM Migration Research Series 16.

Pender, John. 2001. "Rural population growth, agricultural change, and natural resource management in developing countries: a review of hypotheses and some evidence from Honduras". En: Nancy Birdsall; Alan C. Kelley y Steve W. Sinding (eds.). *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*. Oxford/New York, Oxford University Press: Ch. 12.

Perez-Then, Eddy; Ricarda Peña; María Tavarez-Rojas; Cleotilde Peña; Salvador Quiñonez; Marta Buttler; Arthur Ammann; William Hernández; Miguel Goyanes; María José Miguez y Gail Shor

Posner. 2003. "Preventing mother-to-child HIV transmission in a developing country: the Dominican Republic experience". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 34 (5): 506-551.

Perlman, Janice. 2004. "Marginality: from myth to reality in the favelas of Rio de Janeiro: 1969-2002". En: A. Roy y N. Alsayyad (eds.). *Urban informality: transnational perspectives from the Middle East, Latin America, and South Asia.* New York, Lexington.

Perú. 2004. *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú - un compromiso del país para acabar con la pobreza, la desigualdad y la exclusión.* Lima.

Perz, Stephen G. 2001. "Household demographic factors as life cycle determinants of land use in the Amazon". *Population Research and Policy Review* 203: 159-186.

Perz, Stephen G. 2002. "Household demography and land use allocation among small farms in the Brazilian Amazon". *Research in Human Ecology* 9 (2): 1-16.

Perz, Stephen G. 2003. "Social determinants and land use correlates of agricultural technology adoption in a forest frontier: a case study in the Brazilian Amazon". *Human Ecology* 31 (1): 133-165.

Pessar, Patricia. 2005. Women, gender, and international migration across and beyond the Americas: inequalities and limited empowernment. Paper presented at the Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean, Mexico City, Nov. 30 – Dec. 2. New York NY, UN Population Division, UN/POP/EGM-MIG/2005/08.

Petridou, E.; D. Trichopoulos; K. Revinthi; D. Tong y E. Papathoma. 1996. "Modulation of birthweight through gestational age and fetal growth". *Child Care, Health and Development* 22: 37.

Pfaff, A. S. P. 1999. "What drives deforestation in the Brazilian Amazon? Evidence from satellite and socioeconomic data". *Journal of Environmental Economics and Management* 37: 26-43.

Pharmaco-Economics Working Group of the Rockefeller Foundation. 2001. Microbicides Initiative. *The economics of microbicide development: a case for investment.* New York NY, Rockefeller Foundation.

Pichón, F. J. 1997. "Settler households and land-use patterns in the Amazon frontier: farm-level evidence from Ecuador". *World Development* 25 (1): 67-91.

Pimentel, D.; R. Harman; M. Pacenza; J. Pecarsky y M. Pimentel. 1994. "Natural resources and an optimum human population". *Population and Environment* 15 (5): 347-369.

Pimm, S. L.; G. J. Russell; J. L. Gittleman y T. M. Brooks. 1995. "The future of biodiversity". *Science* 269: 347-350.

Ping, Huang y Zhan Shaohua. 2005. Internal migration in China: linking it to development En: F. Laczko (ed.). *Migration and Poverty Reduction in Asia.* International Organization for Development, Department for International Development (UK), and Ministry of Foreign Affairs, Peoples Republic of China: 65-84.

Pinto Aguirre, Guido. 1995. *Child mortality and reproductive patterns in urban Bolivia.* Madison: University of Wisconsin Center for Demography and Ecology CDE Working Paper 95-28.

PNUD. 1995. *Informe sobre Desarrollo Humano* 1995. New York NY, Oxford University Press.

PNUD. 1997. *Informe sobre Desarrollo Humano* 1997. New York NY, Oxford University Press.

PNUD. 1998. *Informe sobre Desarrollo Humano* 1998. New York NY, Oxford University Press.

PNUD. 2003. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza.* New York NY, Oxford University Press.

PNUD. 2006. *Informe sobre Desarrollo Humano 2006. Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua.* New York NY, Oxford University Press.

PNUD/PNUMA/Banco Mundial. 2003. *World Resources 2002-2004.* Washington DC, World Resources Institute.

POPNET. 2004. "Population, human capital and water in Egypt". *Population Network Newsletter* 36. Laxenburg, Austria, IIASA.

Popolo, Fabiana del. 2001. *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina.* Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 19.

Popolo, Fabiana del y Ana María Oyarce. 2005. Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo y de las Metas del Milenio. Paper presented at the Conference on Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe. Santiago, ECLAC.

Population Action International. 2001. *Meeting the challenge: contraceptive projections and the donor gap.* Washington DC, Population Action International.

Population Council. 1994. *Gender-based abuse and women's reproductive health.* New York NY, Population Council.

Population Council. 2004. *Building assets for safe, productive lives: a report on a workshop on adolescent girls' livelihoods.* New York NY, Population Council.

Portnov, Boris A. y Uriel N. Safriel. 2004. "Combating desertification in the Negev; dryland agriculture vs. dryland urbanization". *Journal of Arid Environments* 56: 659–680.

Powell, B. y L. C. Steelman. 1993. "The educational benefits of being spaced out: sibship density and educational progress". *American Sociological Review* 58: 367-381.

Pressar, P. R. 2005. *Women, gender, and international migration across and beyond the Americas: inequalities and limited empowerment.* Prepared for the Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean, Mexico City, Nov. 30 – Dec. 2. New York NY, UN Population Division, UN/POP/EGM-MIG/ 2005/08.

Preston, David. 1998. "Post-peasant capitalist grazers: the 21st century in southern Bolivia". *Mountain Research and Development* 18 (2): 151-158.

Preston, Samuel. 1996 a. "Population studies of mortality". *Population Studies* 50 (3): 525-536.

Preston, Samuel. 1996 b. "The effects of population growth on environmental quality". *Population Research and Policy Review* 15: 95-108.

Pretty, J. y H. Ward. 2001. "Social capital and the environment". *World Development* 29 (2): 209-227.

Prothero, R. Mansell. 1977. "Disease and mobility: a neglected factor in epidemiology". International. *Journal of Epidemiology* 6: 259-267.

Prothero, R. Mansell. 1994. "Forced movements of population and health hazards in tropical Africa". *International Journal of Epidemiology* 23: 657-664.

Prothero, R. Mansell. 1995. "Malaria in Latin America: environmental and human factors". *Bulletin of Latin American Research* 14 (3): 357-365.

Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). 2003. *Central American multi-site HIV/ STI prevalence and behaviour study*. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA): www.pasca.org/english/estudio_eng.htm.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 a. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 b. *Taking action: achieving gender equality and empowering women*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, Fuerza Tarea sobre Educación e Igualdad de Género.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 c. *Combating AIDS in the developing world*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines, Working Group on HIV/AIDS.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 d. *Population, Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 e. *Preparing National Strategies to achieve the Millennium Development Goals: a handbook*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 f. *A home in the City*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, Fuerza Tarea sobre la Mejora de la Vida de Residentes de Tugurios.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 g. *Who's got the power: transforming health systems to improve the lives of women and children*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, Fuerza Tarea sobre Salud Infantil y Materna.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2005 h. *Halving hunger: it can be done*. New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, Fuerza Tarea sobre Hambre.

Proyecto del Milenio de Naciones Unidas. 2006. *Public choices, private decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals.* New York NY, Proyecto del Milenio de Naciones Unidas.

Psacharopoulos, George. 1993. *Returns to investment in education: a global update.* Washington DC, World Bank, Working Paper 1067.

Psacharopoulos, George y A. M. Arriagada. 1989. "The determinants of early age human capital formation: evidence from Brazil". *Economic Development and Cultural Change* 37: 683-708.

Psacharopoulos, George y Harry A. Patrinos (eds.). 1994. *Indigenous people and poverty in Latin America.* Washington DC, World Bank.

Pulerwitz, J; J. Izazola-Licea y S. L. Gortmaker. 2001. "Extrarelational sex among Mexican men and their partners' risk of HIV and other sexually transmitted diseases". *American Journal of Public Health* 91 (10): 1650–1652.

Quesnel, André. 2005. Dinámicas demo-sociales de la población indígena y afrodescendiente en América Latina. Paper presented at the Conference on Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe. Santiago, ECLAC.

Quisumbing, Agnes R. y John A. Maluccio. 2000. *Intra-household allocation and gender relations: new empirical evidence from four developing countries.* Washington DC, International Food Policy Research Institute, FCND Discussion Paper 84.

Rajagopalan, P. K.; P. Jambulingam; S. Sabesan; K. Krishnamoorthy; S. Rajendran; Gunasekaran K y N. P. Kumar. 1986 "Population movement and malaria persistence in Rameswaram Island". *Social Science and Medicine* 22: 879-86.

Ramachandran, R. 1997. *Economic impacts of tuberculosis on patients and family.* Chennai, Tuberculosis Research Centre, Indian Council of Medical Research.

Ramírez, Carlota; María García Domínguez y Julia Míguez Morais. 2005. *Crossing borders: remittances, gender and development.* Santo Domingo, INSTRAW. http: //www.un-instraw.org/en/images/stories/remmitances/documents/crossing_borders.pdf.

Ramírez Bautista, Elia. 2000. Latin American women in Europe: immigration, work, gender and reception. Paper presented at the Meeting of the Latin American Studies Association (LASA), Miami.

Ratha, Dilip. 2003. "Worker's remittances: an important and stable source of external development finance". En: World Bank. *Global development: striving for stability in development finance.* Washington DC, World Bank, vol. 1: 157-175.

Ravallion, Martin. 1997. "Good and bad growth: the Human Development Reports". *World Development* 25 (5): 631-638.

Ray, Ranjan. 2000. "Child labor, child schooling, and their interaction with adult labor: empirical evidence from Peru and Pakistan". *World Bank Economic Review* 14 (2): 347–67.

Redford, Kent H. y Allyn M. Stearman. 1993. "Forest dwelling native Amazonians and the conservation of biodiversity: interests in common or in collision?" *Conservation Biology* 7 (2): 248-255.

Reichman, Nancy E. y D. Pagnini. 1997. "Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey". *Family Planning Perspectives* 29: 268-272.

Reid, Walter V. 1992. "Tropical deforestation and species extinction". En: Timothy C. Whitmore y Jeffrey A. Sayer (eds.). *How many species will there be?* London UK, Chapman y Hall: 55-73.

República Bolivariana de Venezuela. 2004. *Cumpliendo las Metas del Milenio.* Caracas.

República Dominicana. 2004. *Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Santo Domingo.

Reuben, R. 1993. "Women and malaria: special risks and appropriate control strategy". *Social Science and Medicine* 37: 473-480.

Reynolds, Heidi W.; J. Liku y B. N. Maggwa. 2003. Assessment of voluntary counseling and testing centers in Kenya. Unpublished paper, Family Health International.

Reynolds, Heidi W.; Barbara Janowitz; R. Homan y R. Johnson. 2006. "The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission". *Sexually Transmitted Diseases* 33 (6): 350-356.

Reynolds, Heidi W.; M. J. Steiner y W. Cates Jr. 2005. "Contraception's proved potential to fight HIV". *Sexually Transmitted Infections* 81 (2): 184-185.

Reynolds, Heidi W.; Emelita L.Wong y Heidi Tucker. 2006. "Adolescents' use of maternal and child health services in developing countries". *International Family Planning Perspectives* 32 (1).

Rezende, Sonaly. 2005. *Aspectos demográficos da cobertura de serviços de saneamento no Brasil urbano contemporâneo.* Belo Horizonte MG, CEDEPLAR/UFMG, PhD thesis.

Ribero, Rocío y Jairo Núñez. 1999. *Productivity of household investment in health: the case of Colombia.* Washington DC, IADB Latin American Research Network, Working Paper R354.

Rico, Mará Nieves. 1998. *Género, medio ambiente y sostenibilidad del desarrollo.* Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 25.

Riofrío, Gustavo. 2003. "The case of Lima, Peru". En: UN HABITAT. *Understanding slums: case studies for the Global Report on Human Settlements.* London UK, Earthscan.

Rios, A. V. V. 2001. "Populações humanas em áreas protegidas". En: Lima, A. (org.). *Aspectos jurídicos da proteção da Mata Atlântica.* São Paulo SP, Documentos do ISA 7, Instituto Socioambiental.

Rios-Neto, Eduardo L. G. 2005. "Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro". *Revista Brasileira de Estudos de População* 22 (2): 371-408.

Rocheleau, Dianne E. 1995. "Gender and biodiversity: a feminist political ecology perspective". *IDS Bulletin, Gender Relations and Environmental Change* 26 (1).

Rodda, Annabel. 1991. *Women and the environment.* London UK, Zed Books.

Rodríguez Vignoli, Jorge. 2000. *Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales.* Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 5.

Rodríguez Vignoli, Jorge. 2004. *Migración interna en América Latina y el Caribe. Estudio regional del período 1980-2000.* Santiago de Chile, CELADE, Serie Población y Desarrollo 32.

Rogers, Beatrice L., 1995. "Feeding programs and food-related income transfers". En: P. Pinstrup-Anderson; D. Pelletier y H. Alderman (eds.). *Child growth and nutrition in developing countries: priorities for action.* Ithaca NY, Cornell University Press.

Rogers, Beatrice L. 2003. *Health and economic consequences of malnutrition. Background Paper.* New York NY, UNICEF.

Ronsmans, Carine y Oona M. R. Campbell. 1998. "Short birth intervals don't kill women: evidence from Matlab, Bangladesh". *Studies in Family Planning* 29: 282-90.

Rosa, Humberto; Marcelo Goldani; Thomas Scanlon; Antonio da Silva; Elsa Giugliani; Marilyn Agranonik y Andrew Tomkins. 2006. "Barriers for HIV testing during pregnancy in Southern Brazil". *Revista de Saúde Pública* 40 (2): 220-225.

Rosenzweig, Mark R. 1990. "Population growth and human capital investments: theory and evidence". *Journal of Political Economy* 98: S38-S70.

Rosenzweig, Mark R. 2004. Copenhagen opposition paper on population and migra-tion. Copenhagen, Copenhagen Consensus.

Rosenzweig, Mark R. y Kenneth I. Wolpin. 1980. "Testing the quantity-quality fertility model: the use of twins as a natural experiment". *Econometrica* 48 (1): 227-240.

Rosero-Bixby, Luis y Alberto Palloni. 1998. "Population and deforestation in Costa Rica". *Population and Environment* 20 (2): 149-78.

Rosero-Bixby, Luis y Arodys Robles. 2006. Los dividendos demográficos en Costa Rica a partir del mapeo de la economía del ciclo vital del individuo. Paper presented at the II Congress of the Latin American Population Association (ALAP), Guadalajara.

Ross, David A.; Bruce Dick y Jane Ferguson. 2006. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries.* Ginebra, UNAIDS/UNFPA/ UNICEF/WHO.

Roy, Nikhil Chandra; Thomas T. Kane y Barkat-e-Khuda. 2000. Socioeconomic and health implications of adult deaths in families of rural Bangladesh. Mohakhali, Bangladesh, ICDDRB: Centre for Health and Population Research, Working Paper 132.

Rubalcava P., Luis N. y Graciela Teruel. 2004. "The role of maternal cognitive ability on child health". Economics and Human Biology 2: 439-455.

Ruel, Marie T. y Agnes R. Quisumbing. 2006. The Guatemala Community Day Care Program: an ex*ample of effective urban planning*. Washington DC, IFPRI, Research Report 144.

Rugalema, Gabriel, Silke Weigang y James Mbwika. 1999. *HIV/AIDS and the commercial agricultural center of Kenya: impact, vulnerability, susceptibility and coping strategies*. New York NY, FAO/UNDP.

Russell, Sharon. 1992. "Migrant remittances and development". *International Migration* 30 (3/4): 267-287.

Russell, Steven. 2004. "The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome". American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 71: 147-155.

Rutenberg, Naomi y Carolyn Baek. 2005. "Field experiences integrating family planning into programs to prevent mother-to-child transmission of HIV". *Studies in Family Planning* 36 (3): 235-45.

Rutstein, Shea. 2005. "Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, ander under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 89: S7-S24.

Ruzany, M. H.; S. R. Taquette; R. G. Oliveira; Z. V. Mireilles y I. B. Ricardo. 2003. "A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS?" *Jornal de Pediatria* 79 (4).

Saad, Paulo M. 2003. "Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE". *Notas de Población* 77.

Saad, Paulo M. 2005. "Informal support transfers of the elderly in Brazil and Latin America?" En: Ana A. Camarano (ed.). *Sixty plus: the elderly Brazilians and their new social roles*. Rio de Janeiro RJ, IPEA: Ch. 6.

Saboia, João. 2005. "Non-contributory pensions and poverty prevention among the elderly in Brazil?" En: Ana A. Camarano (ed.). *Sixty plus: the elderly Brazilians and their new social roles*. Rio de Janeiro RJ, IPEA: Ch. 11.

Sachs, Jeffrey. 2005. *The end of poverty: economic possibilities for our time*. London UK, Penguin Books.

Sachs, Jeffrey; S. Radelet y J. Lee. 1997. "Economic growth in Asia". En: Asian Development Bank. *Emerging Asia: changes and challenges*. Manila, Asian Development Bank.

Sadik, Nafis. 2001. Saving women's lives: a public health approach. Lecture on the Occasion of the 2001 Frank A. Calderone Lectureship and Prize of The Mailman School of Public Health, Columbia University. April 17.

Safe Motherhood. 2002. *Fact Sheets: Adolescent Sexuality and Childbearing*. New York NY.

Salgado de Snyder, *V. N.; M. Díaz Pérez y M. Maldonado. 1996.* "AIDS: risk behaviors among rural Mexican women married to migrant workers in the United States". *AIDS Education and Prevention* 8 (2): 134–142.

Santarriaga et al.1996. "HIV/AIDS in a migrant exporter Mexican State". *XI International Conference on AIDS. July, Vancouver.*

Santillán, Diana y María Eugenia Ulfe. 2006. *Destinatarios y usos de remesas: una oportunidad para las mujeres salvadoreñas?* Santiago de Chile, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 78.

Santillán, María M.; Benoît Laplante y María C. Street. El efecto de los eventos demográficos y de las características socioeconómicas sobre el riesgo de empobrecerse en la Argentina. Un análisis longitudinal de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (1995-2003). Paper presented at the II Congress of the Latin American Population Association (ALAP), Guadalajara.

Savedoff, William D. y T. Paul Schultz (eds.). 2000 a. *Wealth from health: linking social investment to earnings in Latin America.* Washington DC, IADB.

Savedoff, William D. y T. Paul Schultz. 2000 b. "Earnings and the elusive dividends of health". En: William D. Savedoff y T. Paul Schultz (eds.). Wealth from health: linking social investment to earnings in Latin America. Washington DC, IADB: Ch 1.

Sawyer, Donald R. 1992 "Malaria and the environment". Brasília DF, Instituto Sociedade, Populacão e Natureza, Documento de Trabalho 13.

Schiff, Maurice. 2006. "Brain gaEn: claims about its size and impact on welfare and growth are greatly exaggerated". En: Çağlar Özden y Maurice Schiff (eds.). *International migration, remittances and the brain drain.* Washington DC, World Bank / Palgrave Macmillan: Ch. 6.

Schipper, L. 1996. "Lifestyles and the environment: the case of energy". *Daedalus* 125: 113–138.

Schmidt, Caroline. 2003. *Emigration of nurses from the Caribbean: causes and consequences for the socioeconomic welfare of the country.* Port-of-Spain, ECLAC, LC/CAR/G.748.

Schultz, T. Paul. 2001. "Why governments should invest more to educate girls". *World Development* 30 (2): 207–25.

Schultz, T. Paul. 2004. "Demographic determinants of savings: estimating and interpreting the aggregate association in Asia". New Haven CT, Yale University, Economic Growth Center Discussion Paper 901.

Schultz, T. Paul y Germano Mwabu. 2003. "The causes and consequences of fertility in contemporary Kenya". New Haven/Nairobi, Yale University / University of Nairobi.

Schweinhart L. J.; H. Barnes y D. Weikart. 1993. *Significant benefits: the high/scope Perry Preschool Study through age 27.* Ypsilanti MI, High Scope Press.

Seguino, Stéphanie. 2000. "Gender inequality and economic growth: a cross-country analysis". *World Development* 28 (7): 1211-1230.

Sen, Amartya K. 1982. *Choice, welfare and measurement.* Cambridge MA, Harvard University Press.

Sen, Amartya K. 1985. *Commodities and capabilities.* Amsterdam, North Holland.

Sen, Amartya K. 1997. *Resources, values and development.* Cambridge MA, Harvard University Press.

Sen, Amartya K. 2004. Disability and Justice. Speech at the Second International Disability and Development Conference. World Bank. Available at: http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,menuPK:282704~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:282699,00.html.

Sen, Gita. 1994. "Women, poverty and population: issues for the concerned environmentalist". En: L. Arizpe, P. Stone, y D. Majors (eds). *Population and development: rethinking the debate.* Boulder CO, Westview Press.

Senauer, B. 2004. "The contributions of the ICPD Programme of Action toward achieving the reduction of hunger". En: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

Senauer, Benjamin. y M. Garcia. 1991. "Determinants of the nutrition and health status of preschool children: an analysis with longitudinal data". *Economic Development and Cultural Change 39* (2): 371-389.

Serageldin, Mona; Yves Cabannes; Elda Solloso et al. 2004. Migratory flows, poverty and social inclusion in Latin America. Symposium on Urban Futures, Economic Growth, and Poverty Reduction, Cambridge UK, Sept. 13-14.

Serrano, Claudia. 2005. *La política social en la globalización: programas de protección en América Latina.* Santiago de Chile, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 70.

Service, M. W. 1991. "Agricultural development and arthropod-borne diseases: a review". *Revista de Saúde Pública* 25: 165-168.

Setty-Venugopal V. y U. D. Upadhyay. 2002. *Birth spacing: three to five saves lives.* Baltimore MD, Johns Hopkins Population Information Program, Population Reports, Series L #13.

Sevilla-Casas, E. 1993. "Human mobility and malaria risk in the Naya river basin of Colombia". *Social Science and Medicine* 37: 1144-1167.

Shapiro-Mendoza, Carrie; Beatrice J. Selwyn; David P. Smith y Maureen Sanderson. 2005. "Parental pregnancy intention and early childhood stunting: findings from Bolivia". *International Journal of Epidemiology* 34 (2): 387– 396.

Siddiqui, T. 2005. "The role of migration and Millennium Development Goals: DFID-RMMRU Partnership. In UNFPA, 2005. *International migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.*

Simmons, Alan B. 1984. "Migration and rural development: conceptual approaches, research findings and policy issues". En: *Population distribution, migration and development.* New York NY, UN Population Division, ST/ESA/SER.A/89: 156-192.

Simmons, Alan D.; Dwaine Plaza y Victor Piché. 2005. The remittance sending practices of Haitians and Jamaicans in Canada. Paper presented at the Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean, Mexico City, Nov. 30 – Dec. 2. New York NY, UN Population Division, UN/POP/EGM-MIG/2005/08.

Simone, Jean; Jean W. Pape y Rose I. Verdier. 1999. "The natural history of HIV infection in Haitian infants". *Pediatric Infectious Diseases Journal* 18: 58-63.

Sims, Jacqueline y Maureen E. Butter. 2000. *Gender equity and environmental health.* Cambridge MA, Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper.

Singh, Ram D. y G. E. Schuh. 1986. "The economic contribution of farm children and the household fertility decisions: evidence from a developing country, Brazil". *Indian Journal of Agricultural Economics* 41 (1): 29–41.

Singh, Susheela; Jacqueline E. Darroch; Michael Vlassoff y Jennifer Nadeau. 2003. *Adding it up: the benefits of investing in Sexual and Reproductive Health care.* New York NY, Alan Guttmacher Institute/UNFPA.

Skeldon, Ronald. 1997. "Rural-to-urban migration and its implications for poverty alleviation". *Asia-Pacific Population Journal* 12 (1): 3-16.

Skeldon, Ronald. 2002. "Migration and poverty". *Asia-Pacific Population Journal* 17 (4): 67-81.

Skeldon, Ronald. 2003 a. Interlinkages between internal and international migration and development in the Asian region. Paper presented at the Ad Hoc Expert Group Meeting on Migration and Development, Bangkok, Aug. 27-29.

Skeldon, Ronald. 2003 b. Migration and poverty. Paper presented at the Conference on African Migration in Comparative Perspective, Johannesburg, South Africa, June 4-7.

Skeldon, Ronald. 2005. "Linkages between migration and poverty: the Millennium Development Goals and population mobility". En: UNFPA. *International Migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA.

Skinner, Emmeline J. 2006. *Older people, urban poverty and social livelihood strategies in Bolivia.* London UK, University College, Dept. of Geography, PhD thesis.

Smil, Vaclav. 1993. *Global ecology: environmental change and social flexibility.* London/ New York, Routledge.

Smith, Herbert L. 2003. "Some thoughts on causation as it relates to demography and population studies". *Population and Development Review* 29 (3): 459-469.

Soares, Cristiane. 2003. La medición de la pobreza en Brasil y los indicadores de género. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

Soares, Serguei. 2006 a. *Aprendizado e seleção: uma análise da evolução educacional brasileira de acordo com uma perspectiva de ciclo de vida.* Brasília DF, IPEA, forthcoming Discussion Paper.

Soares, Serguei. 2006 b. *Relative and absolute demographic bonus in schooling.* Brasília DF, IPEA, Project RLA5P201, Research Paper 1.

Sonfield, Adam. 2006. "Working to eliminate the world's unmet need for contra-ception". *Guttmacher Policy Review* 9 (1).

Sørensen, N. N. 2004. The development dimension of migrant transfers. Copenhagen, Danish Institute for International Studies, DIIS Working Paper 16.

Sorj, Bila. 2007. *Género, correspondencia entre trabajo productivo y reproductivo y presupuesto público. Análisis comparativo de Brasil, Costa Rica, Chile, México y Panamá.*México DF, UNFPA/GTZ.

Speizer, Ilene; R. Magnani y C. Colvin. 2003. "Effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries". *Journal of Adolescent Health* 33 (5): 324-348.

Sriskandarajah, Dhananjayan. 2005 a. "Reassessing the impacts of brain drain on developing countries". Washington DC, Migration Information Source, Migration Policy Institute: www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?ID=324.

Sriskandarajah, Dhananjayan. 2005 b. Migration and development. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration. www.gcim.org

Staab, Silke. 2004. *In search of work: international migration of women in Latin America and the Caribbean. Selected bibliography.* Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 51.

Stall, Ron y Thomas C. Mills. 2006. "A quarter century of AIDS". *American Journal of Public Health* 96 (6).

Stark, Oded. 2004. "Rethinking the brain drain". *World Development* 32 (1): 15-22.

Stark, Oded y Y. Wang. 2002. "Including human capital formation: migration as a substitute for subsidies". *Journal of Public Economics* 86 (1): 29-46.

Stier, H. y N. Lewin-Epstein. 2001. "Welfare regimes, family-supportive policies, and women's employment along the life-course". *American Journal of Sociology* 106: 1731–1760.

Stilwell, B.; K. Diallo; P. Zurn; M. Vuljicic; O. Adams; y M. Dal Poz. 2004. "Migration of health care workers from developing countries: strategic approaches to its management". *Bulletin of World Health Organization* 82 (8): 595-600.

Stloukal, L. 2001. Rural population ageing in poorer countries: possible implications for rural development. Roma: FAO. http://www.fao.org/sd/2001/pe0501a_en.htm.

Stloukal, L. 2004. Rural population ageing in developing countries: issues for consideration by FAO. Roma: FAO. http://www.fao.org/sd/dim_pe3/pe3_040401a1.htm.

Stonich, Susan C. 1989. "Processes and environmental destruction: a Central American case study". *Population and Development Review* 15 (2): 269-296.

Stover, John; Nomi Fuchs; Daniel Halperin; Amanda Gibbons y Duff Gillespie. 2003. *Costs and benefits of adding family planning to services to prevent mother to child transmission of HIV (PMTCT).* Washington DC, Futures Group.

Strauss, John y Ducan Thomas. 1998. "Health, nutrition and economic development". *Journal of Economic Literature* 36: 766-817.

Strong, Michael A. (1992). "The health of adults in the developing world: the view from Bangladesh." *Health Transition Review* 2 (2): 215-231.

Stubbs, Josefina y Hiska Reyes. 2004. *Migration in the Caribbean: a path to development?* Washington DC, World Bank.

Szasz Pianta, Ivonne. 1999. "La perspectiva de género en el estudio de la migración femenina en México". En: Brígida García (ed.). *Mujer, género y población en México.* México DF, Colegio de México / SOMEDE: 167-210.

Székely, Miguel. 2003. "Es possible un México con menor pobreza y desigualdad". En: José A. Aguilar (ed.). *México: crónicas de un país posible.* México DF, Fondo de Cultura Económica.

Tang Nain, Gemma. 2003. Poverty measurement in the Caribbean: a critique of current approaches from a gender perspective. Paper presented at the International Technical Meeting on the Incorporation of Gender in Poverty Measurement, La Paz, Sept. 23-25.

Taylor, Alan M. 1995. "Debt, dependence and the demographic transition: Latin America in to the next century". *World Development* 23 (5): 869-879.

Taylor, Alan M. y Jeffrey G. Williamson. 1994. "Capital flows to the New World as an intergenerational transfer". *Journal of Political Economy* 102: 348–69.

Taylor, J. Edward. 1987. "Undocumented Mexico-US migration and the returns to households in rural Mexico". *American Journal of Agricultural Economics* 69: 626-638.

Taylor, J. Edward. 1999. "The New Economics of labour migration and the roles of remittances in the migration process". *International Migration* 37 (1): 63-88.

Taylor, J. Edward y Irma Adelman. 1996. *Village economies: the design, estimation and application of village-wide economic models.* Cambridge UK, Cambridge University Press.

Taylor, M. Scott y James A. Brander. 1998. "The simple economics of Easter Island: a Ricardo-Malthus model of renewable resource use". *American Economic Review* 88: 119-138.

Terborgh, Anne; James E. Rosen; Roberto Santiso Gálvez; Willy Terceros; Jane T. Bertrand y Sheana E. Bull. 1995. "Family planning among indigenous populations in Latin America". *International Family Planning Perspectives* 21 (4): 143–166.

Terry, Donald F. 2005. "Las remesas como instrumento de desarrollo". En: Donald F. Terry y S. R. Wilson (ed.). *Remesas de inmigrantes.* Washington DC, IADB.

Tharamangalam, Joseph. 1998. "The perils of social development without economic growth: the development debacle of Kerala, India". *Bulletin of Concerned Asian Scholars* 30 (1).

Theuermann, Gerda. 2005. "Traficking in human beings and the Millennium Development Goal 3: Promoting gender equality and the empowerment of women". En: UNFPA. *International Migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA: 125-138.

Thomas, Duncan; John Strauss y Maria Helena Henriques. 1990. "Child survival, height for age and household characteristics in Brazil". *Journal of Development Economics* 33: 197-234.

Thomas, Duncan; John Strauss y Maria Helena Henriques. 1991. "How does mother's education affect child height?" *Journal of Human Resources* 26 (2): 183-211.

Thomas-Hope, E. 2005. "Current trends and issues in Caribbean migration". En: ECLAC. *Regional and International Migration in the Caribbean and Its Impacts on Sustainable Development: Compendium on Recent Research on Migration in the Caribbean.* Port-of-Spain, ECLAC: 53-67.

Thouez, Colleen. 2005. "The impact of remittances on development". En: UNFPA. *International Migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA: 41-52.

Thurler, Ana Liési. 2004. *Paternidade e deserção: crianças sem reconhecimento, maternidades penalizadas pelo sexismo.* Brasília DF, University of Brasília (UnB), Department of Sociology, PhD thesis.

Tjadens, F. 2002. "Health care shortages: where globalisation, nurses and migration meet. *Eurohealth.* 8 (3): 33-35.

Tobin, James. 1967. "Life-cycle savings and balanced economic growth". En: William Fellner (ed.). *Ten essays in the tradition of Irving Fisher.* New York, Wiley.

Todaro, Michael P. 1969. "A model of labor migration and urban unemployment in less developed countries". *American Economics Review* 59: 138-148.

Torero, Máximo; Jaime Saavedra; Hugo Ñopo y Javier Escobal. 2002. *The economics of social exclusion in Peru: an invisible wall?* Lima, GRADE.

Torres, Federico. 1998. *Uso productivo de las remesas en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.* México DF, CEPAL, LC/MEX/R.662.

Torres, Haroldo G. 1999. "A demografia do risco ambiental". En: Harlodo Torres y Heloísa Costa (eds.). *População e meio ambiente: debates e desafios.* São Paulo, SENAC.

Torres, Haroldo G. 2002. "Migration and the environment: a view from the Brazilian Metropolitan Areas". En: Daniel J. Hogan; Elza Berquó y Heloísa M. Costa. *Population and environment in Brazil.* Campinas SP, CNPD/ABEP/NEPO.

Torres, Haroldo G. Torres y E. Marques. 2001. "Reflexões sobre a hiperferiferia: novas e velhas faces da pobreza no entorno metropolitano". *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais* 3.

Traversa, María Teresa. 2001. Violencia e la pareja. La cara oculta de la relación. Washington DC, IADB.

Triest, R. K.; M. Sapozhnikov y S. A. Sass. 2006. Population aging and the struct-ure of wages. Chestnut Hill MA, Center for Retirement Research at Boston College.

Trussell, T. James. 1998. "Teenage pregnancy in the United States". *Family Planning Perspectives* 20 (6): 262-272.

Tuirán, Rodolfo. 2002. "Migración, remesas y desarrollo". En: ECLAC/IADB/IOM/ UNFPA. *International migration and development in the Americas*. Santiago de Chile, ECLAC: 77-87.

Tuirán, Rodolfo y Rebeca Wong. 1993. *Transferencias familiares de ingresos*. México, SOMEDE.

Tunali, Insan. 2000. "Rationality of migration". *International Economic Review* 41 (4): 893-920.

Tuomala, R. E. et al. 1999. "Cervical dysplasia on cervicovaginal Papanicolaou smear among HIV-I-infected pregnant and nonpregnant women. Women and infants transmission study". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 20: 300-307.

Turra, Cássio M. y Eduardo L. G. Rios-Neto. 2001. Intergenerational accounting and economic consequences of aging in Brazil. Paper presented at the IUSSP XXIV International Population Conference, Salvador BA, Brazil.

Turra, Cássio M. y Bernardo L. Queiroz. 2005. Before it's too late: demographic transition, labor supply and social security problems in Brazil. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures, Mexico City.

UICN/PNUMA/Conservation Monitoring Centre. 2003. *2003 UN List of Protected Areas.* Gland/Cambridge, IUCN/ UNEP/Conservation Monitoring Centre.

UNESCO. 2003. *Education for All: Global Monitoring Report 2003/2004.* Paris, UNESCO.

UNFPA. 1996. *El Estado de la Población Mundial 1996 - Un paisaje en transformación: la población, el desarrollo y el futuro urbano*. New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2000. *El Estado de la Población Mundial 2000*. New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2001 a. *Population, environment and poverty linkages: operational challenges*. New York NY, UNFPA, Series Population and Development Strategies 1.

UNFPA. 2001 b. *El Estado de la Población Mundial 2001*. New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2002 a. *El Estado de la Población Mundial 2002*. New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2002 b. *Promoting Reproductive Health as a poverty reduction strategy*. New York NY, UNFPA, Reproductive Health Branch, Information Note.

UNFPA. 2003 a. *Global population and water: access and sustainability.* New York NY, UNFPA, Series Population and Development Strategies 6.

UNFPA. 2003 b. *The impact of HIV/AIDS: a Population and Development perspective.* New York NY, UNFPA, Series Population and Development Strategies 9.

UNFPA. 2003 c. *Population, Reproductive Health and the Millennium Development Goals.* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2004 a. "The ICPD and MDGs: close linkages". In: UN Population Division. *Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, 17-19 November.*

UNFPA. 2004 b. *El Estado de la Población Mundial 2004 – el consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza.* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2004 c. *The case for investing in young people as part of a national Poverty Reduction Strategy.* New York NY, UNFPA, Reference Notes on Population and Poverty Reduction.

UNFPA. 2005 a. *International migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2005 b. "Ending widespread violence against women". *Population Issues Overview.*

UNFPA. 2005 c. *El Estado de la Población Mundial 2005 – La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio.* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2005 d. *Contributing to national Poverty Reduction Strategies: a UNFPA action guide.* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2005 e. *Guía de argumentos para la promoción y defensa de los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* México, UNFPA/EAT.

UNFPA. 2005 f. *Achieving the ICPD Goals: Reproductive Health Commodity Requirements 2000-2015.* New York, NY. Technical Support Division. UNFPA.

UNFPA. 2005 g. *Reducing poverty and achieving the Millennium Development Goals: arguments for investing in Reproductive Health and Rights.* New York NY, UNFPA, TSD.

UNFPA. 2005 h. *Rights into action: UNFPA implements rights-based approach.* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2006 a. UNFPA framework for action on adolescent and youth, 4 keys to open doors with young people. Draft paper for discussion. New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2006 b. *Human rights-based programming: what is it?* New York NY, UNFPA.

UNFPA. 2007. *El Estado de la Población Mundial 2007 – Liberar el potencial del crecimiento urbano.* New York NY, UNFPA.

UNFPA/IMPP. 2004. *Meeting the challenges of migration: progress since the ICPD*. New York/ Ginebra: UNFPA and the International Migration Policy Programme.

UNFPA/WHO/PATH. 2005. *Condom Programming for HIV Prevention: an operations manual for programme managers*. UNFPA/WHO/PATH.

UNFPA/WHO. 2006. *Sexual and Reproductive Health of women living with HIV/AIDS. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. New York/Ginebra, UNFPA/WHO.

UN HABITAT. 2003. *The challenge of slums: Global report on Human Settlements*. London UK, Earthscan.

UN HABITAT. 2004. *State of the World's Cities: trends in Latin America and the Carribean*. London, Earthscan.

UN HABITAT. 2005. *Financing urban shelter*. London UK, Earthscan.

UN HABITAT. 2006. *Achieving global goals in small urban centres: water and sanitation in the world's cities*. London, Earthscan.

UNICEF. 1990. *Strategy for improved nutrition of children and women in developing countries*. New York NY, UNICEF.

UNICEF. 2000. *Jamaican children and their families: a situation assessment and analysis 1999-2000*. Kingston, UNICEF.

UNICEF. 2004 a. *A child survival report card*. New York NY, UNICEF, Progress for Children 1.

UNICEF. 2004 b. *Children's well-being in small island developing states and territories*. New York NY, UNICEF.

UNICEF. 2005 a. *A report card on immunization*. New York NY, UNICEF, Progress for Children 3.

UNICEF. 2005 b. *Situação das crianças e dos adolescentes na tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai: desafios e recomendações*. Brasília DF, UNICEF.

UNICEF/UNAIDS/WHO. 2002. *Young people and HIV/AIDS. Opportunity in crisis*. New York NY, UNICEF/UNAIDS/WHO.

UNIFEM. 2002. *Progress of the world's women 2002, vol. 2*. New York, UNIFEM.

UNINSTRAW / FUNGLODE. 2006. *Regional Consultation on Migration, Remittances and Development in Latin America and the Caribbean*. Santo Domingo, July 27-28.

Uribe Mallarino, Consuelo. 2002. *La reforma de pensiones en Colombia y la equidad de género*. Santiago de Chile, ECLAC, Unidad de Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 41.

Uruguay. 2003. *Objetivos de Desarrollo del Milenio en Uruguay*. Montevideo.

US Department of State. 2005. Trafficking in Persons Report. http://www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2005.

Usher, E. 2005 a. *The Millennium Development Goals and migration.* IOM Migration, Vol. 20, Research Series.

Usher, E. 2005 b. "The role of migration in achieving the Millennium Development Goals". En: UNFPA, 2005. *International migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting.* New York NY, UNFPA: 29-40.

Uthoff, Andras. 2006. "Brechas del Estado de bienestar y reformas a los sistemas de pensiones en América Latina". *Revista de la CEPAL* 89: 9-37.

Uunk, Wifred; Matthijs Kalmijn y Ruud Muffels. 2005. "The impact of young children on women's labour supply: a reassessment of institutional effects in Europe". *Acta* Sociologica 48 (1): 41-62.

Valdés, Alejandra. 2007. *Género, correspondencia entre trabajo productivo y reproductivo y presupuesto público. El caso de Chile.* México DF, UNFPA/GTZ.

Valdez-Santiago, R. y L. H. Sanin-Aguirre.1996. "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer". *Salud Pública de México* 38: 352-362.

Van Dalen, Hendrik P. y Mieke Reuser. 2005. *Assessing size and structure of worldwide funds for population and AIDS activities.* The Hague, NIDI, UNFPA/UNAIDS/ NIDI Resource Flows Project.

Van den Bergh, J. C. J. M. y H. Verbruggen. 1999. "Spatial sustainability, trade and indicators: an evaluation of the 'ecological footprint'". *Ecological Economics* 29 (1): 63-74.

Van der Gaag, J. y J.-P. Tan. 1998. *The benefits of early child development programs: an economic analysis.* Washington DC, World Bank.

Van der Lippe, T. 2001. "The effect of individual and institutional constraints on hours of paid work of women: an international comparison". En: T. Van der Lippe y L. Van Dijk (eds.). *Women's employment in a comparative perspective.* New York NY, Aldine de Gruyter: 221-243.

Van Eyck, K. 2004. *Women and international migration in the health sector.* Ferney-Voltaire, France, Public Services International.

Vasconcelos, Pedro de. 2005. Improving the development impact of remittances. Paper presented at the Expert Group Meeting on International Migration and Development in Latin America and the Caribbean, Mexico City, Nov. 30 – Dec. 2. New York NY, UN Population Division, UN/POP/EGM-MIG/2005/08.

Vélez-Echavarría, Carlos E.; Marcelo Medeiros y Sergei Soares. 2002. Education and inequality reduction in Brazil: demographic opportunities and inter-cohort differentials. Paper presented at the 7th Annual LACEA Meeting, Madrid, 11-13 Oct.

Verhoeff, F. H.; B. J. Brabin; C. A. Hart; L. Chimsuku; P. Kazembe y R. Broadhead. 1999. "Increased prevalence of malaria in HIV infected pregnant women and its implications for malaria control". *Tropical Medicine and International Health* 4: 5-12.

Vial, I.; E. Muchnik y S. Francisco Mardones. 1989. "Women's market work, infant feeding practices and infant nutrition among low-income women in Santiago, Chile". En: Joanne Leslie y M. Paolisso (eds.). *Women, work and child welfare in the Third World.* Boulder CO, Westview Press: 131-160.

Viani, R. M.; M. R. G. Araneta; J. Ruiz-Calderón; P. Hubbard; G. Lopez; E. Chacón-Cruz y S. Spector. 2006. "Perinatal HIV counseling and rapid testing in Tijuana, Baja California, Mexico: seroprevalence and correlates of HIV infection". Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 41 (1): 87-92.

Víctora, César G. y Fernando C. Barros. 2001. "Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions". *São Paulo Medical Journal* 119 (1).

Viscusi, W. K. 1993. "The value of risks to life and health". *Journal of Economic Literature* 31: 1912-1946.

Vlassoff, Carol. 1991. "Social and economic research in TDR: future directions" *Parasitology Today* 7: 37-39.

Vlassoff, Carol y E. Bonilla. 1994. "Gender-related differences and the impact of tropical diseases on women: what do we know?" *Journal of Biosocial Science* 26: 37-53.

Vlassoff, Michael y Stan Bernstein. 2006. *Resource requirements for a basic package of Sexual and Reproductive Health care and population data in developing countries: ICPD costing revisited.* New York NY, Background Paper prepared for the United Nations Millennium Project: www.unmillenniumproject.org.

Vringer, K. y K. Blok. 1995. "The direct and indirect energy-requirements of house-holds in the Netherlands". *Energy Policy* 23: 893–902.

Vujicic, M.; P. Zurn; K. Diallo; O. Adams y M. Dal Poz. 2004. "The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries". *Human Resources for Health* 2 (3).

Wackernagel, M. y W. Rees. 1996. *Our ecological footprint: reducing human impact on the Earth.* Gabriola Island BC, New Society Publishers.

Wagstaff, Adam y Mariam Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges.* Washington, DC, World Bank: www-wds.worldbank.org/ servlet/ WDSContentServer/WDSP/IB/2004/07/15/000009486_20040715130626/Rendered/ PDF/296730PAPER0Mi1ent0goals0for0health.pdf.

Wagstaff, A. y E. van Doorslaer. 2003. "Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998". *Health Economics* 12 (11): 921-934.

Wahba, J. 2000. *Do market wages influence child labour and child schooling?* Washington DC, World Bank Social Protection Discussion Paper 0024.

Wahl, Lissie; Luis Limachi y José Barletti. 2003. "Del discurso oficial al caserío rural: el desarrollo regional y la carretera Iquitos-Nauta". En: Carlos E. Aramburú y Eduardo Bedoya Garland (eds.). *Amazonía: procesos demográficos y ambientales.* Lima, Consorcio de Investigación Económica y Social.

Walmsley, Terrie L. y L. Alan Winters. 2003. *Relaxing the restrictions on the temporary movements of natural persons: a simulation analysis*. London, Centre for Economic Policy Research, CEPR Discussion Paper 3719.

Ward, J. 2002. *If not now, when? Addressing gender-based violence in refugee, internally displaced and post-conflict settings*. Washington DC, Reproductive Health for Refugees Consortium.

Ware, Helen. 1984. "Effects of maternal education, women's roles, and child care on child mortality". En: W. Henry Mosley y Lincoln C. Chen (eds.). Child survival: strategies for research. Supplement to *Population and Development Review* 10: 191-214.

Wattelar, Christine y Guido Roumans. 1991. "Simulations of demographic objectives and migration". En: OECD. *Migration. The demographic aspects*. Paris, OECD.

Watts, C. y C. Zimmerman. 2002. "Violence against women: global scope and magnitude". *Lancet* 359, 9313: 1232-1237.

Webb, Steven y Heidi Zia. 1990. "Lower birth rates = higher saving in LDCs". *Finan-ce and Development* 27: 12–14.

Webster, P. M. 2004. "Bringing western health care to the Peruvian Amazon". *Cultural Survival Quarterly* 28: 33–35.

Weissman, Eva y Janneke Saltner. 2005. *RH Costing Model, Version 1.1 (Millennium Project Version)*. New York NY, UNFPA.

Wells, M. y K. Brandon, K (eds). 1992. *People and parks: linking protected areas with local communities*. Washington DC, World Bank, WWF / USAID.

Westley, F.; U. Seal; O. Byers y G. D. Ness. 1998. "People and habitat protection". *Parks* 8 (1), IUCN, Gland, Switzerland.

White, Howard. 2004. "Infant and child mortality". En: Richard Black y Howard White (eds.). *Targeting development: critical perspectives on the Millennium Development Goals*. London UK, Routledge.

Wickramasekara, Piyasiri. 2002. Policy responses to skilled migration: retention, return and circulation. Meeting on Skilled Migrations organized by the Institut de Sociologie de l'Université de Neuchâtel and the Forum Suisse pour l'Étude des Migrations et de la Population, Neuchatel, Switzerland, Nov. 7-8.

Wilcove, D.; C. H. McLellan y A. P. Dobson. 1986. "Habitat fragmentation in the temperate zone". En: M. E. Soule (ed.). *Conservation biology: the science of scarcity and diversity*. Sunderland MA, Sinauer Assoc.: 237-256.

Willekens, Frans. 2005. *Towards a system of reproductive health accounts*. The Hague, NIDI, Report 68.

Williamson, Jeffrey. 2001. "*Demographic change, economic growth and inequality*". En: Nancy Birdsall; Alan C. Kelley y Steve W. Sinding (eds.). *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*. Oxford/New York NY, Oxford University Press: Ch. 5.

Wils, Anna B. 1996. *PDE-Cape Verde: a systems study of population, development, and environment.* Laxenburg, Austria, IIASA.

Winter, Mary; Earl W. Morris y Arthur D. Murphy. 1993. "The health status of women in Oaxaca: determinants and consequences". *Social Science and Medicine* 37 (11): 1351-1358.

Wodon, Quentin; Rodrigo Castro-Fernández; Kihoon Lee; Gladys López-Acevedo; Corinne Siaens; Carlos Sobrado y Jean-Philippe Tre. 2001. "Poverty in Latin America: trends (1986-1998) and determinants". *Cuadernos de Economía* 38.

Wodon, Quentin; Diego Ángel-Urdinola; Gabriel González-Konig; Diana Ojeda Revah y Corinne Siaens. 2002. Migration and poverty in Mexico's Southern States. Washington DC, World Bank, Regional Studies Program, Office of the Chief Economist for Latin America and the Caribbean.

Wolfe, Barbara y Jere Behrman. 1982. "Determinants of child mortality, health, and nutrition in a developing country". *Journal of Development Economics* 11: 163-193.

Wolfenson, James. 2005. "Greater equity for disabled people." *Development Outreach.*

Women's Environment and Development Organization (WEDO). 1999. *Rights, risks and reforms: a 50-country survey assessing government actions five years after the International Conference on Population and Development.* New York NY, WEDO.

Wong, Rebeca y M. Espinoza. 2003. "Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México". *Papeles de Población* 37.

Wood, Charles H. 1982. "Equilibrium and historical structural perspectives on migration". *International Migration Review* 16 (2).

Woodruff, Christopher y René Zenteno. 2001. Remittances and micro-enterprises in Mexico. San Diego CA, Graduate School of International Relations and Pacific Studies (mimeo.).

World Assembly on Ageing. 2002. *Report of the Second World Assembly on Ageing.* Madrid, 8-12 April.

World Resources Institute (WRI). 1997. *World Resources 1996-97: a Guide to the Global Environment – the urban environment.* (Internet Version www.igc.org/wri/wr-96-97/96tocfil.html).

World Resources Institute (WRI); UNEP y UNDP. 1994. *World Resources, 1994-95.* New York/Oxford, Oxford University Press.

Xu, Fujie; P. H. Kilmarx; S. Supawitkul; C. Manopaiboon; S. Yanpaisarn; K. Limpakarnjanarat; S. Chaikummao; P. A. Mock; N. L. Young y T. D. Mastro. 2002. "Incidence of HIV-1 infection and effects of clinic-based counseling on HIV preventive behaviors among married women in Northern Thailand". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 29: 284–288.

Xu, Ke; David B. Evans; Kei Kawabata; Riadh Zeramdini; Jan Klavus y Christopher J. L. Murray. 2003. "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis". *The Lancet* 362: 111-117.

Young, Anthony. 2005. "Poverty, hunger and population policy: linking Cairo with Johannesburg". Geographical Journal 171 (1): 83-95.

Young, Frank W.; Barry Edmonston y Nancy Andes. 1983. "Community-level determinants of infant and child mortality in Peru". *Social Indicators Research* 12 (1): 65-81.

Zaba, Basia y John Clarke. 1994. *Environment and population change*. Liège, Ed. Ordina.

Zárate-Hoyos, Germán A. 2005. "El impacto de las remesas de los migrantes en el desarrollo de México". En: Donald F. Terry y S. R. Wilson (eds.). *Remesas de inmigrantes*. Washington DC, IADB.

Zepeda S., Mauricio. 2003. Análisis estadístico de la situación de las personas con discapacidad en Chile. Paper presented at the IADB Seminar on Disability Statistics in the Southern Cone, Buenos Aires, July 7-8.

Zlotnik, Hania. 2005. "International migration trends since 1980". En: UNFPA. *International Migration and the Millennium Development Goals. Selected papers for the UNFPA Expert Group Meeting*. New York NY, UNFPA: 13-25.

Notas técnicas

Nota 1: Parámetros de modelo para la simulación de RAMSEY en 1.2.3

La esperanza de vida saludable al nacer es de 67.00 para los Ricos y 59.00 para los Pobres. Los Ricos inician el período con una población de 37.07 en el grupo etario de 0-14, 100.00 en el grupo etario de 15-64 y 23.31 en el tramo de 65+. Las cifras correspondientes para los Pobres son 132.97, 200.00 y 17.90, respectivamente. Como el número de unidades de Consumo por Adulto Equivalente (CAE) de la población de 0-14 años es 0.6 y el número para la población mayor de 65 es igual a 0.8, el número total inicial de unidades de consumo adulto es 140.89 para los Ricos y 294.10 para los Pobres. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es 2.50 para los Ricos y 4.00 para los Pobres, con un inicio de la fecundidad a los 21 años para los Ricos y 18 para los Pobres. Tanto los Ricos como los Pobres dedican 11 años a la crianza de cada hijo (generalmente con traslapos entre los hijos), una carga que, en el escenario de base, cae enteramente sobre las mujeres, las cuales durante este período no participan en la fuerza laboral. La migración es determinada por parámetros seleccionados de tal forma que el monto anual promedio de remesas que entran la economía equivale a cerca de 7.5% del producto doméstico total.

Los exponentes α y β de las funciones de producción (de Cobb-Douglas) para bienes de consumo y capital humano, respectivamente, son 0.35 y 0.65. El coeficiente tecnológico e institucional para la producción de bienes de consumo (A) es constante, con valor de 0.75 para los Ricos y 0.60 para los Pobres, mientras que el coeficiente correspondiente B para la producción de capital humano es 0.25, tanto para los Ricos como para los Pobres. La depreciación de capital físico es de 10% anuales. Los Ricos inician con un monto hipotético de 5,000 unidades (arbitrarias) de capital físico y 1,000 unidades de capital humano, divididas entre su población en edad de trabajar. Los Pobres tienen 1,000 unidades de capital físico y 1,000 unidades de capital humano, divididas igualmente entre dos categorías de trabajadores, rotuladas como de alta y baja aptitud, los cuales difieren en términos de su grado de respuesta al entrenamiento. La razón entre los grados de respuesta entre trabajadores de alta y baja aptitud es 1.6 en el caso de los Ricos y 1.4 para los Pobres. La escolarización gratuita hasta los 15 años llega a 6 unidades (años) para los Ricos y 4 para los Pobres; a partir de este momento, la adquisición adicional de capital humano se considera una inversión, excepto un aumento de 1% al año debido a la experiencia adquirida en el trabajo. El ingreso varía proporcionalmente con el monto de capital humano de cada trabajador. Ya que la formación de capital humano es endógena, el perfil etario de generación de ingreso de cada trabajador se constituye de una manera parecida con la curva típica del ciclo vital en el caso de los hombres, pero contiene un "bajón" importante durante los años de la crianza de hijos en el caso de las mujeres.[1]

1 Como todos los parámetros del modelo, la división de género del trabajo puede ser cambiada exógenamente, por ejemplo para atribuir una cierta proporción de la responsabilidad por la crianza de los hijos a los hombres, lo cual permite a las mujeres mantener un nivel más alto de participación laboral y formación de capital humano durante esta fase del ciclo de vida.

El mercado de trabajo (de los Pobres que trabajan para los Ricos) se supone predominantemente competitivo, pero tiene algún grado (30%) de determinación monopsónica de salarios, lo cual favorece a los Ricos. El mínimo de subsistencia abajo del cual no se permite que el consumo caiga, es de 0.2 unidades Adulto Equivalentes. La tasa intrínseca de descuento del futuro, que expresa la preferencia por beneficios presentes sobre beneficios futuros, es de 1% anual, tanto para los Ricos como para los Pobres. Adicionalmente, los individuos descuentan el futuro por 1.5% anuales por descendiente adulto sobreviviente, mientras que la tasa bruta de mortalidad sirve como el tercer componente de la tasa de descuento.

Los costos de salud constan del modelo según los siguientes parámetros:

Costos curativos privados de salud por año de morbilidad:	Ricos 1.00	Pobres 0.40
Costos curativos públicos de salud por año de morbilidad:	Ricos 0.40	Pobres 0.40
Costos preventivos privados de salud por vida salvada:	Ricos 0.90	Pobres 0.15
Costos preventivos públicos de salud por vida salvada:	Ricos 0.25	Pobres 0.25

El proceso de optimización en términos de la utilidad descontada en el tiempo recibida por los Ricos y los Pobres se hace más complejo debido a que la mejor estrategia de cada grupo depende del comportamiento del otro grupo. La solución estándar para este problema, que no es incomún en procesos de optimización dinámica, es la llamada estrategia "telaraña". Para encontrar una solución de equilibrio, la utilidad obtenida por los Ricos primero se optimizó en términos de sus variables de control, mientras que se asumía algún comportamiento arbitrario por parte de los Pobres. Dada esta trayectoria óptima de los Ricos, se optimizaron las variables de control de los Pobres, y así por delante hasta que las utilidades condicionales de ambos los Ricos y los Pobres convergieran a sus respectivos máximos.

Nota 2: Opciones metodoloógicas diferentes para los coeficientes que definen la capacidad de generación de ingresos para diferentes categorías de miembros del hogar en 1.2.4

Si se define la capacidad de generación de ingresos de jefes de hogar masculinos con 35-49 años (arbitrariamente) como 1, otros individuos generalmente tienen una capacidad relativa que se expresa como una fracción de ésta. Los coeficientes que definen las capacidades de generación de ingresos de diferentes tipos de individuos en el modelo DMPAP pueden ser estimados según cinco métodos diferentes. En la llamada metodología directa, los niveles de productividad se determinan simplemente por la medición de los ingresos relativos de diferentes tipos de miembros de los hogares. Paes de Barros et al. Aplicaron este método a nivel de cada hogar para evaluar cómo el ingreso total del hogar variaría en la medida que hubiera cambios en su composición (Variante 1, llamada Método Directo Heterogénea). En DMPAP, los coeficientes se determinan a un nivel más agregado. En la variante de Venezuela, este llamado Método Directo Homogéneo calculó las capacidades relativas de generación de ingresos para cada categoría de miembros de los hogares con base en la población entera (Variante 2). En la variante brasileña, la población se dividió primero en cuatro categorías de ingreso per capita: menos de la mitad de la línea de pobreza, entre 50-100% de la línea de pobreza, entre una y dos veces la línea de pobreza y más de dos veces la

línea de pobreza (Variante 3). Esta división se justifica, entre otras razones, por la tendencia bien documentada de las familias pobres a movilizar miembros adicionales del hogar para las actividades económicas, particularmente cuando su ingreso total tuvo una reducción reciente. De forma más particular, el procedimiento tiene la ventaja de permitir una mejor representación de las capacidades relativas de generación de ingresos de los miembros de hogares que viven cerca de la línea de pobreza.

Sin embargo, los métodos directos de ambos tipos tienen la desventaja que no consideran el efecto de la presencia de ciertas categorías de miembros del hogar sobre la capacidad de generación de ingresos de otros. Asimismo, los niños dependientes no sólo tienen un coeficiente de 0, sino que su contribución en realidad puede ser negativa, en la medida en que dificultan que sus madres encuentren empleo fuera del hogar.[2] Por otro lado, las mujeres de tercera edad pueden no tener un ingreso propio, pero pueden permitir que otros generen un ingreso en la medida en que asumen ciertas tareas de la economía doméstica.

En la variante brasileña del modelo, este problema se abordó de una manera relativamente sencilla, aunque un poco arbitraria, por la definición de coeficientes Directos Modificados (Variante 4). Éstos se determinaron de una forma semejante a los pesos directos homogéneos de arriba, incluso con la desagregación en cuatro categorías de ingreso per capita, pero con la diferencia de que sólo se tomaron en consideración a hogares sin niños menores de 15 años y adultos mayores dependientes (o sea, que no fueran jefes del hogar o cónyuges del jefe). En seguida se asumió que la presencia de niños menores de 10 años resta una cierta cantidad de capacidad de generación de ingresos a cónyuges en el tramo de 15-34 años, mientras la presencia de personas adultas mayores, particularmente de mujeres adultas mayores, recompone parte de dicha capacidad. Con base en observaciones empíricas anteriores, se asumió también que el efecto negativo más fuerte se alcanza cuando hay 3 niños; cuando hay más de 3, su efecto adverso sobre la capacidad de generación de ingresos disminuye un poco en la medida en que los mayores comienzan a cuidar de los menores.

En el caso de Venezuela, se usó un abordaje distinto, basado en pesos determinandos indirectament (Variante 5). Éstos se estiman por medio de un proceso algo intensivo en términos de demanda de tiempo, parecido con regresión, en que se escojen los coeficientes de tal manera que se maximice el poder explicativo de la composición de los hogares (véase Hakkert, 2006, para detalles). Este proceso también debe pasar por una corrección, para evitar sesgos debidos a diferencias en las estructuras promedio de los hogares entre los pobres y los no-pobres (un tipo de sesgo de endogeneidad asociado con las influencia causal inversa). Aunque hay una alta correlación entre los coeficientes de productividad determinados por la vía directa y la indirecta, los coeficientes modificados e indirectos tienden a prever efectos más fuertes de la población sobre la pobreza que los coeficientes directos.

2 Sin embargo, es notable que la CEPAL (2003: Figura III.5) no encontró diferencias marcadas entre las tasas de participación laboral femenina en 14 países latinoamericanos dependiendo del número de niños con edades abajo de los 15 años en el hogar. Lo sí encontraron – algo sorprendentemente – fue un aumento de las tasas de participación laboral masculina en la medida en que aumentaba el número de niños dependientes. Esto puede explicar la falta de consistencia en los coeficientes indirectamente estimados por número de niños en las edades de 0-9 y 10-14 años en el modelo DMPAP, que se encontró tanto en Venezuela como en Brasil.

Glosario de Abreviaciones

ALC – América Latina y el Caribe
AOD – Asistencia Oficial de Desarrollo
AOE – Atendimiento Obstétrico de Emergencia
ARV – Antiretrovirales
ASP – Análisis de Situación del País
AVAD - Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVISA – Años de Vida Saludables
BID – Banco Interamericano de Desarrollo
BPN – Bajo Peso al Nacer
CAE – Consumo por Adulto Equivalente
CAREC – *Caribbean Epidemiology Centre* (Centro Caribeño de Epidemiología)
CARICOM – *Caribbean Community and Common Market* (Comunidad y Mercado Común Caribeño)
CCA – *Common Country Assessment* (Evaluación Común del País)
CCMSAWP - Programa de Trabajadores Agrícolas Estacionales Caribeños y Mexicanos de la Mancomunidad Canadiense
CDC – *Centers for Disease Control* (Centros para el Control de Enfermedades) (EUA)
CELADE – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CGE – *Computable General Equilibrium* (Equilibro Computable General)
CIPD – Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CLAP – Centro Latinoamericano de Perinatología
CMMI - Comisión Mundial sobre Migración Internacional
COE – Cuidado Obstétrico de Emergencia
CONAPO – Consejo Nacional de Población (México/Bolivia)
DALY – *Disability Adjusted Life Years* (véase AVAD / AVISA)
DIU – Dispositivo Intra-Uterino
DSR – Derechos Sexuales y Reproductivos
EDS – Encuestas Demográficas y de Salud
EMF – Encuesta Mundial de Fecundidad
ENADID – Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (México)
ENDEF – *Estudo Nacional de Despesa Familiar* (Estudio Nacional de Gasto Familiar)
ENESF – Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (Honduras)
ENIGH – Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENPOFAM – Encuesta de Población y Familia
EPHPM – Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (Honduras)
FAO – *Food and Agriculture Organisation* (Organización de Alimentos y Agricultura)

FMI – Fondo Monetario Internacional
HIPC – *Highly Indebted Poor Countries* (Países Pobres Altamente Endeudados)
HTA – *Home Town Association* (Asociación de Migrantes por Comunidad de Origen)
IDH – Índice de Desarrollo Humano
IEC – Información, Educación y Comunicación
IED – Inversión Extranjera Directa
IMPP – *International Migration Policy Programme* (Programa Internacional de Políticas Migratorias)
INCAP – Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
IPEA – *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada* (Instituto de Investigación Económica Aplicada) (Brasil)
ITS – Infecciones Transmisibles Sexualmente
IUSSP – *International Union for the Scientific Study of Population* (Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población)
MCH-FP – *Maternal and Child Health – Family Planning* (Salud Materno-Infantil – Planificación Familiar)
MDGR – *Millennium Development Goals Report* (Informe sobre los ODM)
MECOVI - Encuesta de Medición de Condiciones de Vida
NIDI – *Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute* (Instituto Interdisciplinario de Demografía de Holanda)
NTA – *National Transfer Accounts* (Cuentas Nacionales de Transferencias)
OCDE – Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
ODM – Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM – Organización Internacional para la Migración
OIT – Organización Internacional del Trabajo
OMS – Organización Mundial de Salud
ONG – Organización No Gubernamental
ONUSIDA – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS – Organización Panamericana de Salud
PdA – Programa de Acción (de la CIPD)
PNAD – *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares) (Brasil)
PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POF – *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (Encuesta de Presupuestos Familiares) (Brasil)
PPA – Paridad de Poder Adquisitivo
PPE – Profilaxis Post-Exposición
PRSP – *Poverty Reduction Strategy Paper* (Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza)
RBC – Rehabilitación de Base Comunitaria
RCI – Retraso del Crecimiento Intrauterino
RHCS – *Reproductive Health Commodity Security* (Seguridad de Suministros de Salud Reproductiva)

RMM – Razón de Mortalidad Materna
RQNLA – *Reintegration of Qualified Latin American National* (Reintegración de Nacionales Latinoamericanos Calificados)
SABE – Salud, Bienestar y Envejecimiento
SEDESOL – Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano (México)
SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNUC – Sistema Nacional de Unidades de Conservación (Brasil)
SR – Salud Reproductiva
SSR – Salud Sexual y Reproductiva
SUS – Sistema Único de Salud (Brasil)
TB – Tuberculosis
TBM – Tasa Bruta de Mortalidad / Matrícula
TBN – Tasa Bruta de Natalidad
TGF – Tasa Global de Fecundidad
TLCAN – Tratado de Libre Comercio de América del Norte
TMH – Transmisión de Madre a Hijo
TMI – Tasa de Mortalidad Infantil
UICN – Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza
UIP – Unión Interparlementaria
UNCED – *United Nations Conference on Environment and Development* (Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo)
UNDAF – *United Nations Development Assistance Framework* (Marco de Asistencia de Desarrollo de las Naciones Unidas)
UNFPA – *United Nations Population Fund* (Fondo de las Naciones Unidas para Población)
UNIFEM – *United Nations Development Fund for Women* (Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer)
VIH – Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH – Virus del Papiloma Humano
WEDO – *Women's Environment and Development Organization* (Organización de Ambiente y Desarrollo de las Mujeres)

Índice temático[1]

adolescentes Intro; Acerca; 1 Intro; 1.2; 1.2.4; 1.2.7; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.7.1; 2 Intro; 2.2; 2.3; 2.3.1; 3.1; 3.2; 4.2.2; 4.5; 5.1; 5.2; 5.2.3; 6.1.1; 6.1.2; 6.2; 6.3; 6.4.1.

África Acerca; 1 Intro; 1.1; 1.1.4; 1.2.1; 1.2.5; 1.2.7.3; 1.6.1; 1.7.2; 2.2; 2.4; 4.2.1; 4.4; 4.5; 5.2.2; 6.1.2; 6.2; 6.2.1; 6.3; 6.6.2; 7.2; 7.2.1; 7.2.2; 7.4; 7.4.1; 8.3.

Afro-americano / Afro-descendiente Acerca; 1 Intro; 1.2.7.4; 7.2.3.

agricultura 1 Intro; 1.6; 6.6.2; 7 Intro; 7.2; 7.2.1; 7.2.2; 7.5.

agua Intro; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.4.2; 1.6.2; 3.1; 4.1; 5 Intro; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2.1; 7.2.2; 7.3; 7.4; 7.4.1; 7.5.

ahorro Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2; 1.2.3; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.3; 1.7.2; 2.1; 2.4; 5.4.

alcantarillado 1.4.2; 7.3; 7.4.

alfabetización Intro; 1.6.2; 2 Intro; 3 Intro; 4.4.1; 6.1.2.

amamentación Intro; 1.6.2; 3.1; 3.3; 4 Intro; 4.1; 4.2.1; 4.3; 4.4.2; 4.4.3; 4.5; 5.2.1; 5.2.2; 6.2; 6.2.1.

Argentina 1 Intro; 1.1; 1.1.3; 1.2; 1.2.1; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.4.1; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.1; 2.2; 2.4; 3 Intro; 3.3; 3.4; 3.4.1; 4.2.1; 4.5; 5 Intro; 5.1; 5.2.2; 5.3; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.2.1; 6.6.2; 7 Intro; 7.2.

ARV 1.2.5; 6.2.1; 6.5.

Asia Acerca; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.2.2; 1.2.7.3; 1.4.1.1; 1.4.2; 2.1; 2.2; 2.4; 4.2.1; 4.5; 5.2.2; 6.1.2; 6.3; 7.2; 7.2.1; 7.2.2; 7.4; 7.4.1; 7.5.

Asia Oriental 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 2.1.

AVISA / AVAD 1.1.4.

Bahamas 1.1.4; 1.2.7.1; 3 Intro; 4.2.1; 6 Intro; 6.1.1.

Belice 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.4; 2.4; 3 Intro; 3.3; 5 Intro; 6.1.1; 6.2.1; 6.3; 7.4; 7.4.1.

biodiversidad Intro; 7 Intro; 7.1; 7.2.2; 7.5.

1 Algunas palabras clave que son tan comunes que aparecen en prácticamente todas las secciones de la Guía no han sido incluidas en el Índice: CIPD, ODM, salud, desarrollo, etc.

biparental 1.1.

Bolivia 1 Intro; 1.1.3; 1.2; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.3; 1.6.2; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.1; 2.2; 2.3.1; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.4.1; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 4.2.3; 4.3; 4.4.1; 5 Intro; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 5.3; 5.4; 6.2; 6.3; 6.4.3; 6.6.2; 7.2; 7.2.1; 7.4; 7.4.1.

Bolsa Família 1.2.7.2; 1.5.

bono demográfico Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.5; 1.6; 1.7.1; 2 Intro; 2.1.

Brasil 1 Intro; 1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4; 1.2; 1.2.2; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.3; 1.4.1; 1.6.2; 1.7.2; 2.1; 2.2; 2.3.1; 2.4; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.4.2; 4 Intro; 4.1; 4.2.1; 4.2.2; 4.3; 4.4; 4.4.1; 4.5; 5 Intro; 5.1; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 5.3; 5.4; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.2; 6.2.1; 6.3; 6.4.1; 6.4.2; 6.5; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.2.3; 7.3; 7.4; 7.4.1; 7.5; 8.1; 8.4.

Canadá 1.2.5; 1.4.1; 1.4.1.1; 3.2; 8.1; 8.3.

capacidad de carga 7 Intro; 7.2; 7.2.1.

capital humano 1.1.3; 1.1.4; 1.2.1; 1.2.3; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.4; 1.3; 1.4.1; 1.5; 1.7.2; 2.2; 2.4.

Caribe Intro; 1.1.4; 1.2.7.5; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.6; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.3.1; 2.4; 3.2; 3.3; 3.4; 4 Intro; 4.2.2; 4.5; 5.2.1; 6 Intro; 6.1.1; 6.2.1; 6.3; 6.4.3; 7 Intro; 7.4; 7.4.1; 7.5; 8.3.

Central America 1.1.4; 1.2.3; 1.4; 1.4.2; 2 Intro; 2.3.1; 2.4; 3.4; 6.2.1; 6.3; 6.4.1; 6.6.2; 7.4.1.

ciclo de vida 1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2.1; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 2.1; 7.1.

cohorte 1.1; 1.1.1; 1.1.4; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 2.1; 2.2; 6.2; 7.1.

Colombia 1 Intro; 1.1; 1.1.4; 1.2; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.6; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.6.2; 1.7.2; 2.2; 2.3.1; 2.3.2; 2.4; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.4; 3.4.1; 3.4.2; 4.2.1; 4.2.2; 4.4.3; 5.1; 5.2.1; 5.2.2; 5.3; 6.1.1; 6.1.2; 6.6.2; 7.2; 7.2.1; 7.2.2; 7.4; 8.1.

composición por sexo-edad 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.3; 2.2.

condón Intro; 3.2; 5.2.2; 6.1.2; 6.2; 6.3; 6.4.1; 6.4.2; 8.2.

consumo Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.2; 1.2.3; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7.2; 1.2.7.5; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.5; 4.4; 4.4.2; 6.4.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.2.2; 7.3; 7.5.

contracepción Intro; 3.1; 3.3; 5 Intro; 5.2; 5.2.1; 5.2.2; 5.3; 5.4; 6.2; 7.4.

Costa Rica 1.1.2; 1.1.3; 1.2; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.4.1; 2 Intro; 2.1; 2.2; 2.4; 3 Intro; 3.2; 3.3; 3.4.1; 4.2.1; 5 Intro; 5.1; 6.1.1; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.4.1.

costeo 1.2.5.

crecimiento económico Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.1.4; 1.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.6; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.3; 1.4.2; 2.4; 3.2; 7.4; 8.3.

crecimiento de población Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.4; 1.2; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.1; 1.2.7.4; 1.4; 1.6; 1.6.1; 2.1; 3.1; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.4; 7.4.1; 7.5; 8.3.

crecimiento urbano 1.3; 7.2; 7.2.1; 7.2.3; 7.3; 7.4; 7.4.1.

cuidado infantil / de niños 1.2; 1.2.7.2; 3.3; 3.4.1; 4.4.2.

Chile 1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2; 1.2.1; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.4; 1.4.1; 1.5; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.2; 2.3.1; 2.3.2; 2.4; Intro 3; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4.1; 4.2.1; 4.2.2; 4.4.2; 5 Intro; 5.2.2; 5.3; 6.1.1; 6.6.2; 7.2; 7.4; 8.4.

Chile Solidario 1.2.7.2; 1.5.

deforestación 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.5.

densidad de población 6.6.2; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.5.

derechos humanos Acerca; 1.2.7; 1.2.7.1; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.2.7.6; 2 Intro; 2.3.2; 3 Intro; 3.1; 3.4.2; 5 Intro; 6.1.2; 6.3; 6.4; 6.4.1.

desigualdad de ingresos 1.2; 1.2.4; 1.3; 1.4; 1.4.1.3; 7.2.

desplazados internos (DI) 1.2.7; 1.2.7.6.

dióxido de carbón Intro; 7 Intro; 7.1.

discapacidad 1.1.4; 1.2.1; 1.2.5; 1.2.7.5; 2.2.

discriminación 1.2.3; 1.2.7; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.7.2; 2.3.2; 3.1; 3.3; 3.4.2; 5 Intro; 5.3; 6.2.1; 6.3; 6.4.2; 7.3.

disposición de desechos 7.1; 7.4.

distribución Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.2; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.3; 1.4.1.3; 2.3.1; 2.4; 3 Intro; 3.3; 5.3; 6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.2.3; 7.3; 7.4; 8.1; 8.2.

distribución de ingresos 1.1.1; 1.2; 1.2.4; 2.4; 7.1.

distribución de población Intro; 7 Intro; 7.2.1; 7.2.3.

DIU 5.2.2; 6.2.

DMPAP 1 Intro; 1.2.3; 1.2.4.

ecosistema Intro 7; 7.1; 7.2.1; 7.2.3; 7.4; 7.5.

economically active population 1.1.1; 1.2.3; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3.

Ecuador 1 Intro; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.7.2; 2.1; 2.2; 3 Intro; 3.2; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 5.5; 6 Intro; 6.1.1; 6.4.3; 7.2; 7.2.1; 7.4.1.

educación de la sexualidad 1.2.7.1; 2 Intro; 2.3.2; 6 Intro; 6.3; 6.4.2.

efectos de conversión 1 Intro; 1.5.

El Salvador 1.1.3; 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.6; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 1.7.2; 2.2; 2.4; 3 Intro; 3.4.1; 4.2.1; 5.2.2; 6.1.1; 6.2.1; 6.6.2; 7.2; 7.4.1; 8.4.

emisión de carbón Intro; 7 Intro; 7.1.

empleo Intro; Acerca; Cap. 1; 2.4; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4.1; 3.4.2; 4 Intro; 4.4.2; 6.4.3; 7.4; 7.4.1; 8 Intro.

empoderamiento Intro; Acerca; 1 Intro; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 1.5; 2.3.2; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.4.1; 3.4.2; 4.4.2; 5.4; 6.1.2; 6.3; 8.2.

encuesta de hogar 1.1; 1.2.1; 1.2.2; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.6.2; 1.7.2; 2.1; 2.2; 4.4.2; 6.1.2; 6.4.1.

enfermeras 1.2.6; 2.4; 4.2.2; 6.4.3.

envejecimiento Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.3; 1.2.3; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 1.4; 1.6.1; 8.3.

equidad de género Intro; Acerca; 1.2.7.2; 1.7.2; 3.1.

erosión 6.6.2; 7.2.1; 7.4.

esperanza de vida Intro; 1.1; 1.1.4; 1.2.3.

estadísticas 1.2.7.1; 1.2.7.5; 2 Intro; 3.2; 3.3; 5 Intro; 5.2; 6.3.

Estados Unidos 1.1; 1.1.2; 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 2.2; 2.4; 3.2; 3.3; 3.4; 3.4.1; 5.2.3; 6.2.1; 6.4.1; 6.4.3; 6.6.2; 7.1; 7.2.2; 8.1; 8.3.

estrategias de reducción de pobreza Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1.4; 1.2.1; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 4.1.

estructura por sexo-edad 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.3; 2.2.

étnico / etnicidad Intro; Acerca; 1 Intro; 1.2; 1.2.7; 1.2.7.4; 1.4.2; 2 Intro; 7.2.1.

Europa 1.1.4; 1.2.7.3; 1.4; 2.4; 3.3; 3.4.1; 4.1; 6.1.2; 6.6.2; 7.2; 7.4; 8.3.

exclusión social Acerca; 1.2.3; 1.2.7; 1.2.7.1; 6.4.2.

fecundidad Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.2; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.6; 1.2.7; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.4; 1.4; 1.5; 1.6.1; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.1; 2.2; 2.3.1; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 4 Intro; 4.1; 4.2.1; 4.2.2; 4.2.3; 5 Intro; 5.1; 5.2; 5.2.2; 5.3; 5.4; 6.2; 7.1; 7.2; 7.2.2; 7.4; 7.4.1; 8.1; 8.3.

gases invernaderos 7.1; 7.2.

gasto catastrófico en salud 1.2.5.

gastos de salud 1.2.3; 1.2.5; 4.1.

gastos directos en salud 1.2.5; 1.6.1.

género Intro; Acerca; 1 Intro; 1.2.7; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.4; 1.4.2; 1.5; 1.6; 1.6.2; 1.7.2; 2 Intro; 2.2; 2.3.2; Cap. 3 (todas); 4 Intro; 4.1; 4.2.2; 4.4; 5 Intro; 5.1; 5.2.2; 5.5; 6 Intro; 6.1; 6.1.1; 6.1.2; 6.2; 6.3; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.2.

Guatemala 1 Intro; 1.1.1; 1.1.4; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.6; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 1.6.2; 2 Intro; 2.1; 2.3.1; 2.4; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 6 Intro; 6.1.1; 6.2.1; 6.6.2; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.4; 7.4.1.

Guyana 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.4.1; 2.4; 3 Intro; 4 Intro; 5 Intro; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.3; 6.4.3; 7.4.

Haití 1 Intro; 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.4.1; 2 Intro; 2.4; 3 Intro; 3.2; 4 Intro; 4.4; 5 Intro; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.2; 6.2.1; 6.3; 7.2; 7.4; 7.4.1.

Honduras 1 Intro; 1.1.4; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.6; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.3; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.1; 2.2; 3 Intro; 3.2; 4 Intro; 4.2.1; 5 Intro; 5.2.2; 5.4; 6 Intro; 6.1.1; 6.2.1; 6.4.3; 7.2; 7.2.1; 7.4.1.

HTA 1.4.2.

huella ecológica Intro 7; 7.1.

ingreso Intro; Acerca; Ch. 1 (todas); 2 Intro; 2.2; 2.3; 2.3.1; 2.4; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4.1; 3.4.2; 4.1; 4.2.1; 4.4.1; 4.4.2; 4.5; 5.1; 7.1; 7.2; 7.2.3; 7.3; 7.4.

indígenas Intro; 1.2.7; 1.2.7.4; 1.2.7.6; 5 Intro; 6.6.2.

industria / industrial 1.1.1; 1.1.4; 1.2.7.2; 1.3; 1.4; 1.4.1; 3.3; 3.4; 3.4.2; 4 Intro; 6.1.2; 6.6.2; 7 Intro; 7.2.1; 7.2.2; 7.3; 7.4; 8.3.

informalidad 1.2.7.3.

inversión Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.3; 1.2.1; 1.2.3; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 1.6.1; 1.7.1; 2.1; 2.2; 2.4; 3.1; 3.3; 3.4.1; 4 Intro; 4.4.1; 4.5; 5.4; 6.2; 7.3; 7.4.1; 8.1; 8.4.

ITS 1 Intro; 1.1.4; 2.3.2; 3.1; 3.2; 3.4.2; 6 Intro; 6.1.2; 6.2; 6.3; 6.4.1; 8.1; 8.2.

Jamaica 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.5; 1.4.1; 1.4.2; 2.4; 3 Intro; 4 Intro; 4.2.2; 4.3; 5 Intro; 5.2.2; 6 Intro; 6.1.1; 6.2; 6.3; 6.4.3; 7.2; 7.4.1.

jefe del hogar 1.1; 1.2.4; 1.2.7.2; 1.7.2; 2.2; 7.1.

juventud Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.2.1; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.7; 1.7.1; 4.2.2; 6 Intro; 6.2; 6.3.

línea de pobreza Intro; 1.2.1; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7.2; 1.3; 1.4.1.3; 1.5.

malaria Intro; 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.4; 4.2.2; 4.3; 4.4; 6 Intro; 6.2; 6.6.1; 6.6.2; 7 Intro; 7.4.1; 8.1.

malnutrición Intro; 1.2.5; 1.6.2; 4.1; 4.2.1; 4.4.1; 5.2.1.

marginalidad 1.4.1.3.

matrícula Intro; 2 Intro; 2.1; 2.2; 2.3.1; 3 Intro.

mercado laboral Acerca; 1.1.1; 1.1.4; 1.2.4; 1.2.6; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.6; 1.3; 1.4; 1.6.1; 1.7.1; 1.7.2; 3 Intro; 3.1; 3.3; 3.4.1; 3.4.2; 7.2.1; 7.4.1.

migración (interna) 1.3; 4.5.

migración (internacional) Intro; 1.2.3; 1.2.7.5; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 2.4; 3.4.1; 4.5; 6 Intro; 8 Intro; 8.3.

MDGR Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1.1; 1.2.2; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.4.1.1; 1.4.1.3; 1.7.2; 2 Intro; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4.1; 4 Intro; 5 Intro; 5.1; 5.2; 5.2.2; 5.3; 6.1.1; 6.2; 6.2.1; 6.3; 6.4.3; 7 Intro; 7.2.3; 7.4.

médicos 2.4; 6.2; 6.4.3.

México 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.3; 1.1.4; 1.2; 1.2.2; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.6; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 1.7.1; 1.7.2; 2 Intro; 2.1; 2.2; 2.3.1; 2.4; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.4.1; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 4.5; 5.2.2; 5.3; 5.4; 6.1.1; 6.1.2; 6.2; 6.4.1; 6.6.2; 7 Intro; 7.2; 7.2.1; 7.3; 7.4; 7.4.1; 8.1; 8.4.b

morbilidad Intro; 1 Intro; 1.1.4; 1.2; 1.2.3; 1.2.5; 1.6; 4 Intro; 4.2; 4.4.1; 5 Intro; 5.2; 5.2.1; 5.4.

mortalidad infantil Intro; 1.2; 1.2.3; 1.5; Ch. 4 (todas).

mortalidad materna Intro; Acerca; 1 Intro; 1.2.5; 4.4; Cap. 5 (todas); 6.6.1.

mortalidad de menores de 5 años Intro; 4 Intro; 4.1; 4.2.1; 4.2.2; 4.4.

mortalidad de niños Intro; 1 Intro; 1.1; 1.2.7.4; 1.6.2; 2 Intro; 2.2; 3.2; Cap. 4 (todas).

movilidad (social / económica) Intro; 1.2; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.7; 1.2.7.2; 1.2.7.5; 1.4; 1.4.1.3; 1.7.1; 6 Intro; 6.1.2; 6.4; 6.4.1; 6.4.3; 6.6.2; 7.2.1.

Nicaragua 1 Intro; 1.1.1; 1.1.4; 1.2.1; 1.2.2; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.3; 1.6.2; Intro 2; 2.2; 2.3.1; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.4.1; 3.4.2; 4 Intro; 4.2.1; 4.4.2; 4.4.3; 5 Intro; 5.2; 5.2.2; 5.3; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 7.2; 7.4; 7.4.1.

oferta laboral / de mano de obra 1.1; 1.1.1; 1.1.4; 1.2; 1.3; 1.7.2; 3.3.

Oportunidades 1.2.7.2; 1.5.

orden de nacimiento 1.1.4; 1.6.2; 1.7.2; 2.2; 4.2.1; 4.2.2.

pago por uso 1.1.3; 1.2.3; 1.2.7.3.

Panamá 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.7.1; 2.1; 2.2; 3 Intro; 3.4; 4 Intro; 4.2.1; 5 Intro; 5.4; 6 Intro; 6.1.1; 6.2.1; 7.2; 7.4.1.

Paraguay 1 Intro; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.4.1; 1.4.1.3; 1.7.2; 2.2; 3 Intro; 3.2; 4 Intro; 4.2.1; 4.5; 5 Intro; 5.2.2; 6.1.1; 6.4.1; 6.6.2; 7.2; 7.4.1.

Perú 1 Intro; 1.1; 1.1.4; 1.2.1; 1.2.2; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 1.2.7.6; 1.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.6.2; 1.7.2; 2.2; 2.3.1; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4.1; 3.4.2; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 4.2.3; 4.4.1; 4.4.3; 5 Intro; 5.1; 5.2.1; 5.2.2; 5.2.3; 5.3; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.2.1; 6.3; 6.4.3; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.3; 7.4.

peso al nacer 1.6.2; 3.2; 3.4.1; 4.2.1; 4.3; 4.4.1; 4.4.3; 4.5; 6.6.1.

PIB Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.4; 1.2; 1.2.4; 1.2.5; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 2.4; 4.5; 7 Intro; 7.3; 8 Intro; 8.1.

planificación familiar Intro; 1 Intro; 1.1.1; 1.2; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 2.2; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.3; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 4.3; 5 Intro; 5.1; 5.2; 5.2.1; 5.2.2; 5.3; 5.4; 5.5; 6.1.2; 6.2; 6.2.1; 6.3; 7.1; 7.4; 8.1.

pobreza transitoria 1.2.1; 1.2.2; 1.2.5.

presupuesto 1.2.5; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.4.2; 5 Intro; 5.5; 6.2.

profesores 1.1.1; 1.1.4; 2.1; 2.4.

PROGRESA 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.5; 1.7.2; 4.4.

proyección Acerca; 1.1.1; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.6; 7.1; 7.3.

raza / racial Intro; Acerca; 1.2.7; 1.2.7.4; 1.2.7.5; 2 Intro; 3 Intro; 3.4.2; 7 Intro; 7.2; 7.3; 7.5.

RAMSEY 1.2.3; 1.2.4; Notas Técnicas.

razón de dependencia 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.2.1; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 3.3; 8.3.

Reino Unido 1.2.1; 1.4.1; 2.2; 2.4; 3.3; 7.2.2; 8.3.

remesas Intro; 1.2.3; 1.4; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.2; 1.4.1.3; 1.4.2; 2.4; 3 Intro; 3.4.1; 4 Intro; 4.5; 6.4.1; 7.2.1; 8 Intro; 8.1; 8.3; 8.4.

República Dominicana Intro; 1.1.3; 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.4.1; 1.4.1.1; 1.4.1.3; 1.6.2; 1.7.2; 2 Intro; 2.2; 2.3.1; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.4; 3.4.1; 3.4.2; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 4.4.2; 4.4.3; 5 Intro; 5.2; 5.2.1; 5.2.2; 5.3; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.2.1; 7.2; 7.2.1; 7.4; 7.4.1.

retiro / jubilación 1.1; 1.1.3; 1.2.3; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.6.1.

retraso de crecimiento 1.6.2.

riesgo ambiental 1.2.7.2; 7.4.

salario mínimo 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.2; 1.2.7.5.

salud materna Intro; 1 Intro; 1.2.7.1; 3.1; 3.2; Ch. 5 (todas); 6.2.1; 8.2.

saneamiento Intro; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 4.1; 6.6.2; 7.3; 7.3.1; 7.4; 7.4.1.

seguridad Acerca; 1.1.1; 1.1.3; 1.2.3; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.3; 1.6.1; 1.7.2; 3 Intro; 3.1; 3.2; 3.4.1; 3.4.2; 5.4; 6.4.1; 7 Intro; 7.1; 7.4; 8.2; 8.3.

seguridad alimentaria 1.2.7.3; 1.6.1; 7 Intro; 7.1.

seguridad social 1.1.3; 1.2.3; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.4; 1.7.2; 3 Intro; 3.4.1; 5.4; 8.3.

seguro de salud 1.2.5; 6.4.2.

SIDA Intro; 1.1.4; 1.2; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 1.4; 1.6; 1.6.1; 3.2; 4.5; 5 Intro; 5.4; Ch. 6 (todas); 7.2.1; 8.1; 8.2.

sistemas de pensiones 1.1; 1.2.3; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 2.1.

sostenibilidad Intro; Acerca; 1.3; 1.4; Ch. 7 (todas).

SSR Intro; Acerca; 1 Intro; 1.1.4; 1.2; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.4; 1.6.2; 1.7.2; 2 Intro; 2.2; 3 Intro; 3.1; 4 Intro; 4.1; 4.2.2; 4.3; 5 Intro; 5.1; 5.2; 5.2.2; 5.4; 6 Intro; 6.1; 6.1.2; 6.2; 6.2.1; 6.3; 6.6.1; 7.1; 7.3; 7.4; 8.1.

Suriname 1.2.7.4; 3 Intro; 4 Intro; 6 Intro; 6.1.1; 7.4; 7.4.1.

Tasa Global de Fecundidad Intro; 1 Intro; 1.2.7.1; 1.2.7.4; 1.2.3; 3.1; 4.1; 5.2; 7.4.

TMH 6.2.1.

transición demográfica Intro; 1 Intro; 1.1; 1.1.1; 1.2; 1.2.3; 1.2.4; 1.2.7.1; 1.2.7.4; 1.4; 1.7.2; 2.1; 2.2.

transporte 1.2.7.5; 1.4.1.3; 5.4; 6.4; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.4.

Trinidad y Tabago 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 1.6.2; 2.4; 4 Intro; 4.2.1; 4.2.2; 6 Intro; 6.1.1; 6.3; 7.2.

tugurios Intro; 7 Intro; 7.4; 7.4.1.

urbanización Intro; 1.3; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.1; 7.2.3; 7.3; 7.4; 7.4.1.

uso sostenible del espacio Intro; 7 Intro; 7.2; 7.2.3; 7.5.

vacunación Intro; 1.6.2; 4.1; 4.2.1; 4.2.3; 4.3; 4.4.3.

Venezuela 1.1; 1.1.4; 1.2; 1.2.4; 3 Intro; 3.4; 4 Intro; 4.2.1; 5.2.2; 5.3; 6.1.1; 7.2; 7.4; 7.4.1.

VIH Intro; 1 Intro; 1.1.4; 1.2.5; 1.2.7.1; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 1.4; 1.6; 2.3.2; 3.2; 4.3; 4.4; 5 Intro; Ch. 6 (todas); 8.1; 8.2.

violencia Intro; Acerca; 1.1.4; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.5; 1.2.7.6; 2.2; 3 Intro; 3.2; 3.4.2; 4 Intro; 4.2.3; 4.4.3; 5 Intro; 5.2; 6 Intro; 6.1.1; 6.1.2; 6.3.

vivienda 1.2.7.6; 1.4; 1.4.1.2; 3.3; 4.2.1; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2; 7.2.3; 7.3; 7.4; 7.4.1.

vulnerable / vulnerabilidad Intro; Acerca; 1.2.1; 1.2.5; 1.2.7; 1.2.7.1; 1.2.7.2; 1.2.7.3; 1.2.7.5; 1.2.7.6; 1.3; 1.4.1; 1.7.1; 3.1; 3.2; 3.3; 3.4.1; 3.4.2; 4 Intro; 4.2.3; 4.4.1; 4.5; 5 Intro; 5.2; 6 Intro; 6.1; 6.1.2; 6.2; 6.2.1; 6.3; 6.4.1; 6.4.2; 6.6.1; 6.6.2; 7 Intro; 7.1; 7.2.2; 7.2.3; 7.3; 7.5.

Equipo Editorial

Contribuciones Potenciales a la Agenda de los ODM desde la Perspectiva de la CIPD: una Guía de Referencia a la Evidencia para el Diálogo sobre Políticas en la Región de ALC

Autor / investigador principal

Ralph Hakkert

Investigadores

André Junqueira Caetano
Anna Lúcia Cunha
Daniel Hogan
Duval Magalhães
Filipe Nasser
José Irineu Rigotti
Leonardo S. C. Castilho
Roberto Luiz do Carmo
Sergei Soares

Asistentes de edición

Anna Lúcia Cunha
Leonardo S. C. Castilho
Luciano Milhomem

Pre-imprenta / Producción

Luis Carlos da Silva Marques

Agradecimiento especial para:

Alanna Armitage, Stan Bernstein, Esteban Caballero, Raquel Child, Lynn Collins, Juan Manuel Contreras, Carlos Eugênio Ferreira, Maria Cristina Gomes, Ana Güezmes y Carlos Mussi por la revisión y discusión de varias secciones de este informe.

Agradecimiento especial para la Oficina del UNFPA en Brasil para el apoyo administrativo, en las personas de sus Representantes Tânia Patriota y Alanna Armitage.

del hogar del emigrante. Un estudio de México demuestra que la reducción también depende de cuál de los cónyuges migra. Cuando la madre emigra, el riesgo de la mortalidad infantil aumento, mientras que cuando ambos padres emigran, el riesgo suele reducirse.

- Un estudio en el México rural indica que niños en hogares emigrantes tienen tasas más bajas de mortalidad infantil e intervalos entre nacimientos más largos. Ellos también son más propensos a ser asistidos en el parto por un médico. En las etapas iniciales, la migración puede ser disruptiva para las comunidades y familias; con el tiempo, sin embargo, facilita la supervivencia del hogar a partir de su integración a las instituciones locales y la vida comunitaria. Las remesas a las comunidades y la institucionalización de la migración a lo largo del tiempo disminuyen esos efectos. Los riesgos de mortalidad bajan cuando las remesas son altas y el cambio puede ser relacionado con avances tecnológicos o estructurales que se hicieron gradualmente para facilitar la entrada de los migradólares y su uso e inversión en la infraestructura local.
- En general, la migración interna también tiene un impacto positivo en la salud infantil, como confirmado por un estudio con datos de DHS de 17 países, sobre las posibilidades de supervivencia de los niños que emigraron con sus madres de áreas rurales para urbanas en el final de los años 70 y 80. Niños emigrantes con menos de 2 años pasaron de una mortalidad de 110 muertes por mil nacidos vivos para 82 por mil nacidos vivos después de la migración.
- Sin embargo, esas situaciones son excepcionales. En municipios de tránsito, por ejemplo, la vulnerabilidad de niños puede aumentar – como parece ser el caso para la región de triple frontera de Brasil, Argentina y Paraguay.
- La migración de personal de salud calificado en dirección a países desarrollados es un problema significativo en varios sectores del sistema de salud que se posiblemente tiene un impacto más importante en la salud infantil y de niños que en otros grupos poblacionales. En el Caribe, que es particularmente afectado, dicho fenómeno es conocido por "la crisis de las enfermeras".



ISBN 978-85-98579-06-1

Ipea – Institute for Applied Economic Research

BRASIL
BRAZILIAN GOVERNMENT

UNFPA
United Nations Population Fund

PROJECT RLA5P201

