



Uruguay Social
Consejo Nacional
de Políticas Sociales

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Addendum al Informe País Uruguay 2009



NOVIEMBRE 2010

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Addendum al Informe País Uruguay 2009

Una mirada a la desigualdad

Buenas prácticas para el logro de los ODM

NOVIEMBRE 2010

Sr. José Mujica
Presidente de la República Oriental del Uruguay

Cr. Danilo Astori
Vicepresidente de la República Oriental del Uruguay

Gabinete Social

A.S. Ana María Vignoli
Ministra de Desarrollo Social

Ec. Fernando Lorenzo
Ministro de Economía y Finanzas

Sr. Eduardo Brenta
Ministro de Trabajo y Seguridad Social

Dr. Ricardo Ehrlich
Ministro de Educación y Cultura

Dr. Héctor Lescano
Ministro de Turismo y Deporte

Ec. Daniel Olesker
Ministro de Salud Pública

Arq. Graciela Muslera
Ministra de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente

Ec. Gabriel Frugoni
Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Consejo Nacional de Políticas Sociales

Lauro Meléndez / *Subsecretario*
Ministerio de Desarrollo Social. Presidente

Andrés Scagliola / *Director de Política Social*
Ministerio de Desarrollo Social. Coordinador

Andrés Masoller / *Asesoría macroeconómica*
Ministerio de Economía y Finanzas. Titular

Cecilia Marconi / *Ministerio de Economía y Finanzas. Alterna*

Luis Garibaldi / *Director de Educación*
Ministerio de Educación y Cultura. Titular

Javier Miranda / *Director de DDHH*
Ministerio de Educación y Cultura. Alterno

Mario Bentancor / *Asesor*
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Titular

Ivonne Pandiani / *Directora*
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Alterna

Jorge Venegas / *Subsecretario*
Ministerio de Salud Pública. Titular

Daniel Pazos / *Director*
Ministerio de Salud Pública. Alterno

Liliam Kechichián / *Subsecretaria*
Ministerio de Turismo y Deporte. Titular

Ernesto Irurueta / *Director Nacional de Deportes*
Ministerio de Turismo y Deporte. Alterno

Jorge Patrone / *Subsecretario*
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Titular

Inés Giúdice / *Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Alterna*

Graziella Romiti
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Titular

Organismos e institutos invitados

José Seoane / <i>Presidente</i> <i>Administración Nacional de Educación Pública.</i> <i>Titular</i>	Nora Castro / <i>Consejera del CODICEN</i> <i>Administración Nacional de Educación Pública.</i> <i>Alternata</i>
Heber Galli / <i>Director</i> <i>Banco de Previsión Social. Titular</i>	Gabriel Lagomarsino / <i>Asesor</i> <i>Banco de Previsión Social. Alternata</i>
Javier Salsamendi / <i>Presidente. Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay. Titular</i>	Dardo Rodríguez / <i>Director. Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay. Alternata</i>
Laura Nalbarte / <i>Directora. Instituto Nacional de Estadística. Titular</i>	Adriana Vernengo / <i>Sub-directora. Nacional de Estadística. Alternata</i>
Milton Romani / <i>Secretario General. Secretaría Nacional de Drogas. Junta Nacional de Drogas. Titular</i>	Gustavo Misa / <i>Asesor. Junta Nacional de Drogas. Alternata</i>
Mario Córdoba / <i>Presidente. Administración de Servicios de Salud del Estado. Titular</i>	Congreso de Intendentes

Consultores responsables del informe

Ec. Marcos Lorenzelli
Ec. Pablo Martínez Bengochea

Colaboradores técnicos

Integrantes de Secretaría Técnica del CNPS

Soc. Selene Gargiullo
Lic. Andrés Gilmet
Mag. Rafael Tejera
Ec. Andrea Palma

Procesamiento de la Encuesta Continua de Hogares

Ec. Guillermo Alves
Ec. Matías Brum

Montevideo, noviembre de 2010

© Consejo Nacional de Políticas Sociales
18 de Julio 1453. Piso 2. Montevideo, Uruguay
Tel.: 2400 0302 interno 1250
politicassocial@mides.gub.uy

Diseño y armado: Unidad de Información y Comunicación. Ministerio de Desarrollo Social

El análisis y las recomendaciones contenidas en la presente publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, su Junta Ejecutiva ni sus Estados Miembros.



Índice de contenidos

Una agenda para la igualdad.....	7
Un espejo donde mirarse, un motor para redoblar el esfuerzo.....	9

Una mirada a la desigualdad

Introducción.....	13
ODM 1. Meta Nacional 1A	
Erradicar la pobreza extrema y el hambre.....	17
Meta Nacional 1B.....	27
ODM 2. Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta Nacional 3. Universalización de la educación inicial, de la educación media obligatoria y expansión de la educación media superior.....	41
ODM 3. Meta Nacional 4	
Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.....	59
ODM 4. Meta Nacional 5	
Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.....	67
ODM 5. Meta Nacional 6A	
Mejorar la salud materna.....	75
ODM 6. Meta Nacional 7A	
Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades.....	83
ODM 7. Meta Nacional 10	
Garantizar la sustentabilidad ambiental.....	89
Meta Nacional 11.....	97

Buenas prácticas para el logro de los ODM

Introducción.....	107
Consejo de Salarios y Negociación Colectiva.....	109
El Plan de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF).....	116
Programa de Gestión de Calidad con Equidad.....	124
El Sistema Nacional Integrado de Salud.....	133
La política de saneamiento del Gobierno Departamental de Montevideo.....	140



Una agenda para la igualdad

Tras cinco años de despliegue de las políticas sociales en torno al Plan de Emergencia -primero- y al Plan de Equidad -a partir de 2008- el país encara dos desafíos estratégicos: la erradicación de la indigencia y la reducción a la mitad de la pobreza. Estas “metas gobierno” son las “metas país” acordadas en su momento con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Entendemos que los ODM son un instrumento fundamental para transversalizar en el conjunto de las políticas sociales una perspectiva de derechos y de desarrollo.

Por esta razón, como Ministerio de Desarrollo Social tenemos un doble compromiso. Por un lado, mantener el nivel de calidad en la producción y sistematización de información en relación a los ODM en el marco de su órgano de seguimiento: el Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS).

Por otro, procurar que esta información sea una activa generadora de agenda tanto en el CNPS como en el Gabinete Social y las Mesas Interinstitucionales, a nivel local y departamental.

Estas premisas forman parte del espíritu del presente documento y aportan al objetivo de ampliar la información acerca de lo que el gobierno se ha obligado -a nivel nacional e internacional- a realizar.

Este documento de “Buenas Prácticas para la igualdad” y “Una mirada a la desigualdad” viene a complementar el Informe País de avance en relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Son dos aportes que se piensan como una oportunidad para promover una reflexión más detenida sobre algunas políticas o programas públicos sociales que hemos considerado importante compartir como buenas prácticas -la negociación colectiva, la reforma de la salud, el programa calidad con equidad, el Plan CAIF- así como de las desigualdades que condicionan el cumplimiento de nuestras metas para todas y todos los uruguayos más allá de los datos estadísticos.

No queremos dejar de lado la oportunidad de señalar que en este libro, quedan expuestos algunos procesos de reforma o innovación en la acción del Estado que nos gratifican. En particular

queda planteada una agenda necesaria de lucha contra los diversos tipos de desigualdad: por género, por generaciones, por etnia/raza, por territorios, por condiciones socio-económicas. Más allá de los logros alcanzados como país tenemos el desafío ético de lograr que los objetivos puedan ser alcanzados en todo el territorio nacional, confirmando la voluntad de aunar el crecimiento económico con la justicia social, de buscar un verdadero desarrollo con equidad.

Reafirmamos nuestro compromiso, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de combatir desigualdades intolerables para nuestra sociedad y nuestro tiempo.

Lauro Meléndez

Subsecretario del Ministerio
de Ministerio de Desarrollo Social

Andrés Scagliola

Director Nacional de Política Social
Ministerio de Desarrollo Social

En camino hacia los Objetivos
de Desarrollo del Milenio

Un espejo donde mirarse, un motor para redoblar el esfuerzo

Nacidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) son ocho objetivos que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/sida, hacer realidad la igualdad entre los géneros o la consecución de la enseñanza primaria universal para 2015.

Esta auténtica hoja de ruta para la formulación de políticas públicas y para el accionar de la cooperación internacional, es un hito histórico en el esfuerzo global por abatir la pobreza, la miseria y lograr condiciones que permitan desarrollar las potencialidades vitales de todas las personas.

Por un lado marcan prioridades impostergables para la Humanidad, suscritas por todos los gobiernos del mundo a través de la Declaración del Milenio. Pero por otro, establecen metas concretas, logros específicos, resultados medibles y evaluables de las acciones que se emprendan. En ese sentido, constituyen un espejo donde mirarse y un motor para redoblar los esfuerzos de todos.

El pasado mes de setiembre la Asamblea General de las Naciones Unidas se reunió en Nueva York para revisar el avance de los ODMs en todo el mundo. Los indicadores apuntan avances importantes en Uruguay. Los promedios nos muestran, por ejemplo, que son menos las personas pobres, que aumentó y mejoró el empleo y que se redujeron considerablemente las muertes maternas e infantiles.

Pero debemos mirar con cautela los promedios: muchas veces esconden detrás de sí desigualdades e inequidades importantes. Esto ha sido especialmente importante en América Latina y así se nos alerta en el caso de Uruguay.

El plazo que han definido los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el año 2015, se acerca velozmente y nos interpela a todos,

gobiernos, sociedades y organismos internacionales de cooperación, exigiéndonos más coordinación, más innovación y mayor impacto en nuestras acciones.

En este sentido, es particularmente valioso detectar los puntos críticos que no nos permiten avanzar y tener en claro cuáles son los temas pendientes que deben constituir el foco prioritario de nuestra tarea en los cinco años que faltan.

Asimismo, además de entusiasmante, es de gran utilidad conocer las buenas prácticas y experiencias exitosas que vale la pena replicar, multiplicar y consolidar. Ellas nos muestran que, superar los obstáculos es posible y nos acercan nuevas perspectivas y modalidades para enfrentar los núcleos duros de los problemas que frenan el desarrollo humano. Demuestra a su vez la importancia que tiene diseñar políticas públicas que pongan énfasis en la equidad social priorizando la población más vulnerable.

Además de lo anterior, contar con información actualizada y confiable constituye un requisito ineludible para recorrer el camino que aún nos falta.

El presente libro aporta abundantes elementos en todos estos aspectos. Nos ilustra, a la vez, sobre lo hecho por Uruguay en los últimos tiempos y sobre las políticas en curso.

Este informe, complementario al presentado por Uruguay en diciembre de 2009, constituye una buena noticia para todos, ya que muestra el compromiso del Gobierno y de la sociedad toda en seguir avanzando hacia las metas trazadas como Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las acciones que describe, y en particular todo lo atinente a encontrar mecanismos que permitan superar las inequidades existentes, seguramente serán un referente importante tanto para los decisores de políticas públicas como para todos los que, desde distintos ángulos y con distintos roles, trabajan cotidianamente a favor del desarrollo humano.

Susan McDade

Coordinadora Residente de las Naciones Unidas
y Representante Residente del
Programa de las Naciones Unidas en Uruguay

Una mirada a la desigualdad



Introducción

El presente documento aporta información para la mejor comprensión de desigualdades e inequidades presentes en la sociedad uruguaya, socioeconómicas, territoriales, de género, etarias o étnicas, de forma tal que las políticas públicas orientadas al logro de los ODM, den cuenta explícitamente de ellas e incluyan las acciones correspondientes para superarlas.

En este marco cabe destacar que el país viene cumpliendo desde 2007 con las metas establecidas en el denominado Plan de Equidad cuyo objetivo central es construir un Uruguay Socialmente Protegido. Por tanto este informe se inscribe en las orientaciones políticas definidas en dicho Plan, en el expreso sentido de que “... las políticas del Plan de Equidad (...) deben ser fuertemente distributivas y tender a la universalización, al tiempo que corrige las diferencias. Es decir, los mecanismos de equidad que se empleen, además de atender al conjunto de la población, deben discriminar positivamente a favor de las poblaciones, familias, individuos y territorios más vulnerables porque la igualdad se obtiene si se reconocen las diferencias y se opera concretamente sobre ellas. Si el camino elegido es asistir para igualar, lo estamos asociando a redistribuir posibilidades, poder, recursos. En esa línea, una clave son el trabajo y la política económica, por tanto, es indispensable la articulación entre el Plan de Equidad y las políticas económicas y productivas que generan riquezas y posibilidades, además, de los recursos para financiar este plan.”¹

Las principales constataciones a las que arriba este informe son las siguientes:

En términos territoriales, las grandes desigualdades se concentran en los principales aglomerados urbanos, en particular Montevideo y su área metropolitana donde se han dado movimientos de población desde los barrios consolidados hacia la periferia metropolitana. Asimismo es constatable importantes inequidades entre el país urbano y el país de las pequeñas localidades y áreas rurales. Estas asimetrías son evidentes al examinar los datos más allá de los promedios departamentales lo cual es posible para el departamento de Montevideo con las fuentes de información disponibles actualmente² y para el país urbano y rural a partir del año 2006.

Las inequidades de género muestran, en Uruguay, signos contradictorios. La mujer es, promedialmente más afectada por los problemas del mercado de trabajo, acceso al empleo y menores salarios en términos relativos a los hombres, en la obtención de puestos de responsabilidad en la actividad privada y pública y en la obtención de cargos electivos. Sin embargo es menor la asistencia a centros educativos de los varones y el egreso de los mismos de la educación media básica y superior.

En cuanto a las inequidades por grupos de edad, se confirma la conclusión de que la pobreza está concentrada en los hogares con mayor proporción de niños menores de 6 años y los adolescentes. Adicionalmente, estos hogares están básicamente concentrados en el área metropolitana de Montevideo. A su vez los jóvenes son más afectados por los problemas vinculados al mercado de trabajo que otros grupos etáreos.

La relación a las *desigualdades por ascendencia étnica*, se constatan mayores tasas de pobreza entre quienes se auto-perciben con ascendencia afro o negra con respecto al total de la población, observándose asimismo diferencias importantes a partir de la adolescencia en los niveles educativos máximos alcanzados. Estas diferencias se constatan luego en la precaria inserción en el mercado de trabajo.

En relación a las *desigualdades de corte socioeconómico y sociocultural*, se confirma que el trayecto hacia la universalización de la educación inicial obligatoria (niveles de 4 y 5 años) avanza primero entre los hogares de mayores ingresos y mejor clima educativo. Sin embargo en el nivel de 3 años la cobertura es mayor en los hogares del primer quintil de ingresos producto de políticas específicas en la materia. Por su parte, en la educación media las desigualdades son muy importantes, observándose que muchos adolescentes no logran superar el nivel educativo alcanzado por el jefe del hogar al que pertenecen.

Es asimismo en los hogares con menores ingresos que se observan las captaciones de embarazos más tardías y el menor número de controles durante el embarazo.

Todas estas desigualdades dan cuenta de la integralidad del problema y su permanencia en el tiempo. Más allá que los ODM se planteen como objetivos separados constituyen una agenda que debe ser abordada en su globalidad. Este informe muestra la existencia de un conjunto de hogares en los cuales se verifican la mayoría de estas situaciones, constatándose una situación de inequidad de carácter integral que como tal debe ser abordada por las políticas públicas en orden al logro de las metas naciona-

les definidas. Sólo de esta manera se podrá cumplir con los ODM y a su vez generar las bases para una sociedad más cohesionada e integrada.

El presente documento se estructura siguiendo los ODM acordados a nivel mundial y en cada uno de ellos, las metas asumidas por Uruguay a partir del proceso de discusión y consulta realizado oportunamente. De acuerdo a la información secundaria disponible, en cada sección se abordan las desigualdades desde las miradas territoriales, socio-económicas, de género, etarias y por ascendencia étnica o racial.



Erradicar la pobreza extrema y el hambre

> Meta Mundial 1A

Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean menores a 1 dólar por día

> Meta Nacional 1A

Erradicar la indigencia y reducir a la mitad el porcentaje de personas pobres para el año 2015

Meta Nacional 1A

El Objetivo 1 y las metas adoptadas por el país hablan de la eliminación de la indigencia y la reducción de la pobreza; la mejora de las condiciones laborales globales y de algunos grupos particularmente afectados por los problemas de empleo como jóvenes, mujeres y trabajadores pertenecientes al primer quintil de ingresos, ya sea en la superación del desempleo abierto como en las condiciones de trabajo de los ocupados.

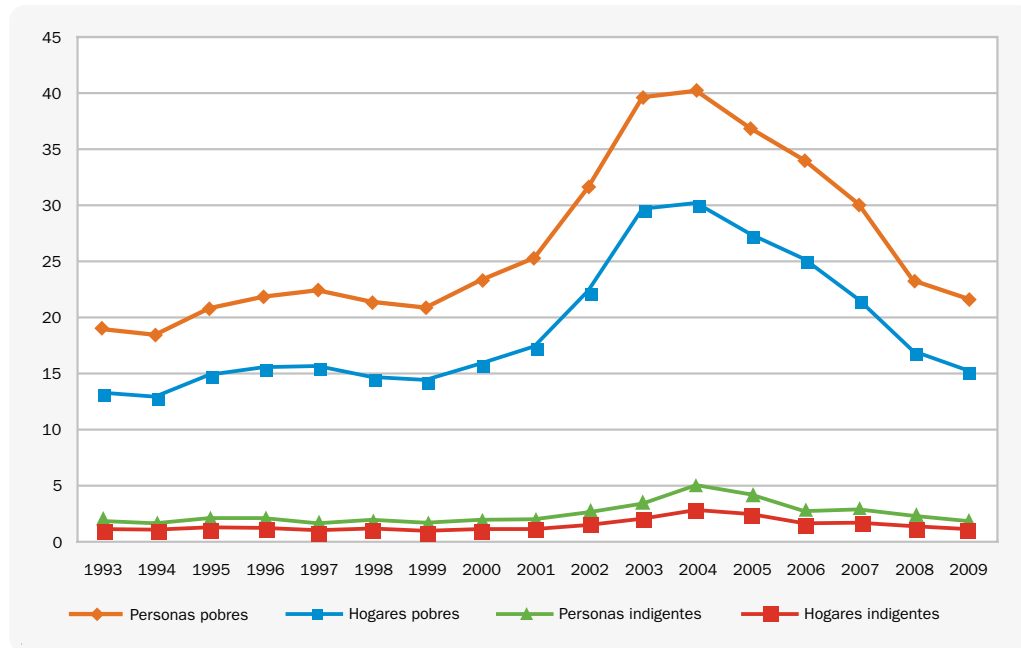
Pobreza

La pobreza y la indigencia han tenido un descenso importante desde el año 2005 a la fecha considerando a la población que habita en localidades de 5.000 y más habitantes. Esta tendencia se confirma en cualquiera de las metodologías utilizadas¹. El siguiente cuadro resume la información elaborada a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) que realiza periódicamente el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y siguiendo la metodología 2006 para el cálculo de la línea de pobreza² (gráfico 1.1).

1. Ver por ejemplo INE (2009), Estimaciones de pobreza por el método del ingreso, 2008, Montevideo.

2. En este Informe se utilizó la Metodología INE 2006 para la estimación de la pobreza.

Gráfico 1.1. Pobreza e indigencia (1990-2009)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Las diferencias entre los porcentajes de hogares y personas que se encuentran bajo la línea de pobreza obedecen a las diferentes características que presentan en relación a la población total. En efecto, los hogares en situación de pobreza se diferencian del resto por ser más numerosos y tener una mayor cantidad de menores de 14 años. Estas diferencias se mantienen según las diferentes áreas geográficas.

Por su parte, el número de perceptores de ingresos no difieren significativamente entre hogares pobres y no pobres (tablas 1.1 y 1.2).

Tabla 1.1. Tamaño y composición de los hogares indigentes según grandes áreas geográficas (2009). En número de personas

	Personas por hogar		Menores de 14 años por hogar		Perceptores por hogar	
	Total de hogares	Hogares indigentes	Total de hogares	Hogares indigentes	Total de hogares	Hogares indigentes
Total del país	2,9	5,3	0,6	2,6	1,8	1,7
Montevideo	2,8	5,4	0,5	2,6	1,8	1,8
Interior (loc. 5000 hab. y más)	2,9	5,3	0,7	2,6	1,8	1,4

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Tabla 1.2. Tamaño y composición de los hogares pobres según grandes áreas geográficas (2009). En número de personas

	Personas por hogar		Menores de 14 años por hogar		Perceptores por hogar	
	Total de hogares	Hogares pobres	Total de hogares	Hogares pobres	Total de hogares	Hogares pobres
Total del país	2,9	4,1	0,6	1,5	1,8	1,9
Montevideo	2,8	3,9	0,5	1,3	1,8	1,9
Interior (loc. 5000 hab. y más)	2,9	4,3	0,7	1,7	1,8	1,9

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Como puede verse en los cuadros anteriores, tanto para los hogares en situación de indigencia como de pobreza, el número de personas por hogar duplica al número promedio de integrantes del total de hogares. Por su parte la cantidad de menores de 14 años triplica al promedio de personas en ese tramo de edad en el total de hogares.

De alguna manera ya es ésta una forma de ver la inequidad en la medida que las diferencias en la composición de los hogares pueden generar las condiciones que dificulten la superación de la situación de pobreza e indigencia y, por lo tanto, impongan restricciones al logro de las metas referidas a pobreza en el ODM 1.

Como resulta evidente, la triple combinación de hogares más numerosos, un mayor número de menores de 14 años y un igual número de perceptores de ingresos produce, en los hogares bajo la línea de pobreza, una situación de difícil superación fortaleciendo el círculo de reproducción de pobreza entre generaciones. En las siguientes secciones se profundizará en el análisis de la situación de pobreza comparado con las desigualdades por tramos de edad, territoriales, de género y étnicas.

La pobreza por tramos de edad

Como ya fue mencionado los hogares pobres e indigentes concentran, en términos relativos al total de hogares, una proporción mayor de menores de 14 años. A su vez la proporción de personas pobres se incrementa a medida que se desciende en la edad de tal forma que el guarismo más elevado se encuentra entre los menores de seis años. Algo menor aunque igualmente alta es la incidencia de la pobreza en el tramo de 6 a 12 y en el tramo de 13 a 17. Finalmente la incidencia de la pobreza desciende abruptamente en el tramo de 18 a 64 y para las personas de 65 y más (tabla 1.3).

Tabla 1.3. Personas pobres según área geográfica y grupos de edad (2009). En % de personas

	Total del país	Montevideo	Interior (loc. 5000 hab. y más)	Interior (loc. menos 5000 hab.)	Áreas rurales
Total	20.9	24.0	19.0	25.4	9.6
Menores 6 años	37.8	44.1	34.1	42.7	17.9
6 a 12	36.2	43.7	32.9	37.8	17.2
13 a 17	31.5	38.4	28.6	33.0	12.6
18 a 64	17.5	20.3	15.6	21.9	7.7
65 y más	7.4	9.3	5.3	10.4	5.2

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Como puede observarse la pobreza entre los menores de 6 años supera en 17 puntos porcentuales al promedio para el total del país y es particularmente importante en ese tramo de edad en el departamento de Montevideo, aunque la situación es también grave en las localidades del Interior, en particular las más pequeñas.

Iguals conclusiones pueden obtenerse para los tramos de 6 a 12 años y 13 a 17 años. En todas estas edades el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza supera, en algunos casos casi duplica, el promedio para el total del país. A partir de los 18 años esta situación se revierte y la incidencia de la pobreza se vuelve menor al promedio.

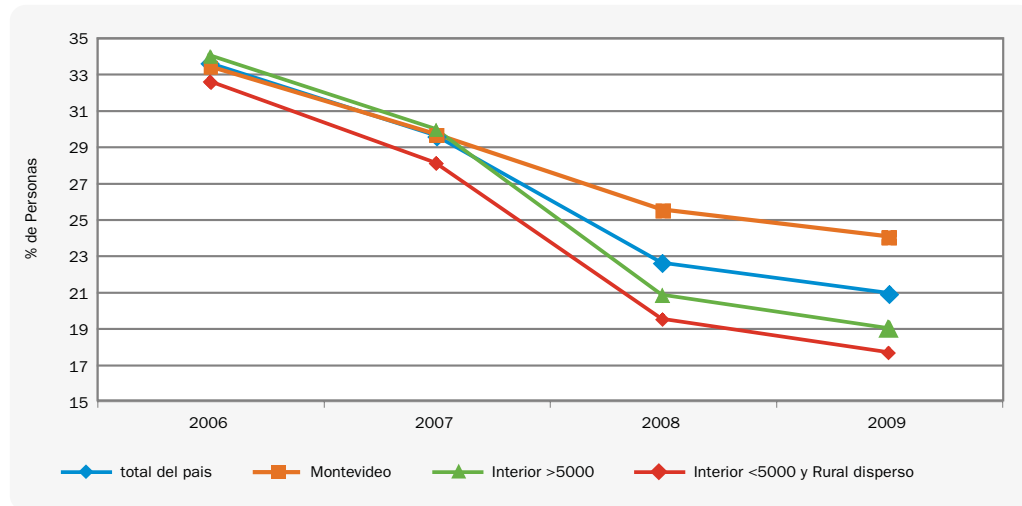
Puede plantearse como hipótesis de que para muchas personas existe un ciclo de vida en torno a la pobreza. En efecto en uno de cada tres niños/as en el total del país y las localidades mayores del interior y uno de cada dos niños/as de Montevideo y las localidades de menor tamaño, el nacimiento y la primera infancia se desarrolla en condiciones de pobreza. Esta situación comienza a revertirse lentamente a medida que el niño o niña crece en un fenómeno que está asociado a la situación del hogar.

Las desigualdades territoriales

La mirada del territorio ya ha sido abordada en las líneas anteriores, en este apartado se centrará en el análisis de las desigualdades territoriales dada la importancia que ésta tiene en sí misma como una restricción más a la hora de superar las situaciones de pobreza e indigencia y por lo tanto elemento central en la elaboración de políticas que permitan el logro de la Meta 1A del ODM 1.

Como primera aproximación puede decirse que en relación a las grandes áreas geográficas, las disparidades no eran importantes en el año 2006, año en que se realiza la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada a través de la cual se puede estimar la pobreza para localidades de menos de 5000 habitantes y para las zonas

Gráfico 1.2. Porcentaje de personas pobres según área geográfica (2006-2009)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

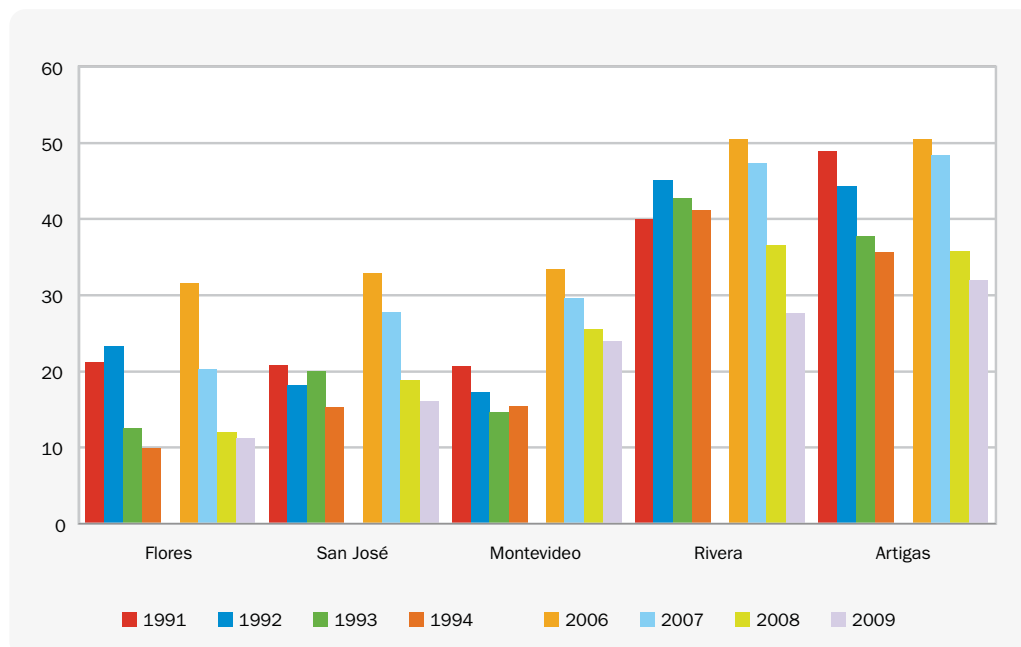
rurales. Como puede verse en el siguiente gráfico para todas las áreas geográficas seleccionadas la pobreza se encontraba en el entorno del 32% de personas.

Sin embargo debe advertirse que el ritmo de descenso ha sido mucho más acelerado en el Interior del país con respecto al total y a Montevideo. Incluso la disminución ha sido más pronunciada en las localidades menores (menos de 5000 habitantes) y en las áreas rurales que en el resto del país, generándose una diferencia de casi 6 puntos porcentuales en los guarismos para el año 2009 entre las localidades más pequeñas del Interior y Montevideo (gráfica 1.2).

Esta situación tiene algunas lecturas diferentes si el abordaje territorial se realiza poniendo el foco en la división administrativa del país. La pobreza se mantiene sistemáticamente elevada en algunos departamentos, en particular los ubicados en el norte y que hacen frontera con Brasil y es más baja en los departamentos del sur.

La evolución en el período de referencia para los ODM muestra una dinámica interesante. Para tal análisis se ha graficado para algunos departamentos seleccionados los porcentajes de personas pobres en las dos puntas del período: en el entorno de 1990, año base, y en los últimos años. Los resultados pueden verse en el gráfico 1.3.

Entre departamentos las diferencias son de cierta entidad, tomando los datos de inicio de la década de los noventa se observan porcentajes de personas pobres que superan en una vez y media y hasta en el doble si consideramos un departamento con una baja

Gráfico 1.3. Porcentaje de personas pobres para algunos Departamentos seleccionados

Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

incidencia de la pobreza como por ejemplo Flores y uno de alta incidencia como Artigas.

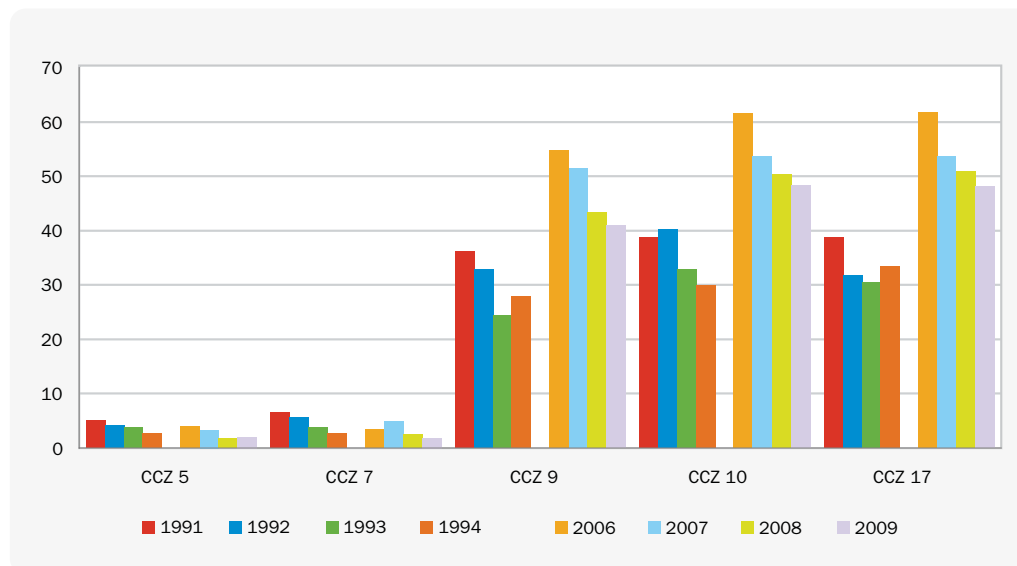
A su vez el descenso de la pobreza en el período 2006–2010 fue más marcado en las puntas, es decir en departamentos con bajos y altos niveles de pobreza, quedando una situación intermedia, en la cual está el departamento de Montevideo, en la cual si bien se observa un descenso en los niveles de pobreza, ese descenso ha sido más lento al punto de que al año 2009 la pobreza estimada aun supera la de inicio de la década de los noventa en dichos departamentos.

Haciendo foco en el departamento de Montevideo, el único posible de examinar territorialmente a su interior a partir de las ECH, las diferencias entre “zonas” es aun más amplia que entre departamentos (gráfico 1.4).

Nuevamente se observa que hay desigualdades entre Zonales, claramente entre los ubicados sobre la costa del Río de Plata, y que en el gráfico anterior están representados por los Zonales 5 y 7, y los ubicados en la periferia del Departamento, caso típico de los Zonales 9, 10 y 17.

Aquí también vale el comentario de que los territorios donde la proporción de personas pobres es muy baja presentan en los últimos años resultados menores que al inicio de los noventa. Por su parte, los Zonales con una fuerte incidencia de la pobreza (ver gráfico, el Zonal 17 tenía al 60% de su población por debajo de la

Gráfico 1.4. Porcentaje de personas pobres para algunos Zonales de Montevideo



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

línea de pobreza en el año 2006) también muestran importantes disminuciones pero aun persisten fuerte inequidades.

Esta gran disparidad de situaciones al interior de Montevideo no es posible comprobarla para otros departamentos por las limitaciones de la Encuesta de Hogares como ya fue dicho. Sin embargo es sintomático que a medida que se dejan los promedios nacionales para hacer una lectura desagregada en los diferentes territorios las diferencias comienzan a volverse importantes. De esta manera puede aventurarse que el país cumpla en el plazo estipulado con las metas fijadas en el ODM 1 en términos globales, sin embargo será muy difícil que lo pueda cumplir para todos los territorios y áreas geográficas que lo componen. Adicionalmente vale hacerse la pregunta que si un grado menor de disparidades territoriales no facilitarían el logro de la meta global.

Las desigualdades de género

Otra perspectiva para el análisis es el de las diferencias de género. En este sentido se plantea la evaluación según sea hombre o mujer quien se declare como jefe del hogar en la ECH. La jefatura masculina o femenina del hogar surge de las respuestas de los propios encuestados por la ECH, por lo tanto es posible que existan sesgos culturales y de visiones familiares en los resultados obtenidos, sin embargo es una buena aproximación al fenómeno.

Al respecto puede decirse que no existen diferencias impor-

tantes si el hogar pobre está encabezado por una mujer o por un hombre para el total de hogares, algo más de un punto y medio porcentual de hogares con jefatura femenina por sobre los hogares de jefatura masculina están por debajo de la línea de pobreza.

Sin embargo las diferencias comienzan a ser mayores cuando se hace un análisis por áreas geográficas, siendo particularmente dispar la situación en las zonas rurales (ver tabla 1.4).

Estos resultados corresponden a tener como población al total de hogares, donde se incluyen varios tipos de situaciones diferentes, en particular se están agrupando hogares unipersonales y de parejas sin hijos con hogares nucleares, compuestos y extendidos. Dada la particular composición de los hogares pobres ya comentada más arriba parece importante centrar la mirada en los hogares familiares exclusivamente ya que los unipersonales y de parejas sin hijos son menos vulnerables a las situaciones de pobreza.

De esta manera y tomando como universo a los hogares familiares, y siempre considerando datos del año 2009, se puede ver que los hogares con jefatura femenina están más que representados entre los hogares pobres que aquellos con jefatura masculina. Para el total del país la relación entre hogares pobres según la jefatura sea femenina o masculina es de una vez y media mayor. Esta situación se mantiene para todas las áreas geográficas salvo las localidades más pequeñas del Interior del país (tabla 1.5).

Tabla 1.4. Hogares pobres según área geográfica y sexo del jefe (2009). En % de hogares

	Total del país	Montevideo	Interior (loc. 5000 hab. y más)	Interior (loc. menos 5000 hab.)	Áreas rurales
Total hogares	14,7	17	13,7	18,2	6,9
Hogares jefatura masculina	14,1	17,1	12,1	19,8	6,3
Hogares jefatura femenina	15,7	17	14,5	14,8	10,5

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Tabla 1.5. Hogares familiares pobres según área geográfica y sexo del jefe (2009). En % de hogares

	Total del país	Montevideo	Interior (loc. 5000 hab. y más)	Interior (loc. menos 5000 hab.)	Áreas rurales
Total hogares	17,8	20,8	15,7	22,6	8,1
Hogares jefatura masculina	15,5	18,5	13,3	22,5	7,3
Hogares jefatura femenina	23,7	25,4	22,4	22,9	14,8

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Por lo tanto puede aventurarse que entre los hogares pobres hay una mayor proporción de hogares monoparentales con jefatura femenina, así como entre los hogares extendidos y compuestos. Estos últimos resultan claras estrategias de sobrevivencia que las familias en situación de pobreza ponen en práctica para intentar paliar la situación en la que viven.

Las desigualdades étnicas

Cuál es la raza o etnia de la persona en situación de pobreza es también una mirada que debe realizarse para el análisis de las desigualdades que pueden estar limitando el logro de la meta vinculada a la pobreza en el ODM 1. Para esto es necesario tener en cuenta que según la ENHA del año 2006³, en el 100% de la población uruguaya existía un 96,9% de personas de raza blanca, un 9,1% de raza negra y un 3,8% considerados indígenas⁴.

En cuanto a la población en situación de pobreza, un 19,9% de la población blanca se catalogaba como pobre para el total del país, mientras que un 45,3% de los de raza negra y un 30,4% de los de raza indígena estaban en la misma situación.

En Montevideo más de la mitad de la población de raza negra y más de un tercio de la de raza indígena se encuentra, en el año 2009, en situación de pobreza, mientras que entre la población de raza blanca la relación es de algo más de uno a cinco (ver tabla 1.6).

Tabla 1.6. Personas pobres según área geográfica y ascendencia étnica

	Total del país	Montevideo	Interior (loc. 5000 hab. y más)	Interior (loc. menos 5000 hab.)	Áreas rurales
Total	20,9	24	19	25,4	9,6
Afro o negra	45,3	52	38,5	45	—
Blanca	19,9	22,6	18,3	24,6	9,4
Indígena	30,4	37,3	25,4	21	—

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Esta situación se mantiene para algunas áreas geográficas como ser Montevideo y las localidades del interior urbano para las cuales es posible realizar la estimación con rigor estadístico.

3. Marisa Bucheli y Wanda Cabella. Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. ENHA 2006. Informe temático. INE. Montevideo, 2007.

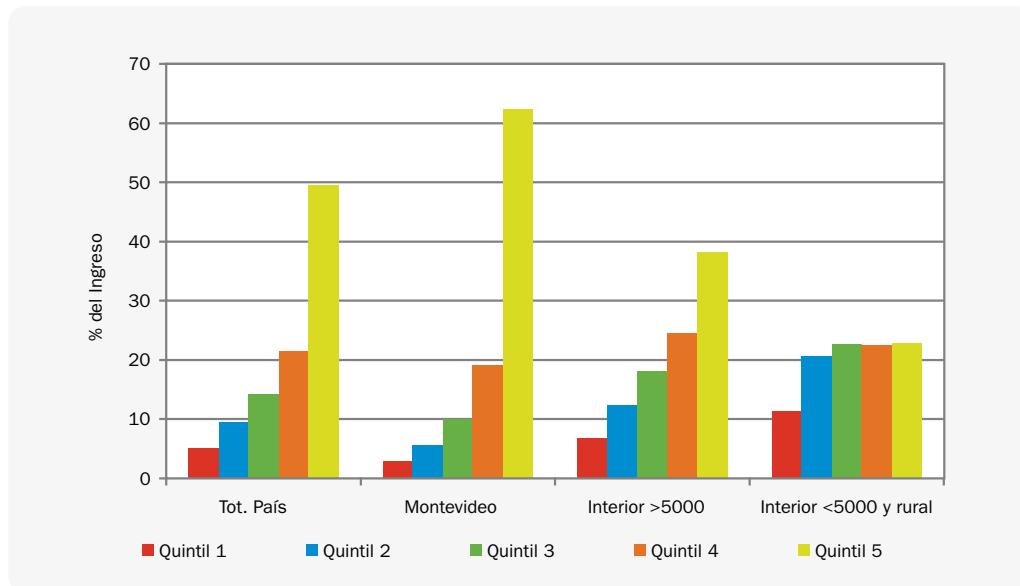
4. Estos porcentajes no suman 100 pues un encuestado puede reconocer más de una ascendencia.

Las desigualdades de ingreso

Para complementar el análisis de las desigualdades en torno a la situación de pobreza se examina la distribución del ingreso por áreas geográficas. Esta información permite apoyar las conclusiones ya expuestas en el sentido de que las situaciones de mayores carencias se concentran en Montevideo y las grandes localidades del interior del país.

Como puede verse en el gráfico a continuación las inequidades de ingreso para el total del país están principalmente influenciadas por la gran disparidad existente en Montevideo y, en segundo lugar, por la situación de las localidades de 5000 habitantes y más. Por su parte para las localidades de menos de 5000 habitantes y las áreas rurales existe casi una paridad en el porcentaje de ingreso del que se apropian los cuatro quintiles superiores.

Gráfico 1.5. Distribución del Ingreso según área geográfica. 2009



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

[OBJETIVO 1]

> Meta Mundial 1B	> Meta Nacional 1B
Alcanzar pleno empleo productivo y trabajo decente para todos, incluyendo las mujeres y los jóvenes.	Reducir la tasa de desempleo global y femenina a menos del 9%; y la tasa específica de desempleo de los trabajadores del 1er. quintil y de los jóvenes a menos del 15%. Reducir la falta de cobertura de la seguridad social entre el total de ocupados a menos del 25% y la de los ocupados del 1er. quintil a menos del 50%.

Meta Nacional 1B

Las metas referidas a empleo deben ser vistas como funcionales al objetivo de erradicar la indigencia y disminuir a la mitad la pobreza. Esto se debe a que en la realidad uruguaya existe una correlación muy fuerte entre las dificultades para generar ingresos provenientes del trabajo y la condición de pobreza de la persona. De alguna manera estas metas nacionales ya avanzan en el tema de desigualdad al poner foco en la población joven, en vista a un problema grave de inequidad en el mercado de trabajo entre generaciones y en los trabajadores pertenecientes al primer quintil que presentan serias limitantes tanto en el acceso al empleo como en las condiciones laborales de los ocupados. Se profundizará en este capítulo sobre estas situaciones de inequidad aportando el enfoque territorial, de género y por tramos de edad.

Previamente resulta pertinente realizar una rápida caracterización del mercado de trabajo a partir de la tasa de actividad, la tasa de empleo y la tasa de desempleo en las diferentes áreas geográficas del país ya sea para la población total como para la proporción de esa población que se encuentra bajo la línea de pobreza.

De esta manera se constata que la tasa de actividad o disposición a trabajar, comúnmente asimilada a la oferta de empleo por parte de los trabajadores, es algo menor entre los pobres en relación al total de la población trabajadora. Si se considera el total del país, prácticamente no existen diferencias para Montevideo pero esta diferencia comienza a aumentar a medida que se pasa a

localidades mayores del interior del país, a localidades de menos de 5000 habitantes y a las áreas rurales.

Este fenómeno de menor tasa de actividad entre los pobres y en particular en localidades menores puede estar hablando de un fenómeno de desempleo encubierto ya que menores oportunidades laborales pueden generar un fenómeno de desestimulo a expresar disposición a trabajar y por lo tanto ser considerados parte de la población trabajadora (tabla 1.7).

Esta hipótesis no se rechaza al ver los otros indicadores del mercado de trabajo. En efecto la tasa de empleo, o demanda efectiva por parte de los empleadores, muestra mayores diferencias que la tasa de actividad entre las personas en situación de pobreza y el total de la población trabajadora. Estas diferencias se observan en todas las áreas geográficas y es particularmente acentuada en las localidades menores y en el interior rural.

La consecuencia no es otra que la observada en la tasa de desempleo. Entre la población pobre existe un número mayor, más que el doble, de personas que expresan su voluntad de trabajar pero no consiguen empleo. La meta referida a empleo del ODM 1 se plantea alcanzar un desempleo del 15% de la Población Económicamente Activa del primer quintil de ingresos, al que pertenecen todos los trabajadores en situación de pobreza y por lo tanto es plausible dicho logro al año 2015 si continúan las condiciones beneficiosas del mercado de trabajo de los últimos cinco años. Sin embargo hay que tener en cuenta que estas diferencias importantes en la inserción de los pobres en el mundo del trabajo, en particular en las áreas geográficas donde existen menos oportunidades laborales, genera grandes asimetrías territoriales en regiones escasamente pobladas.

Pero esta caracterización del empleo a partir de los indicadores tradicionales no estaría completa si no se aborda el tema de la calidad del empleo y sus diferencias a nivel territorial. La meta prevista en el ODM 1 establece una aproximación al tipo de em-

Tabla 1.7. Tasa de Actividad, Empleo y Desempleo según área geográfica y situación de pobreza (2009).
En % de personas

	Tasa de actividad		Tasa de empleo		Tasa de desempleo	
	Total	Personas pobres	Total	Personas pobres	Total	Personas pobres
Total del país	63,1	60,9	58,5	51	7,3	16,4
Montevideo	64,8	64	59,9	54,2	7,6	15,4
Interior (loc. 5000 ab. y más)	61,8	59,7	57	48,9	7,9	18,1

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

pleo a partir de la formalización de los trabajadores, o registro al Sistema de Seguridad Social, estableciendo claramente bajar la informalidad a un 25% de los ocupados y un 50% de los ocupados del primer quintil hacia el año 2015.

Como puede observarse en los datos para el año 2009 que se aportan en el cuadro siguiente, el no registro a la Seguridad Social sigue siendo elevado para el total de los ocupados en general y aquellos que se encuentran bajo la línea de pobreza en particular. En efecto, casi uno de cada tres ocupados se encuentra en la informalidad para el total del país de acuerdo a datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas. Este guarismo baja a casi un 25% en Montevideo pero se vuelve más importante en el Interior del país donde no solamente hay un problema de oportunidades de empleo como fue dicho más arriba sino también una situación de dificultad en la formalización de las relaciones laborales.

La situación de no registro a la seguridad social es bastante más elevada, el doble o más para todas las áreas geográficas del país si se consideran los ocupados en situación de pobreza. Esta población, además de tener serias limitaciones para insertarse en el mercado de trabajo como ya fue visto, presenta problemas importantes para la formalización de las relaciones laborales de los ocupados (tabla 1.8).

Tabla 1.8. Ocupados no registrados a la Seguridad Social según área geográfica y situación de pobreza (2009).
En % de personas

	Total de ocupados	Ocupados en situación de pobreza
Total del país	32,2	66,6
Montevideo	26,3	58,9
Interior (loc. 5000 hab. y más)	36,8	76,2

Fuente: INE, Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2009

Las desigualdades de ingreso

La Meta 1B del ODM 1 establecida para la realidad uruguaya explicita resultados a alcanzar para el total de la población trabajadora y para los trabajadores pertenecientes al primer quintil de ingresos, tanto en el análisis de los problemas de inserción laboral (meta de desempleo) como en la calidad de las relaciones laborales (meta de formalización o registro de los ocupados en el Sistema de Seguridad Social).

Como ya se anticipó en el Informe País 2009 del Consejo Na-

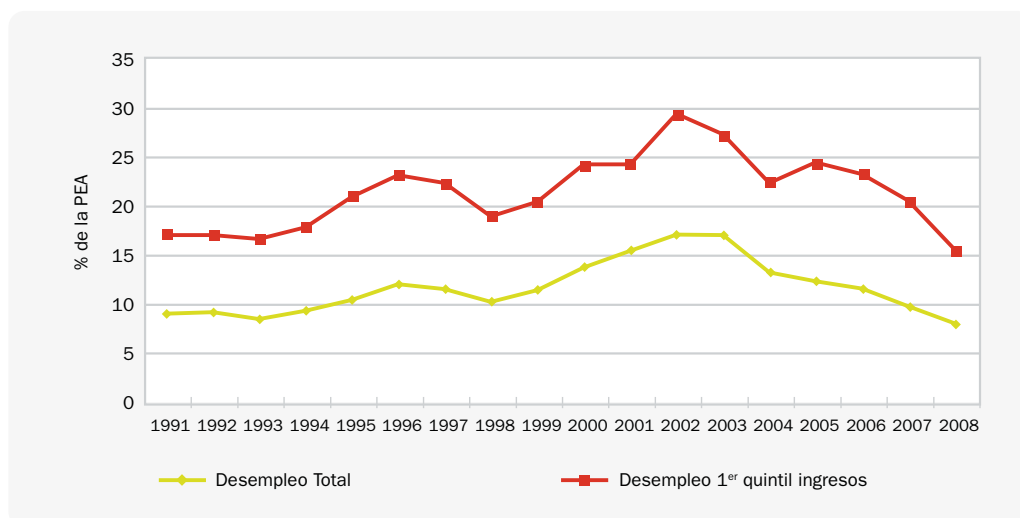
cional de Políticas Sociales, tanto en materia de desempleo como en el registro en el Sistema de Seguridad Social, las diferencias son importantes al analizar la situación de los trabajadores pertenecientes al primer quintil de ingresos con respecto al total de la masa trabajadora (ver gráfico 1.6).

La situación de los trabajadores pertenecientes al primer quintil de ingresos es claramente más desventajosa si se observa en relación al desempleo total de la economía. A su vez es evidente que se incrementa algo más rápido que el desempleo global, por lo que puede concluirse que los trabajadores pertenecientes al primer quintil de ingresos son más vulnerables en situaciones de crisis en el mercado laboral.

En los últimos años el descenso en el desempleo es notorio y resulta alentador comprobar que éste ha sido más pronunciado para el primer quintil. Asimismo se comprueba ya en el año 2008 el cumplimiento de la meta en su doble dimensión: para el total de desempleados (9% de la PEA o menos) y para los desempleados del primer quintil de ingresos (15% de la PEA de referencia). El esfuerzo debe ser puesto entonces en mantener estos logros pero también en reducir al mínimo posible la brecha entre el desempleo de los trabajadores de menores ingresos en relación al promedio general (gráfico 1.7).

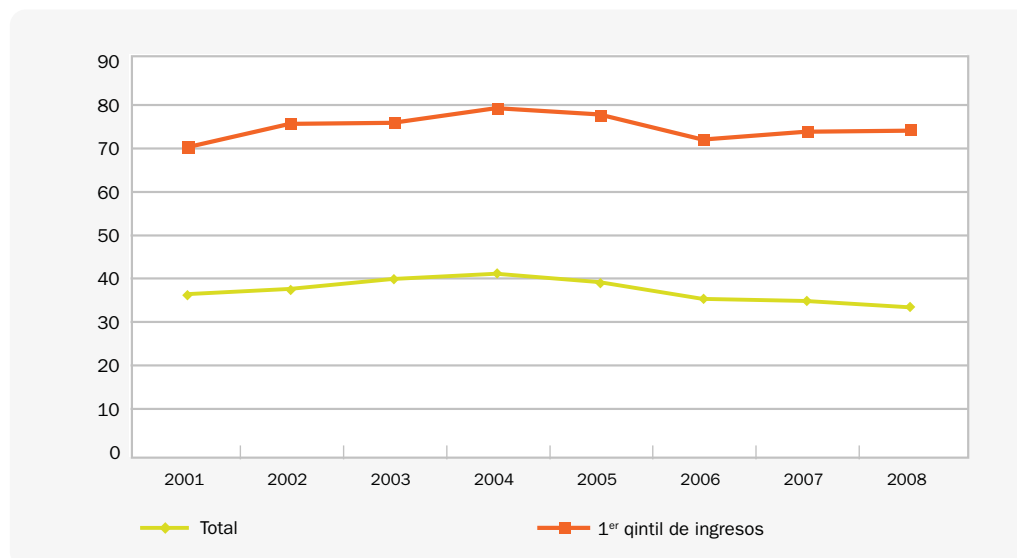
Por su parte la condición de informalidad medida como el no registro de los trabajadores ocupados al Sistema de Seguridad Social, también presenta grandes desigualdades en términos comparativo entre los empleados pertenecientes al primer quintil de ingresos y el total de los trabajadores ocupados.

Gráfico 1.6. Desempleo total y para el primer quintil de ingresos. 1991-2008. En % de la PEA



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 1.7. Ocupados no registrados a la Seguridad Social. 2001-2008. En % de Ocupados



Fuente: IECON, en base a datos de INE, ECH.

Mientras que el promedio de no registro a la Seguridad Social para todos los ocupados está en el entorno del 36%, esta variable se incrementa hasta el 74% de los ocupados pertenecientes al primer quintil de ingresos. Siempre considerando los trabajadores de las áreas urbanas del país y en el período 2001-2008.

Por su parte la tendencia al descenso observado en la informalidad en las relaciones laborales durante los últimos años analizados para el promedio general, no es tan clara para los ocupados de menores ingresos, entre los cuales se advierte una ligera tendencia al incremento. Además de la dificultad en el cumplimiento de la meta acordada es importante notar esta tendencia al incremento de las desigualdades entre los ocupados pertenecientes al primer quintil de ingresos y el promedio general.

Las desigualdades territoriales

Se completa en esta parte el análisis territorial aportando información de desempleo e informalidad para los departamentos del país y para las zonas de Montevideo donde fue posible estimar esas variables a partir de la ECH elaborada por el INE.

El desempleo por departamento no resulta tan concluyente como cuando se realiza el análisis por área geográfica del País. Las variaciones no son tan marcadas y sistemáticas más allá de confirmar la existencia de departamentos más dinámicos, en particular sobre la costa del Río de la Plata o el litoral del país, con tasas de desempleo global menor que algunos de los depar-

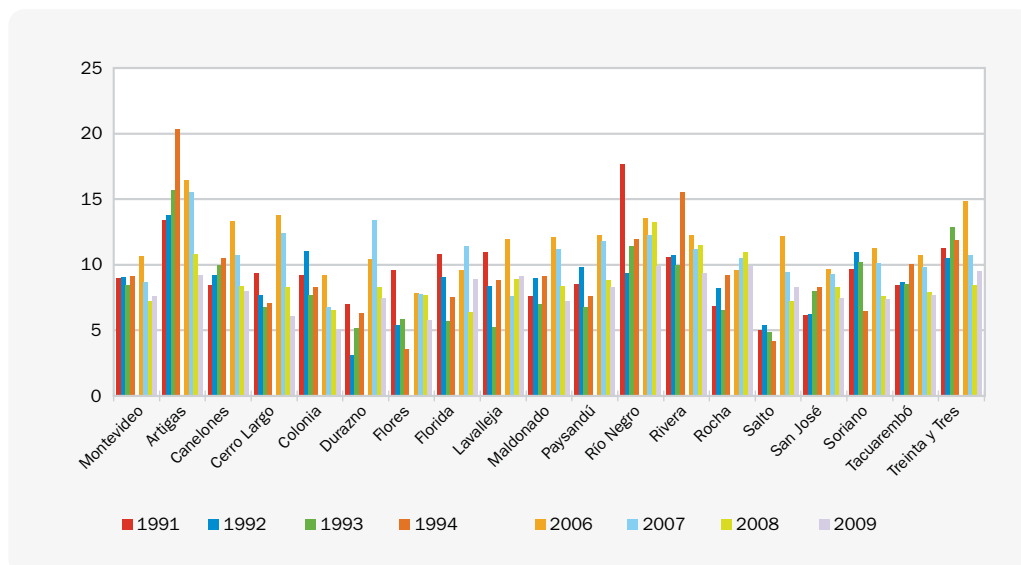
tamentos ubicados en el norte y noreste del País. Más allá de esto, las dinámicas internas de cada departamento en un período más o menos extenso marca variaciones internas importantes.

El gráfico 1.8 presenta la evolución del desempleo para todos los departamentos en los primeros años de la década del noventa y en los años más recientes. Puede observarse el descenso marcado en los últimos años, llegando todos los departamentos a cumplir con la meta fijada de un desempleo menor al 9% de la PEA.

Como fue dicho el departamento de Montevideo se caracteriza por un mercado de trabajo más dinámico ya sea para el total de la PEA como para los trabajadores en situación de pobreza. Sin embargo, existen asimetrías importantes entre los Zonales de dicho departamento. Nuevamente el gráfico adjunto selecciona a Zonales característicos del fenómeno que se pretende describir, el Zonal 5 y el 7 presentan un desempleo que estructuralmente es la mitad que el estimado para los Zonales 14 y 17.

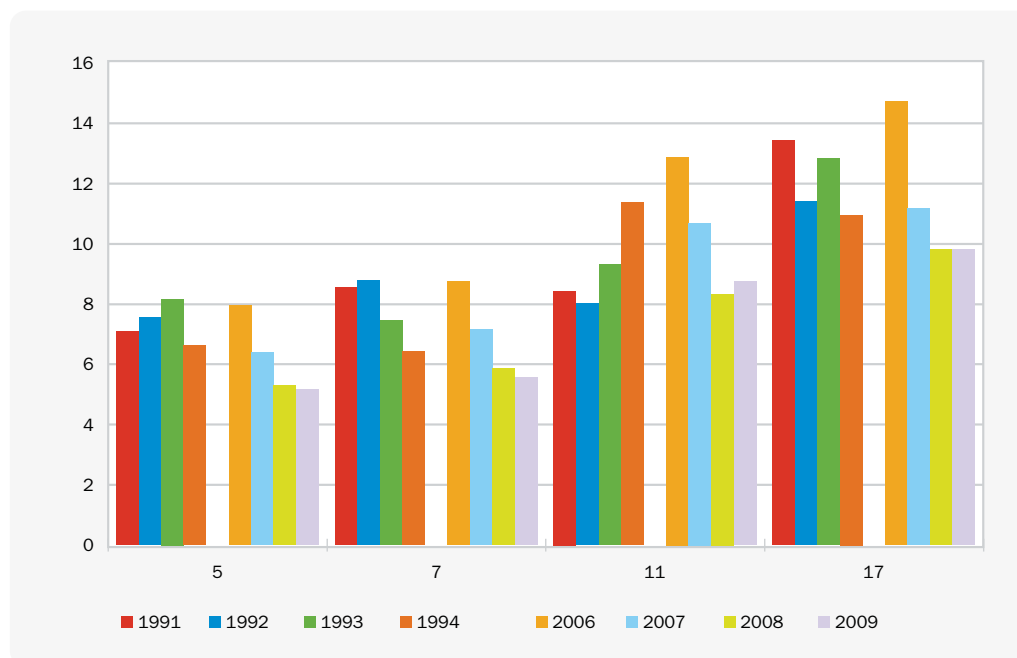
Nuevamente vale el comentario del cumplimiento de las metas fijadas, tanto a nivel departamental como al interior del departamento de Montevideo. También vale la advertencia que grandes asimetrías territoriales hablan de diferencias importantes en cuanto al desarrollo productivo del país y del mercado de trabajo. Claramente estas desigualdades generan una restricción importante a la hora de pensar políticas sostenidas de combate a la pobreza y la indigencia (gráfico 1.9).

Gráfico 1.8. Desempleo por Departamentos. Años seleccionados. En % de la PEA



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 1.9. Desempleo por Zonales de Montevideo. 1991 - 2009. En % de la PEA



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

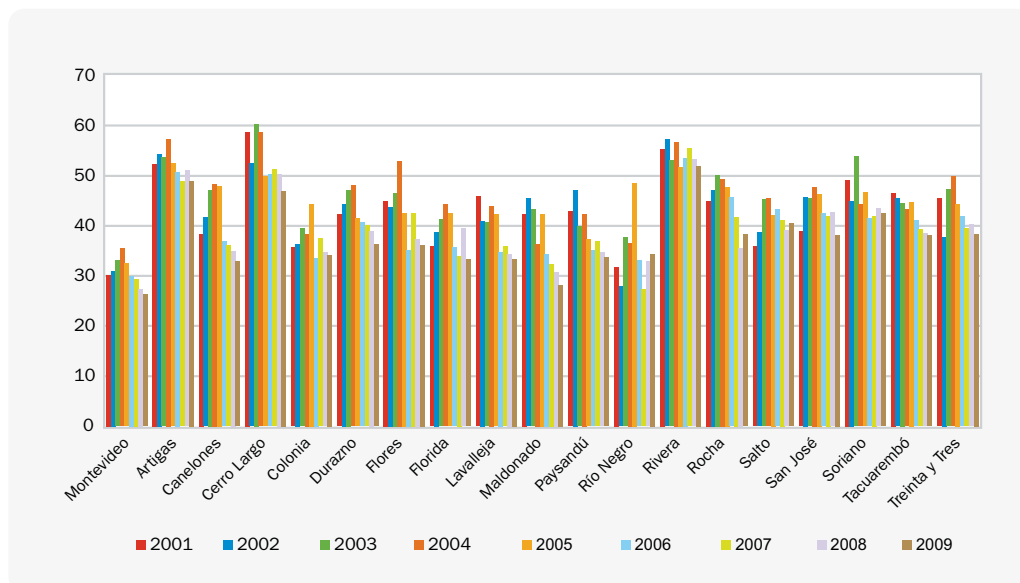
En relación a la calidad del empleo por departamentos las conclusiones pueden ser algo más claras que para el desempleo. Montevideo se diferencia del resto del país en cuanto a un nivel estructuralmente más bajo de no registro de los ocupados a la Seguridad Social.

Asimismo es también notorio que en los últimos años la informalidad de los trabajadores ha venido en descenso en todos los departamentos del país, llegando en el caso de Maldonado a niveles similares a los de Montevideo. Sin embargo también hay que notar que en la gran mayoría de los casos se está aún lejos de la meta fijada en un 25% de no registro de los ocupados a la Seguridad Social, promediando una informalidad del 38% de los ocupados para todos los departamentos excluidos Montevideo y Maldonado.

La meta es posible de ser alcanzada hacia el año 2015 de persistir la tendencia descendente observada en los últimos años, pero deberá ponerse particular atención en aquellos departamentos más problemáticos en esta materia como ser los que se encuentran en el norte y noreste del país (gráfico 1.10).

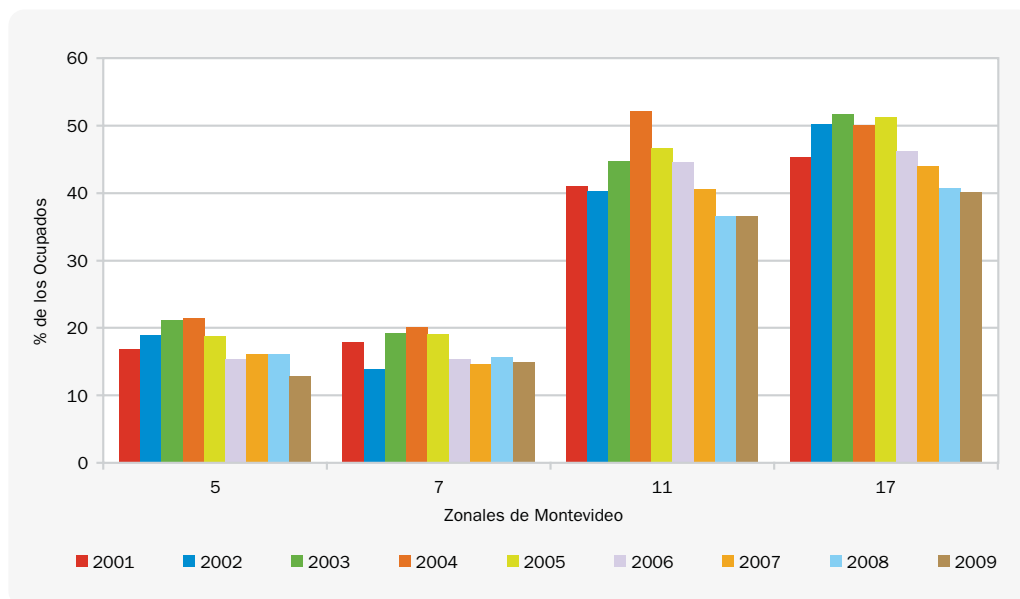
La situación al interior de Montevideo es nuevamente interesante y muestra una asimetría importante cuando se examina la informalidad de los trabajadores en Zonales del departamento. Más allá del promedio departamental, el más bajo del país, hay profundas diferencias. Nuevamente se seleccionaron los Zonales

Gráfico 1.10. No registro a la Seguridad Social por departamentos. 2001 - 2009. En % de los ocupados



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 1.11. No registro a la Seguridad Social en Zonales seleccionados de Montevideo



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

5 y 7 como ejemplo de los menores registros de informalidad y los Zonales 11 y 17 como casos sintomáticos donde la informalidad es permanentemente elevada en el período analizado (2001 - 2009), ver gráfico 1.11.

Como queda evidente en el gráfico, para el 5 y 7 la situación es de una informalidad que sólo en sus peores registros supera el 20% de los trabajadores, por su parte para el 11 y el 17 nunca se

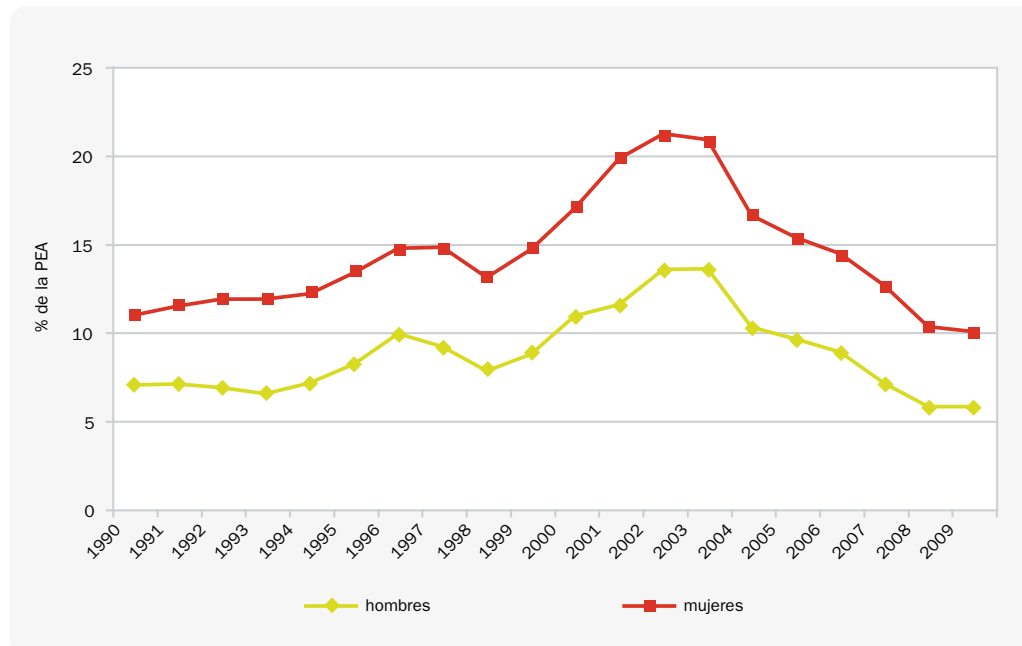
registra una informalidad menor al 35%. El descenso en los niveles de informalidad ha descendido en los últimos años en todos los Zonales de Montevideo y en particular en los seleccionados para graficar la situación descrita, incluso el descenso ha sido más importante en aquellos Zonales en los cuales el fenómeno es particularmente elevado aunque en estos casos aun se está lejos de la meta fijada.

Las desigualdades de género

Es un dato ya habitual la diferencia entre trabajadoras y trabajadores en relación a la posibilidad de concretar la obtención de un empleo. Los datos de la ECH procesados para la elaboración de este informe confirma que durante el período de referencia para el análisis del logro de los ODM existen diferencias importantes entre la tasa de desempleo femenina y la tasa de desempleo masculina, siendo ésta última estructuralmente menor que la primera.

Como puede observarse en el gráfico ambas variables siguen una trayectoria más o menos similar, con una diferencia entre ambas de 4 puntos porcentuales en el año en el cual la brecha es menor y llega a casi 8 puntos porcentuales cuando esta brecha es mayor (gráfico 1.12).

Gráfico 1.12. Desempleo según sexo. 1990-2009. En % de la PEA



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

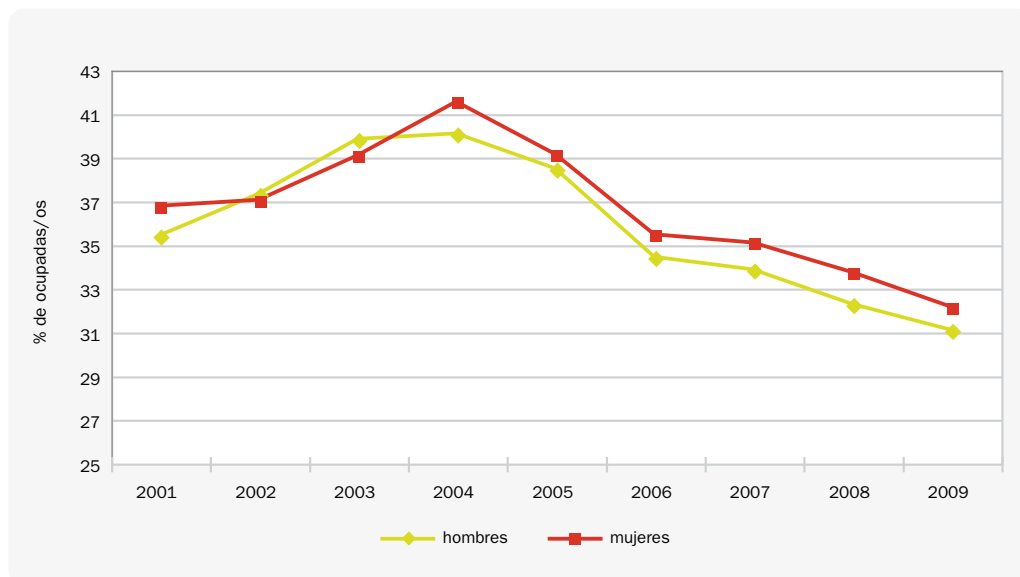
Las mayores diferencias entre las tasas de desempleo por sexo se encuentran en los años 2001, 2002 y 2003, años de recesión y crisis económica profunda para Uruguay. Por lo cual debe concluirse que en el período analizado no sólo existe una diferencia persistente en las oportunidades de empleo para hombres y mujeres, sino que además esta diferencia tiende a incrementarse durante las crisis económicas en general y de mercado de trabajo en particular.

Finalmente hay que notar que en el período 1990–2009 el desempleo masculino estuvo por encima de la meta fijada para Uruguay en el ODM 1 (9% de la PEA) sólo durante los años de crisis (2001–2004), mientras que el desempleo entre las trabajadoras siempre ha estado por encima del 10% de PEA femenina, aun en los últimos años analizados en los cuales el descenso ha sido fuerte y sostenido.

Analizando la calidad del empleo entre hombres y mujeres con la aproximación de la formalización de las relaciones laborales o registro en el Sistema de Seguridad Social que determinó la meta para el caso Uruguayo, se concluye que las diferencias nuevamente existen aunque son menos importantes (gráfico 1.13).

Como puede verse en el gráfico el no registro a la Seguridad Social afecta a las ocupadas en un punto porcentual más que a los ocupados en la mayoría de los años analizados. Siendo para ambos un porcentaje elevado de los ocupados/as, ya que aproximadamente uno/a de cada tres trabajadores/as que se encuentran

Gráfico 1.13. Ocupados no registrados a la seguridad social según sexo. 2001–2009. En % de ocupados



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

trabajando no han podido formalizar esta relación en los organismos competentes y no gozan, por lo tanto, de las protecciones que indica la normativa laboral vigente.

Las desigualdades etarias

El enfoque de las desigualdades etarias es también un tema sumamente abordado y analizado en el mercado de trabajo uruguayo. La meta sobre empleo para Uruguay se hace cargo de este problema fijando explícitamente un desempleo no mayor al 15% de la PEA comprendida en el tramo de edad de 18 a 29 años.

Al igual que en las desigualdades de género, para las desigualdades por grupos de edad también se confirma la tendencia ya estructural del mercado de trabajo uruguayo por la cual los/as trabajadores/as más jóvenes tienen serios problemas para concretar sus aspiraciones de conseguir un puesto de trabajo.

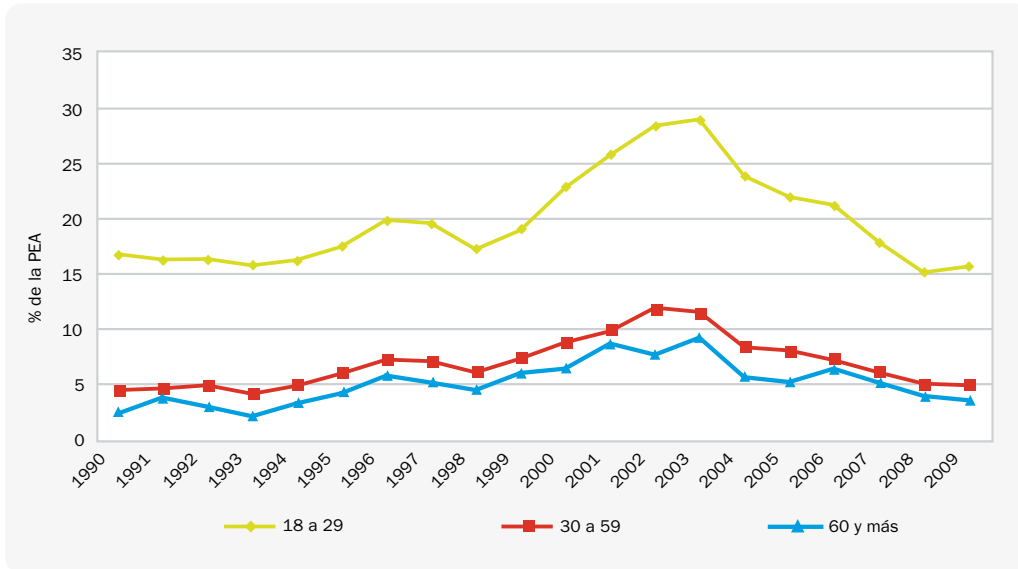
Para todos los años analizados, menos en los dos últimos de la serie, el desempleo entre los trabajadores/as que están en el tramo de edad de 18 a 29 años supera en más de once puntos porcentuales a los trabajadores/as ubicados en el tramo de 30 a 59 años.

A su vez el desempleo de los trabajadores mayores, de 60 años y más, no muestra grandes diferencias con el comentado para los trabajadores/as del segmento 30–59.

A su vez la diferencia en el desempleo entre trabajadores jóvenes y adultos se incrementa durante los años del estancamiento y caída de la actividad económica, a partir del año 1999 y hasta el 2003. Por lo tanto, y al igual que las trabajadoras, son más vulnerables a los altibajos de la economía y del mercado laboral que los adultos (gráfico 1.14).

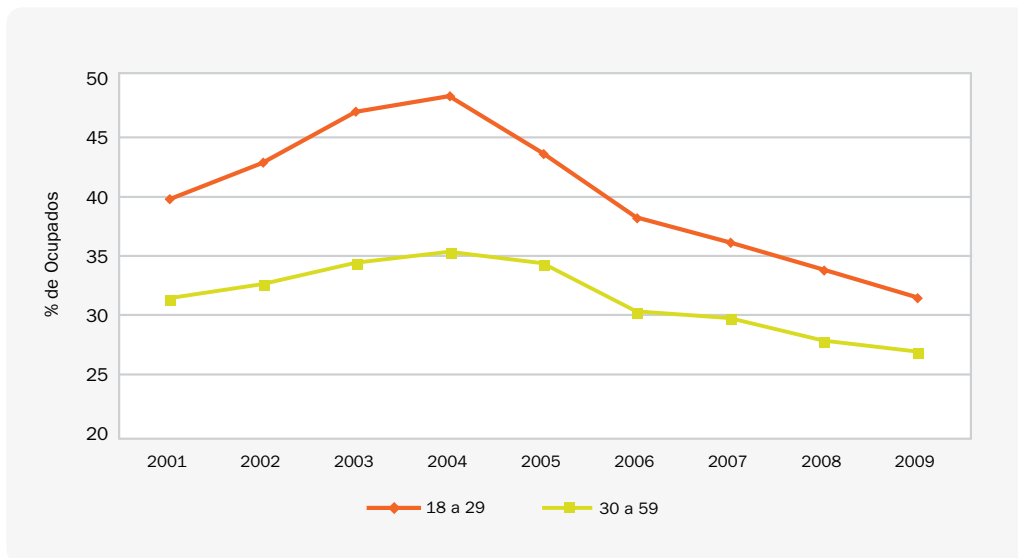
La informalidad en las relaciones de trabajo entre los jóvenes es particularmente elevada en sí misma y más aun cuando se la compara con la informalidad de los trabajadores y trabajadoras pertenecientes al tramo de edad de 30 a 59 años. Como puede verse ambas series presentan una diferencia de unos 10 puntos porcentuales al inicio del período analizado. Diferencia que tiende a atenuarse en los últimos años en los cual se confirma nuevamente un fuerte descenso en los niveles de informalidad en las relaciones laborales, lo cual resulta alentador aunque vale notar que aun sitúan el fenómeno lejos de la meta del 25% de los ocupados (gráfico 1.15).

Gráfico 1.14. Desempleo por tramos de edad. 1990-2009. En % de la PEA



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 1.15. Ocupados no registrados a la seguridad social según tramos de edad



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Las desigualdades étnicas

La ascendencia racial también es una fuente de desigualdades en el mercado de trabajo. En efecto, siguiendo los datos aportados por el INE en la ENHA realizada en el año 2006 y analizados en el informe de Bucheli (2007)⁵ los trabajadores de ascendencia afro e indígena tienen mayores problemas de inserción labo-

5. Bucheli M. y W. Cabella, Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial, INE, Informe Temático

ral que los de ascendencia blanca lo cual se expresa en una tasa de desempleo que supera en más de 3,5 puntos porcentuales, para el caso de los afro y 2,7 para el caso de los indígenas (tabla 1.9).

Además de estos problemas a la hora de concretar la aspiración de encontrar un empleo, los ocupados de ascendencia afro e indígena tienen mayores niveles de no registro a la Seguridad Social en relación al total de la población ocupada y a los ocupados de ascendencia blanca.

Tabla 1.9. Indicadores del mercado de trabajo según ascendencia (2006). En % de la PEA u ocupados

	Ascendencia			Total
	Blanca	Afro	Indígena	
Tasa de actividad	60,1	66,1	66,6	60,8
Tasa de empleo	53,8	56,8	57,8	54,1
Tasa de desempleo	10,5	14,1	13,2	10,9
No registro a la Seguridad Social	33,5	42,1	48,4	35

Fuente: INE, ENHA.



Lograr la enseñanza primaria universal

> Meta Mundial 3

Asegurar que para 2015, todos los niños y niñas tengan la posibilidad de culminar un ciclo completo de enseñanza primaria

> Meta Nacional 3

Universalización de la educación inicial, universalización de la educación media obligatoria y expansión de la educación media superior

Meta Nacional 3

Universalización de la educación inicial, de la educación media obligatoria y expansión de la educación media superior

La educación inicial¹

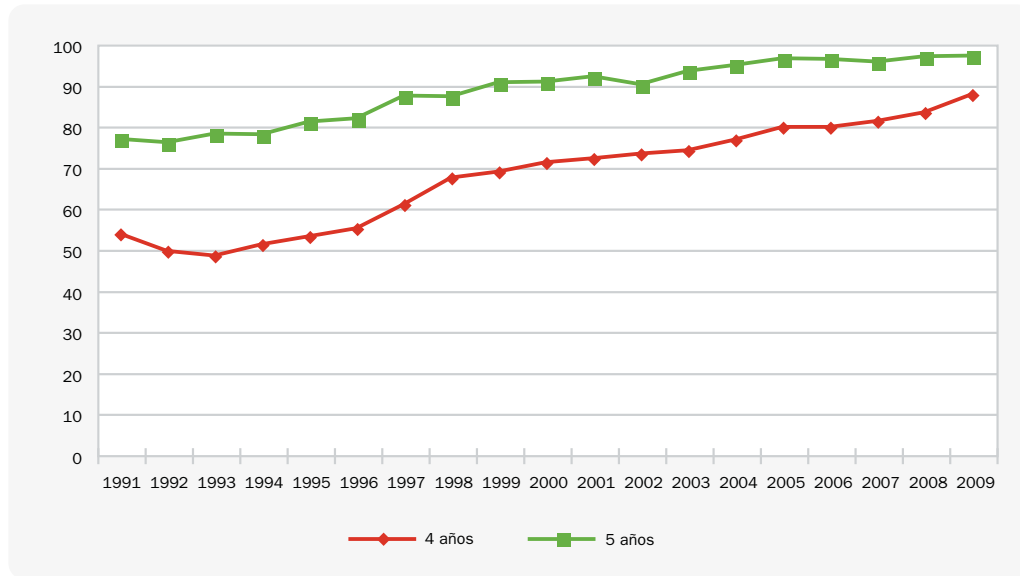
En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio la meta nacional definida es la universalización de la educación inicial con las siguientes distinciones: La educación inicial para los niños y niñas de 4 y 5 años es legalmente obligatoria en el país² y por lo tanto el Estado debe garantizar cobertura y acceso a todas las familias. En cambio la educación inicial para los niños y niñas de 3 años no es obligatoria y en consecuencia el Consejo Nacional de Políticas Sociales ha decidido avanzar hacia la universalización expandiendo la cobertura y facilitando el acceso prioritariamente a los niños y niñas pertenecientes a hogares en situación de pobreza.

La asistencia a la educación inicial ha aumentado en forma importante en los últimos 20 años: En el nivel de 5 años la asistencia ha crecido desde el 80% a mediados de los noventa al 97% en 2009. Por su parte en el nivel de 4 años la asistencia ha crecido del 50% a mediados de los noventa al 87% en 2009.

1. La ley general de educación N° 18.437, en su artículo 22, determina que la educación inicial es la que comprende a los niños y niñas de 3, 4 y 5 años (diferenciándola de la atención a la Primera Infancia que es la que comprende a los niños y niñas de 0, 1 y 2 años).

2. Ley 18.437, Artículo 7.

Gráfico 2.1. Asistencia a la educación inicial en los niveles de 4 y 5 años. Localidades de 5 mil y más habitantes (1991-2009)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Tabla 2.1. Matrícula de educación inicial: 3 años de edad. 2009

	Matrícula
PLAN CAIF	14.527
Centros Infantiles del INAU	609
Jardines del CEIP/ANEP	6.362
Centros del Programa "Nuestros Niños" - Intendencia Departamental de Montevideo	603
Subtotal público	22.101
Centros de Educación Infantil Privados (*)	6.395
Colegios Privados	4.350
Subtotal privado	10.745
TOTAL	32.846

Fuente: Elaborado a partir de información de los respectivos organismos.

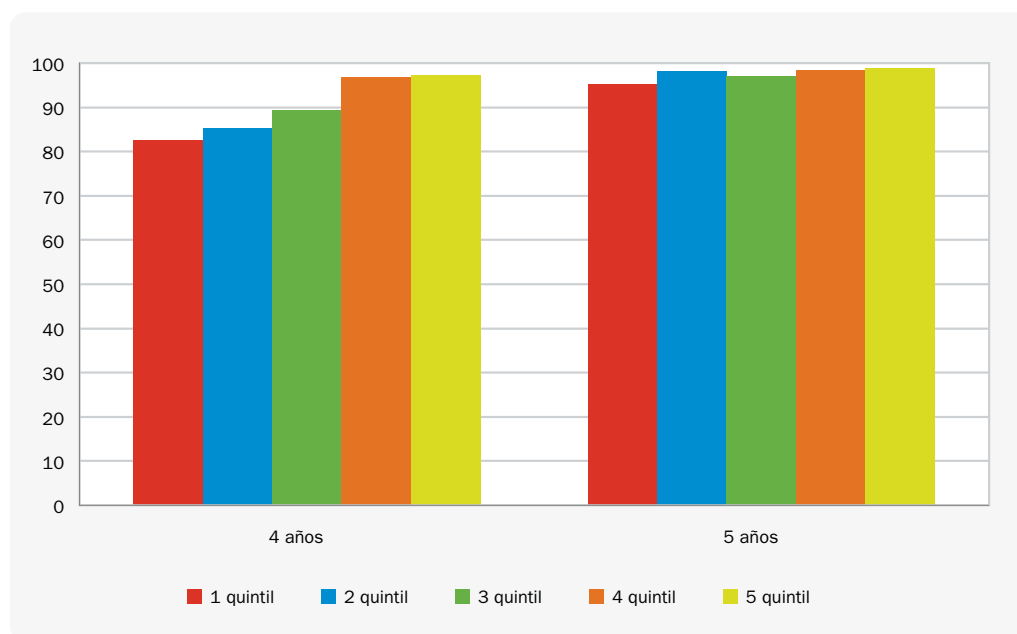
(*): La matrícula de los centros de educación infantil privados corresponde a la relevada en el censo realizado por el MEC en el año 2007.

En el nivel de 3 años, la matrícula total, que ya superaba el tercio de los niños y niñas de esa edad a principios de los noventa, superaba los dos tercios en el año 2009 según los registros correspondientes a todos los efectores públicos y privados. A su vez, la cobertura pública (Plan CAIF, Centros infantiles del INAU, Centros del Programa Nuestros Niños de la Intendencia Municipal de Montevideo y Jardines del CEIP de ANEP) representaba el 67% de la cobertura total.

Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

Considerando los ingresos del hogar, las tasas de asistencia disminuyen con la edad en todos los quintiles de ingreso – lo cual seguramente es reflejo de la evolución de las políticas públicas en materia de universalización y obligatoriedad en la materia – siendo muy pequeña la diferencia en la tasa de asistencia entre el primer y quinto quintil en el nivel de 5 años – donde la obligatoriedad legal lleva más tiempo de implantada – y mayor la desigualdad en el nivel de 4 años³.

Gráfico 2.2. Asistencia a la educación inicial obligatoria. Por quintil de ingresos en el hogar. Localidades de 5 mil y más habitantes (2009)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

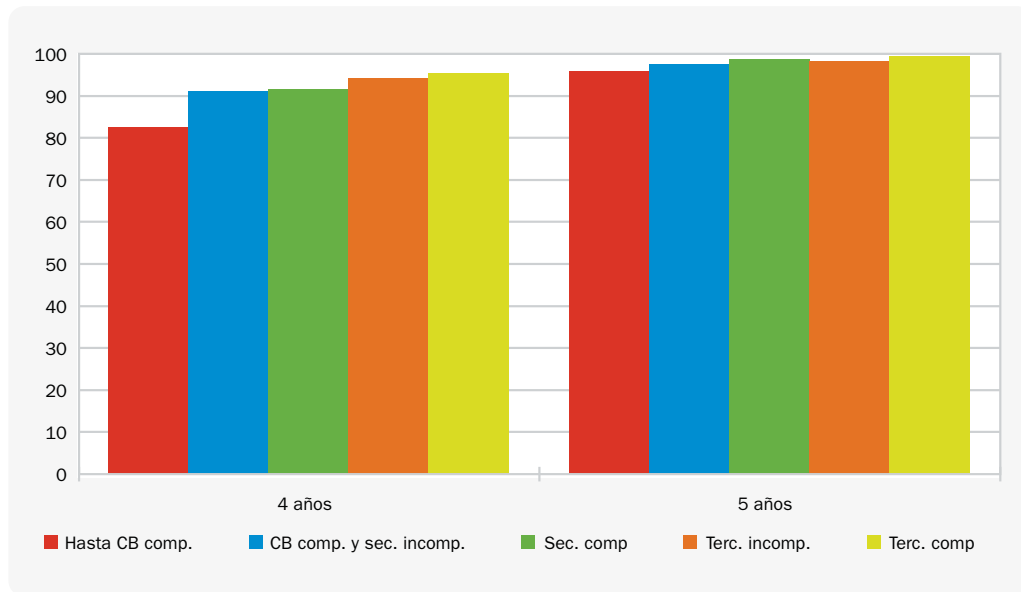
En el nivel de 3 años la situación es cualitativamente diferente pues el país ha desarrollado una política con fuerte impacto en este nivel de la educación inicial, el Plan CAIF, lo que ha permitido alcanzar niveles importantes de cobertura global y en particular entre los niños y las niñas pertenecientes a los hogares de menores ingresos. Las estimaciones realizadas en apoyo al Plan de Acción 2010–2015 de la ENIA calculan una cobertura en el nivel de 3 años en estos hogares de más de 16 mil niños y niñas lo cual representa aproximadamente el 75% de cobertura en el pri-

3. ECH del INE. Todos los cálculos por quintiles de ingreso fueron hechos con el ingreso per cápita del total de hogares, valor locativo incluido.

mer quintil⁴, mayor que la cobertura promedio total, reflejando el alto impacto en términos de equidad de esta política.

Por nivel educativo del jefe del hogar, la asistencia aumenta con aquel. En particular esto se percibe en el nivel de 4 años, donde aún hoy hay una diferencia de 15 puntos entre quienes tienen terciaria incompleta o completa y quienes tienen primaria o ciclo básico incompleto.

Gráfico 2.3. Asistencia a la educación inicial obligatoria. Por nivel educativo del jefe de hogar. Localidades de 5 mil y más habitantes (2009)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades territoriales

No se observan en el país grandes desigualdades entre las áreas territoriales ni entre los departamentos. Las mayores inequidades se registran al interior de éstos, en particular al interior de las grandes áreas urbanas, tal es el caso del departamento de Montevideo (ver gráfico 2.4).

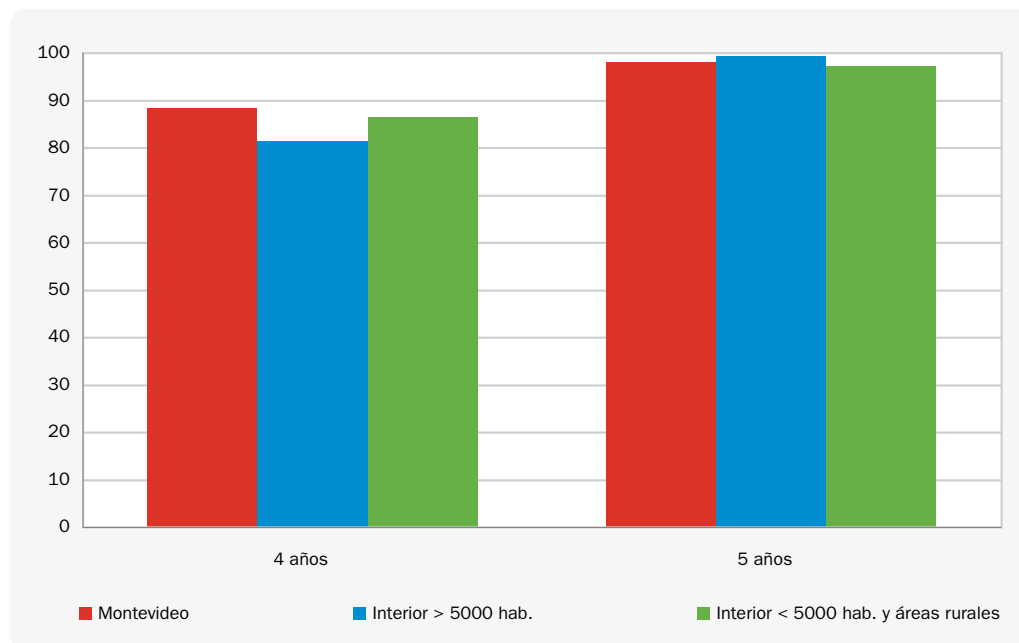
Desigualdades por ascendencia étnica o racial

En la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) 2006 se relevó la ascendencia étnica o racial que las personas creían tener (“¿Cree tener ascendencia...?”). Un 96,9% de la población cree tener ascendencia blanca, un 9,1% afro o negra y un 3,8% indígena.⁵

4. Marcelo Perera y Cecilia Llambí. Dimensionamiento económico de la universalización de los servicios de atención y educación a la primera infancia. Plan de Acción 2010-2015 de la ENIA. Estudio Prospectivo 1, Montevideo 2010.

5. Marisa Bucheli y Wanda Cabella. Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguay según su ascendencia racial. ENHA 2006. Informe temático. INE. Montevideo, 2007.

Gráfico 2.4. Asistencia a la educación inicial obligatoria. Por grandes áreas territoriales (2009)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

El análisis realizado a partir de este relevamiento muestra porcentajes de asistencia al sistema educativo entre aquellos niños y niñas de 4 a 6 años de edad levemente inferiores entre quienes afirman tener ascendencia afro (1,1% menos) e indígena (0,6% menos) que aquellos que se consideran con ascendencia blanca.

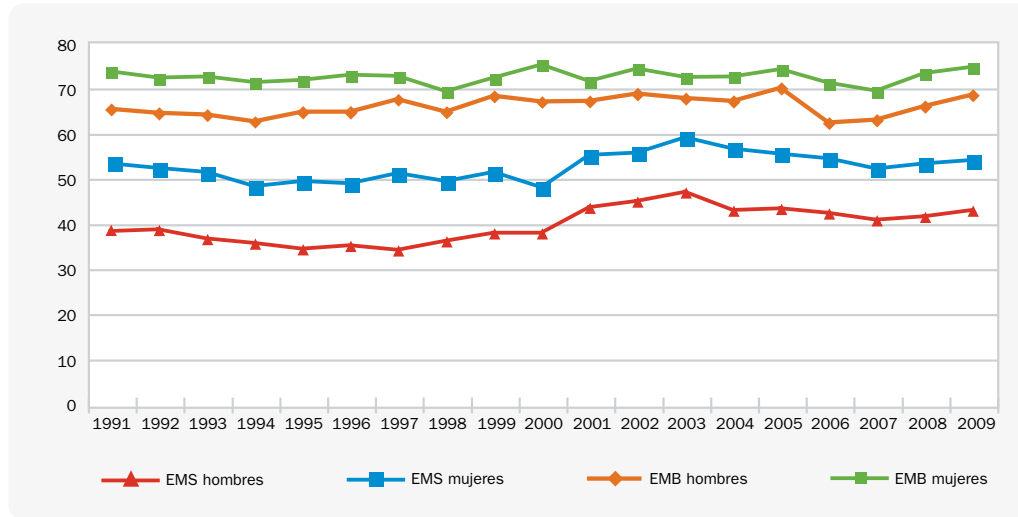
La asistencia a la educación primaria y media

La evolución de la tasa neta de asistencia a la educación en las dos últimas décadas evidencia el mantenimiento de los niveles de asistencia con un muy leve crecimiento en la educación primaria del 96% a principios de los 90 al 98-99% actual, el mantenimiento de los niveles netos de asistencia a la educación media básica en torno al 70% y en la educación media superior un aumento durante la crisis económica, único momento en que se supera el 50%.

Desigualdades de género

No hay diferencias significativas entre varones y mujeres en educación primaria. En cambio en educación media básica se observa que la tasa neta en las mujeres supera en 5 puntos porcentuales a la de los varones en tanto que en educación media superior la supera en más de 10 puntos a lo largo del período. Estas diferencias se han mantenido a lo largo de las dos décadas consideradas.

Gráfico 2.5. Tasas netas de asistencia a la educación media. Por sexo. Localidades de 5 mil y más habitantes

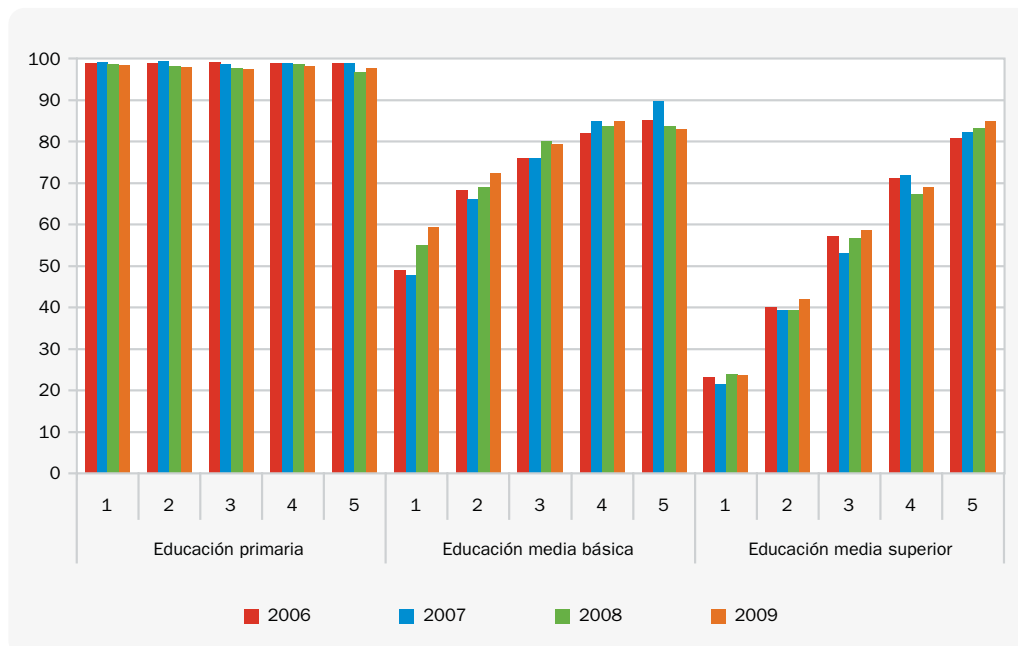


Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

No hay diferencias significativas en la asistencia neta a educación primaria entre hogares pertenecientes a diferentes quintiles de ingreso. Los dos puntos porcentuales de rezago en los dos primeros quintiles de la distribución, al inicio de los 90, se superaron y hoy la tasa neta de asistencia a primaria es en toda la escala superior al 98%.

Gráfico 2.6. Tasas netas de asistencia a la educación. Por quintil de ingresos del hogar. Localidades de 5 mil y más habitantes



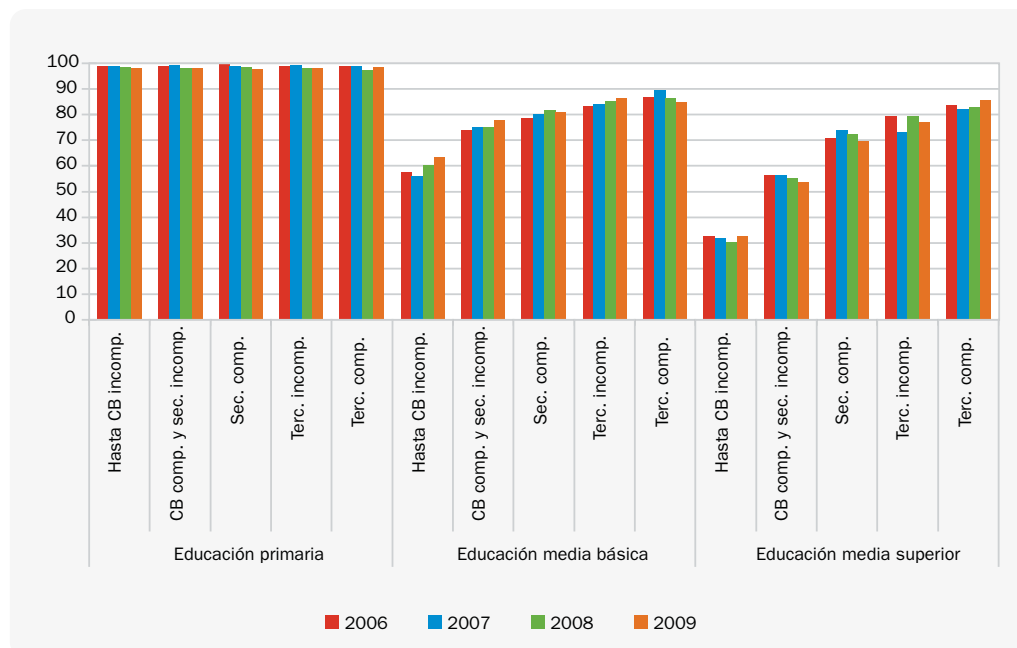
Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

En cambio en educación media básica las diferencias son evidentes y han permanecido incambiadas a lo largo de las dos décadas pasadas: no alcanzan el 60% en los hogares del primer quintil de ingresos, se sitúan en torno al 70% en el segundo quintil, en torno al 75-80% en el tercer quintil, en torno al 80-85% en el cuarto quintil y en torno al 85-90% en el quinto quintil.

En la educación media superior comparando los últimos años con los primeros de los 90 se observa que ha empeorado la situación entre los hogares del primer quintil de ingresos en tanto ha mejorado la asistencia neta de los adolescentes pertenecientes a los hogares del tercer (sube 8%), cuarto y quinto (sube 10% en ambos) quintil. En la actualidad no llega al 30% en el primer quintil, se sitúa en el orden del 40% en el segundo, en el 57% en el tercero, en el 70% en el cuarto y en el 83% en el quinto.

Nuevamente, en tanto que en la asistencia neta a educación primaria no muestra diferencias entre hogares con diferente nivel educativo del jefe del hogar, en educación media básica las tasas netas no alcanzan en ningún momento el 70% en los hogares cuyo jefe tiene hasta ciclo básico incompleto, en tanto que se encuentra por encima del 80% para aquellos con secundaria completa y en el orden del 85% para quienes poseen terciaria incompleta o completa. Por su parte, en la educación media superior, la tasa neta de asistencia de los adolescentes cuyos padres tienen

Gráfico 2.7. Tasas netas de asistencia a la educación. Según nivel educativo del jefe de hogar. Localidades de 5 mil y más habitantes



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

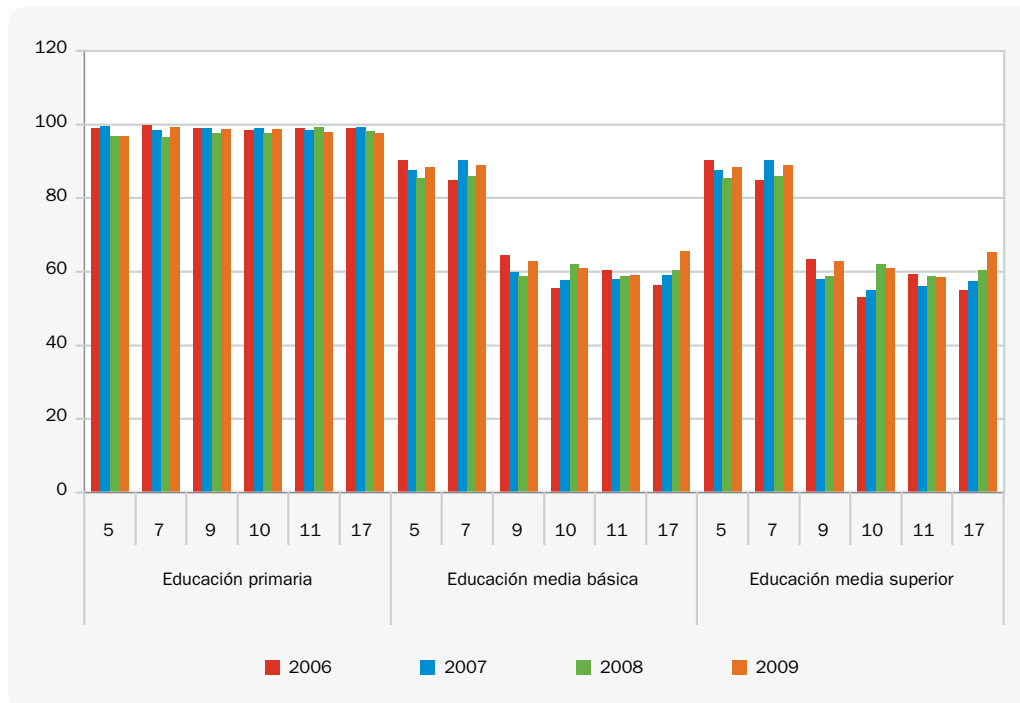
hasta ciclo básico incompleto se encuentra entre el 30-35%, entre quienes tienen ciclo básico completo o secundaria incompleta se sitúa entre el 50 y 60%, entre quienes poseen terciaria incompleta entre el 70 y el 80% y entre quienes poseen terciaria completa superan el 80%.

Desigualdades territoriales

El examen de la asistencia neta a la educación por grandes áreas territoriales muestra menores niveles en la asistencia a la educación media básica y superior en las localidades de menos de 5 mil habitantes y áreas rurales. Asimismo se observan importantes disparidades al interior del departamento de Montevideo en las tasas netas de asistencia a la educación media básica y superior.

Son observables asimismo importantes disparidades dentro del departamento de Montevideo, entre la zona costera (zonas 5 y 7), donde la tasa neta de asistencia a la educación media básica y superior se sitúa en ambos casos por encima del 80% y la periferia (zonas 9, 10, 11, 12, 17 y 18), donde la tasa neta de asistencia a la educación media básica está entre el 60 y el 65% y a la educación media superior está entre el 30 y el 35%.

Gráfico 2.8. Tasas netas de asistencia a la educación. Por zonas seleccionadas de Montevideo



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades por ascendencia étnica o racial

Como ha sido señalado, en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) 2006 se relevó la ascendencia étnica o racial que las personas creían tener (“¿Cree tener ascendencia....?”). El análisis realizado a partir de este relevamiento muestra porcentajes de asistencia al sistema educativo entre aquellos niños y niñas de 7 a 13 años de edad apenas inferiores entre quienes afirman tener ascendencia afro o negra (0,5% menos) e indígena (0,4% menos) que aquellos que se consideran con ascendencia blanca. En cambio entre los adolescentes de 14 a 17 años las diferencias se amplían: Entre los que afirman tener ascendencia afro o negra la asistencia a la educación es 12,1 puntos porcentuales inferior a la de aquellos que declaran ascendencia blanca y entre los que afirman tener ascendencia indígena es 6,1 puntos porcentuales menor.⁶ Los datos de la ECH de 2008⁷ procesados por INMUJERES confirman que la asistencia al sistema educativo es similar entre la población autodeclarada afrodescendiente y la no afrodescendiente en los niños/as de 6 a 12 años y que las inequidades se ponen en evidencia en la adolescencia: entre los adolescentes de 13 a 17 años la asistencia de los afrodescendientes es 5 puntos porcentuales menor a la de los no afrodescendientes.

Tabla 2.2. Asistencia a establecimientos de enseñanza según tramos de edad en población afrodescendiente y no afrodescendiente

Edades	Población afro	No afro
6 a 12	99	98,8
13 a 17	77,4	82,7

Fuente: Sistema de Información de Género de Inmujeres en base a ECH-INE 2008

El egreso de la educación media básica

En tanto el egreso sin rezago de educación media básica continúa estancado por debajo del 60%, el egreso –con y sin rezago– entre los jóvenes de 18 a 20 años de edad ha oscilado en torno al 65%-70%.

Desigualdades de género

En la cohorte de jóvenes de 18 a 20 años, ya desde principios de la década de los 90 el porcentaje de mujeres egresadas de educación media básica en este grupo de edad superaba el 70%. En

6. Marisa Bucheli y Wanda Cabella. Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. ENHA 2006. Informe temático. INE. Montevideo, 2007.

7. La población afrodescendiente en Uruguay desde una perspectiva de género. Cuadernos del sistema de información de género, N° 1. INMUJERES/MIDES. Junio 2010

Gráfico 2.9. Personas de 18 a 20 años que culminaron educación media básica. Por sexo. Localidades de 5 mil y más habitantes



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

cambio entre los varones el porcentaje ha sido menor en alrededor de 10 puntos porcentuales, situación que ha permanecido incambiada en el período. También entre quienes egresan sin reza- go las mujeres superan en aproximadamente 10 puntos porcentuales a los varones.

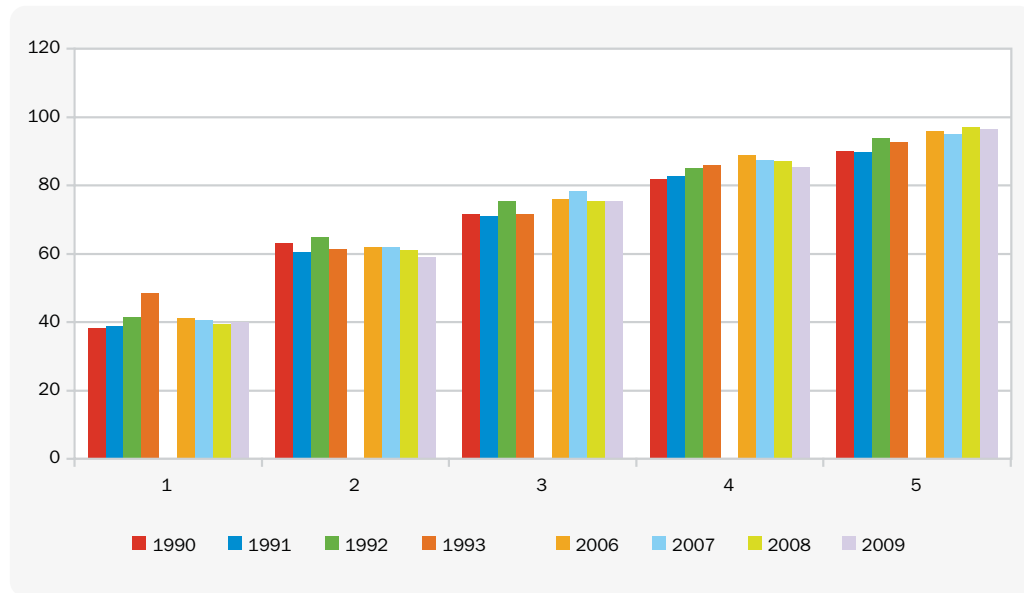
Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

En el egreso sin rezago de educación media básica, las desigualdades entre los adolescentes de 16 años pertenecientes a hogares de distinto nivel de ingresos se han aumentado en los últimos 20 años, producto de la mejora entre aquellos de los hogares del tercer al quinto quintil. En la actualidad en tanto 3 de cada 10 adolescentes de 16 años del primer quintil han culminado educación media básica, 9 de cada 10 en el quinto quintil lo han logrado.

La culminación con y sin rezago, entre los jóvenes de 18 a 20 años, pone en evidencia por un lado los mayores niveles de culminación con rezago entre quienes provienen de hogares de bajos ingresos y por otro lado que aún así las desigualdades en los logros son muy importantes: la han culminado 4 de cada 10 en el primer quintil y prácticamente todos los del quinto quintil.

Las desigualdades también se observan cuando se considera el clima educativo del hogar medido por el nivel educativo del jefe del hogar: entre los adolescentes de 16 años culminaron educación media básica más del 90% de los hijos de padres con educación terciaria completa, en tanto no alcanzan el 40% los hijos de jefes de hogar con hasta educación media básica incompleta.

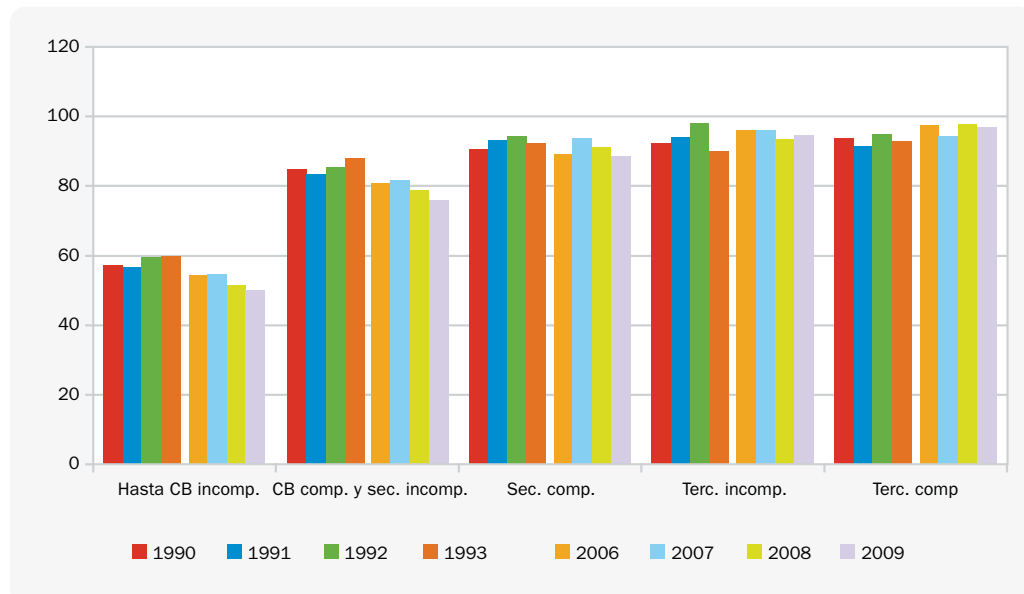
Gráfico 2.10. Personas de 18 a 20 años que culminaron la educación media básica. Por quintil de ingresos del hogar



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Entre aquellos de 18 a 20 años, actualmente se supera el 90% de culminación de educación media básica para todos aquellos hogares con jefe con ciclo básico completo y más. En cambio, entre quienes provienen de hogares con jefe que no ha concluido el ciclo básico el porcentaje de culminación se encuentra estancado en algo más del 50%.

Gráfico 2.11. Personas de 18 a 20 años que culminaron la educación media básica. Por nivel educativo del jefe de hogar. 1990-1993, 2006-2009

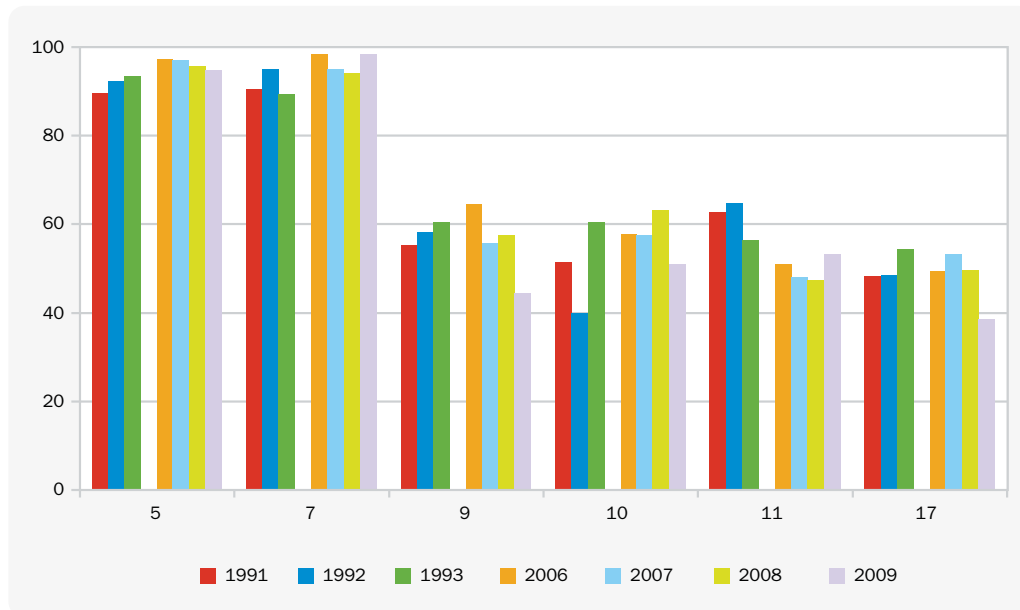


Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades territoriales

El país muestra desigualdades territoriales entre los adolescentes y jóvenes de localidades menores de 5 mil habitantes y áreas rurales y el resto de las áreas urbanas. Entre los primeros es menor el egreso sin y con rezago. Entre los departamentos no hay diferencias significativas. Al interior del departamento de Montevideo se verifican las mayores desigualdades. Las desigualdades observadas a principios de los noventa se han acentuado. En las zonas costeras el egreso de educación media básica se acerca al 100% en tanto que en la periferia aún no supera el 60%.

Gráfico 2.12. Personas de 18 a 20 años que culminaron la educación media básica. Por zonas seleccionadas de Montevideo (1991-93 y 2006-09)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

El egreso de la educación media superior

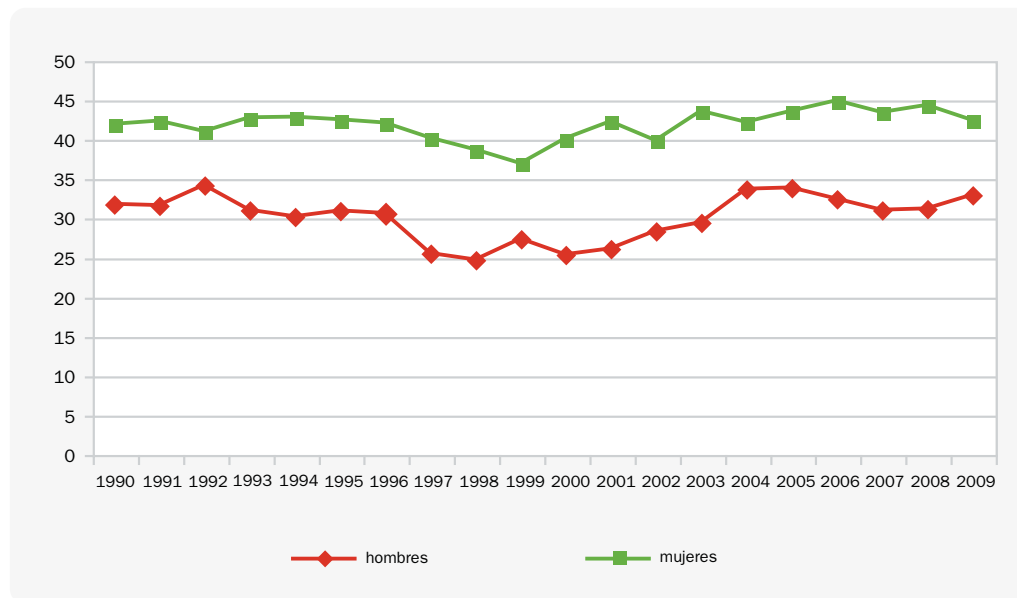
El egreso de secundaria sin rezago, considerando como aproximación a los jóvenes de 19 años que lo culminaron, ha evolucionado entre el 23% y el 33% en las dos últimas décadas. En la cohorte de jóvenes de 21 a 23 años de edad, la culminaron entre el 31% y el 38%.

Desigualdades de género

Tanto entre quienes la culminan sin rezago como con rezago las mujeres se sitúan aproximadamente 10 puntos porcentuales por encima de los varones. Entre los jóvenes de 21 a 23 años, entre las

mujeres, ya desde principios de la década de los 90 el porcentaje de egresadas de educación media superior en este grupo de edad se encontraba entre el 40% y el 45% y con alguna excepción se ha mantenido en ese rango. En cambio, entre los varones el porcentaje se ha ubicado entre el 25% y el 35%.

Gráfico 2.13. Personas de 21 a 23 años que culminaron la educación media superior. Por sexo. Localidades de 5 mil y más habitantes



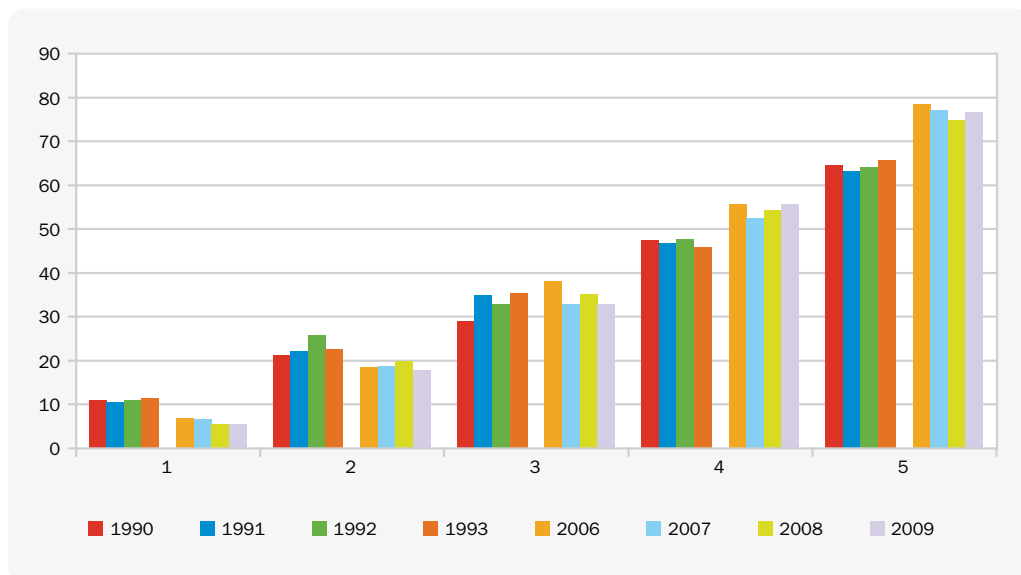
Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

La desigualdad entre jóvenes pertenecientes a hogares de diferentes niveles de ingreso era muy importante a principios de los 90 y ha aumentado en el período considerado. En los últimos años, culminaron la educación secundaria 5% a 6% de los jóvenes de 21 a 23 años del primer quintil en tanto lo lograron más del 74% en el quintil superior.

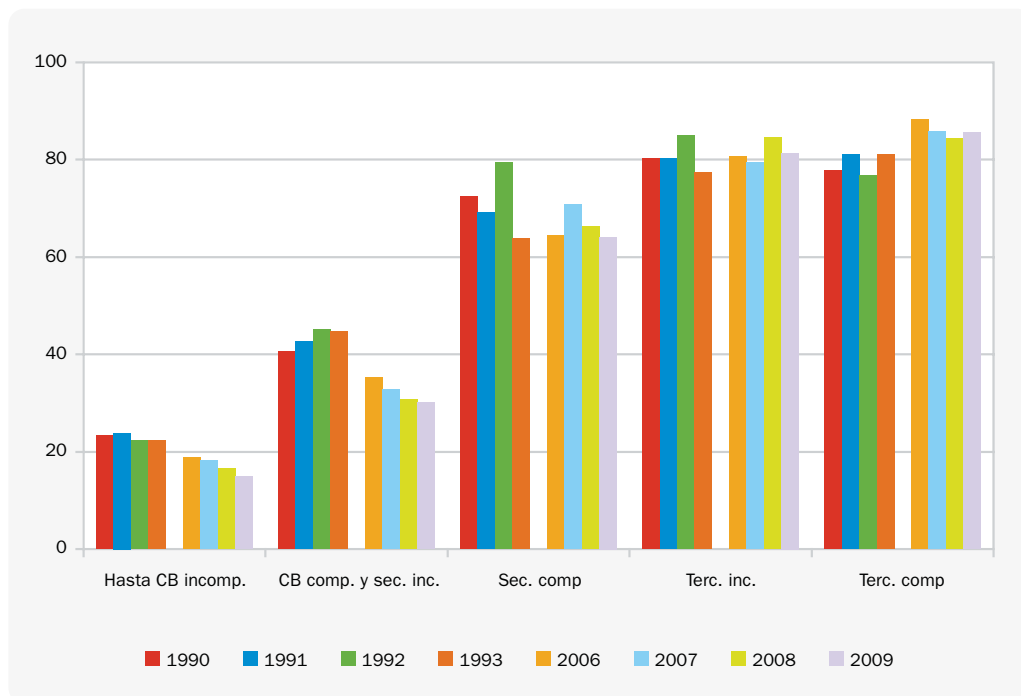
Considerando el nivel educativo del jefe del hogar, no alcanzan el 20% los jóvenes de 21 a 23 años que culminan educación secundaria entre aquellos hogares cuyo jefe tiene el ciclo básico incompleto, en tanto superan hoy el 80% entre quienes pertenecen a hogares con jefe con terciaria incompleta y completa.

Gráfico 2.14. Personas de 21 a 23 años que culminaron la educación media superior. Por quintil de ingresos del hogar (1990-93 y 2006-09)



Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 2.15. Personas de 21 a 23 años que culminaron la educación media superior. Por nivel educativo del jefe del hogar (1990-93 y 2006-09)



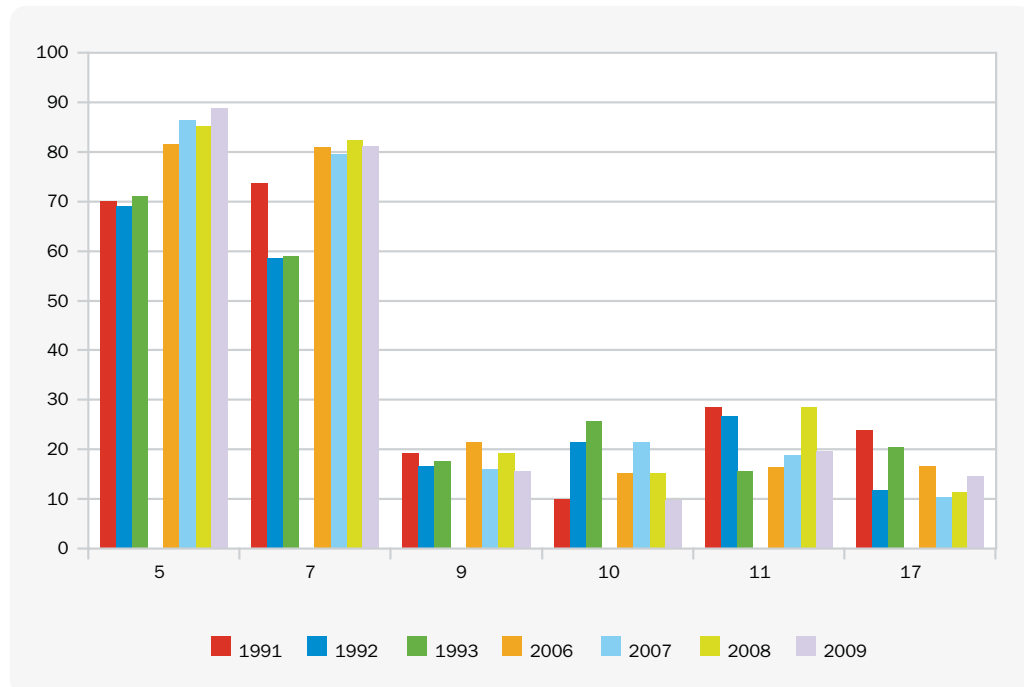
Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades territoriales

Observando el país por grandes áreas territoriales se observan diferencias entre el promedio de Montevideo, las localidades de 5 mil y más habitantes del interior y las localidades más pequeñas y áreas rurales. Entre los jóvenes de 21 a 23 años Montevideo supera la media nacional en tanto que el interior se encuentra por debajo del 30% especialmente, como ya fue señalado, en las localidades menores. Entre los departamentos no hay diferencias significativas, a excepción de Montevideo con más del 40%.

Al interior del departamento de Montevideo las disparidades entre las diferentes zonas son más notorias: a principio de los noventa en la costa se registraban tasas de egreso de secundaria bastante superiores al 50%, incluso al 70%, en tanto en las zonas más alejadas del centro y la costa no se alcanzaba el 30%. En el período considerado estas diferencias se han acentuado, en tanto que en la costa se supera el 80%, en las zonas de la periferia se registran tasas menores incluso a las de inicio de los noventa.

Gráfico 2.16. Personas de 21 a 23 años que culminaron la educación media superior. Por zonas seleccionadas de Montevideo (1991-93 y 2006-09)

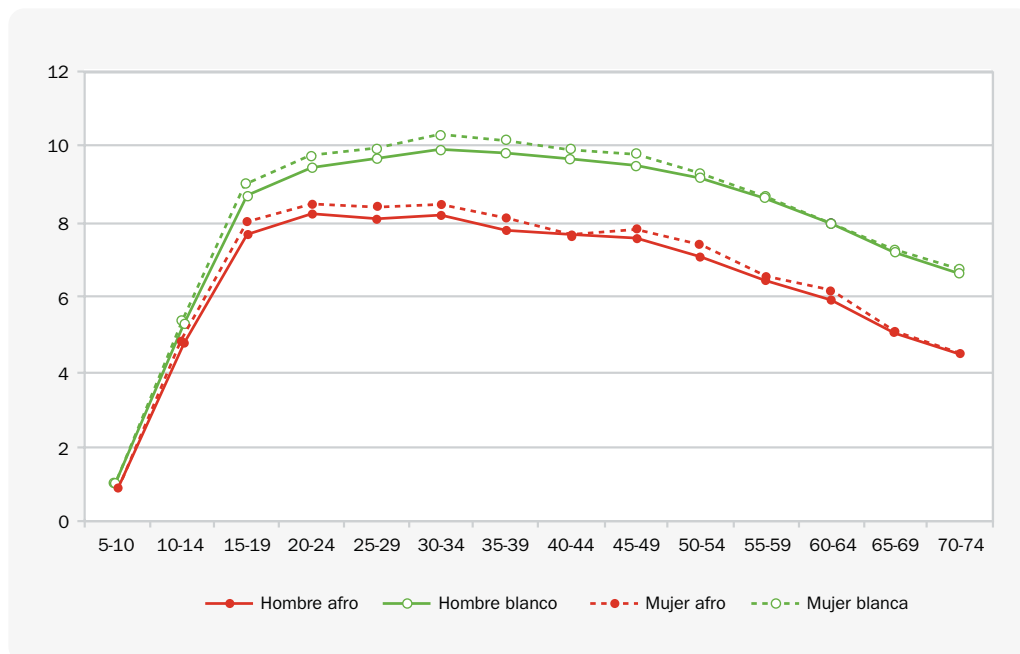


Fuente: elaborado a partir de INE, ECH.

Desigualdades por ascendencia étnica o racial

Como ha sido señalado, en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) 2006 se relevó la ascendencia étnica o racial que las personas creían tener (“¿Cree tener ascendencia.....?”). El análisis realizado a partir de este relevamiento pone en evidencia desigualdades en el número de años de educación aprobados entre afrodescendientes y con ascendencia blanca, a partir de los 10 años de educación. El estudio muestra asimismo que las desigualdades en el promedio de años aprobados entre hombres y mujeres que se consideran con ascendencia blanca y aquellos/as que se consideran con ascendencia afro o negra. Como señalan Bucheli y Cabella (2007) en el informe temático de la ENHA, el patrón de crecimiento intergeneracional y la brecha de género se repiten para quienes tienen ascendencia blanca y afro o negra (en ambos casos las curvas correspondientes a las mujeres están por encima de las de los varones). La brecha por ascendencia ocurre desde muy tempranas edades, ampliándose con la edad.

Gráfico 2.17. Promedio de años aprobados en el sistema educativo por género y grupo de edad (Uruguay,2006)



Tomado de: Marisa Bucheli y Wanda Cabella. Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. ENHA 2006. Informe temático. INE. Montevideo, 2007

La información aportada por la ECH 2008 corrobora este análisis. En efecto, entre las personas de 20 años y más de edad, hay menos personas, entre los afrodescendientes, con educación secundaria completa que entre los no afrodescendientes (5 pun-

tos porcentuales de diferencia), y más personas que no han logrado culminar la educación media básica (15 puntos porcentuales de diferencia).

Tabla 2.3. Máximo nivel educativo alcanzado por personas de 20 años o más en población afrodescendiente y no afrodescendiente

Nivel educativo	Población afro	Población no afro
Sin instrucción o primaria	47,1	37,7
Ciclo Básico incompleto	15,6	10,9
Ciclo Básico completo	11,3	10,2
Segundo ciclo	18,7	23,9
Terciaria y universitaria	7,4	17,4
Total	100	100

Fuente: Sistema de Información de Género de Inmujeres en base a ECH - INE 2008



Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

> Meta Mundial 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

> Meta Nacional 4

Eliminar las disparidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados.

Meta Nacional 4

El ODM 3, de acuerdo a su definición, pone su foco en las inequidades de género. Por lo tanto, y siguiendo los indicadores de monitoreo seleccionados para el mismo, el Informe de País presentado a fines de 2009 por el Consejo Nacional de Políticas Sociales aborda las desigualdades de género en profundidad. Por lo tanto en este capítulo se consideran exclusivamente las disparidades de género en los niveles de decisión política, aspecto no abordado en el mencionado Informe ni en los otros capítulos del presente documento.

Participación política de la mujer

Una de las inequidades más fuertes que aún persisten en Uruguay en materia de género se verifica en la participación en los ámbitos de decisión política. La paridad de mujeres y varones en el ejercicio del poder continúa siendo un objetivo de difícil alcance y la evolución que han tenido dichos indicadores en los últimos decenios dan cuenta del escaso avance que reportan para el alcance de la Meta.

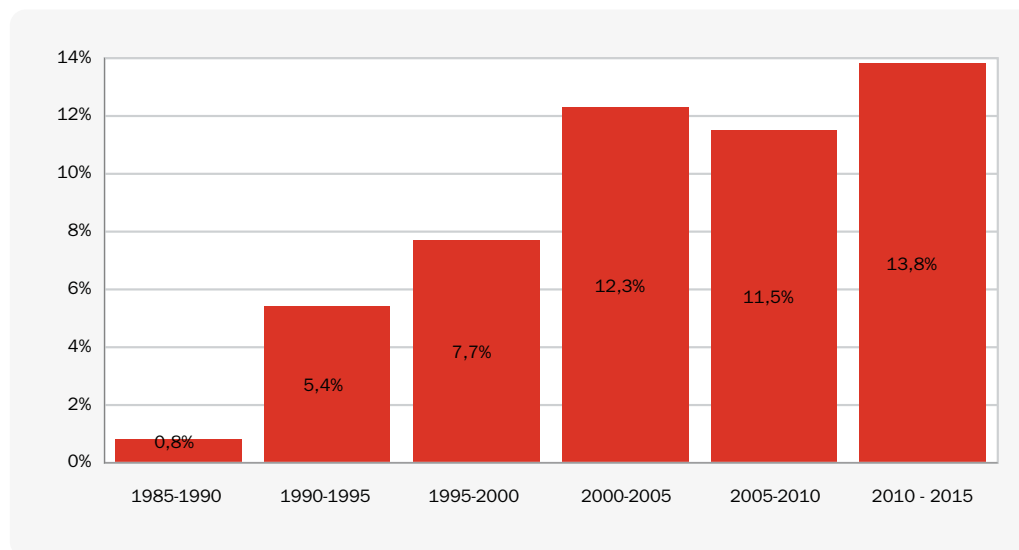
La presencia de mujeres en ámbitos de decisión política, tanto de nivel nacional como departamental y municipal, es un reflejo de la evolución que han tenido los procesos participativos en los que las mismas se han ido incorporando. Dichos procesos llevan implícitas barreras de género difíciles de superar que implican, entre otras cosas, la conquista de espacios tradicionalmente reservados a los varones. Los logros en esta materia continúan siendo escasos a nivel parlamentario, no obstante, los resultados de los comicios departamentales en los últimos períodos presentan un panorama más alentador.

Entre las políticas que han contribuido a la disminución de la brecha, se destacan las denominadas medidas de acción positiva conocidas como “leyes de cuotas”, ya adoptadas en varios países latinoamericanos. En Uruguay dicha ley fue aprobada en 2009, año en el cual se aplicó a la elección interna de los partidos políticos, y será de aplicación a partir de 2014 para las elecciones nacionales y departamentales.¹

A nivel nacional, la participación de las mujeres en el parlamento a partir de la apertura democrática ha ido en incremento, observándose una etapa que abarca los tres primeros períodos pos dictadura, donde se aprecia una evolución creciente del número de mujeres electas. Luego, a partir de otro aumento significativo que se produce en el período 2000/2005, el porcentaje de participación se mantiene estable hasta la última elección que abarca el período 2010/2015.

En tanto en lo que refiere a la composición de los gabinetes ministeriales, el salto significativo se dio en el período 2005/2010, donde por primera vez asumen cuatro mujeres sobre un total de 12 ministros de estado. En los períodos anteriores (siempre considerando los gobiernos pos dictadura) la participación femenina había sido muy marginal con apenas una mujer integrando el gabinete, e incluso nula en el período 1995/2000.

1. Ley 18476 de marzo de 2009

Gráfico 3.1. Porcentaje de mujeres electas para ocupar cargos en el Parlamento

Fuente: elaborado en base a información del Poder Legislativo

Desigualdades territoriales

Juntas Departamentales

El enfoque territorial de la participación femenina en el ámbito político permite observar algunas inequidades tanto al interior de cada departamento como en el conjunto de éstos.

De los seis períodos de gobierno considerados, sólo en el último – 2010/2015 – se eligieron mujeres para ejercer el cargo de Intendente Departamental; son los casos de Montevideo, Artigas y Lavalleja. Dicho avance tiene un impacto muy positivo en la distribución desigual del poder en el ámbito político dado que nunca antes en el país una jefatura departamental había estado a cargo de una mujer.

En cuanto a la composición de las Juntas Departamentales, la evolución de la participación femenina presenta una gran heterogeneidad en todo el territorio, pues hay localidades donde se observa un aumento sostenido de mujeres electas edilas, mientras que en otros departamentos la participación se ha mantenido en niveles muy bajos.

Las juntas departamentales que presentan mayores niveles de participación femenina son Montevideo, Rocha, y Treinta y Tres, donde se registra un 32,3%, 35,4%, y 25,8% respectivamente para el período 2010/2015. Los tres departamentos han tenido un aumento sostenido de mujeres electas edilas, siendo Rocha el caso de mayor destaque pues los saltos que se registran dan cuenta de una mayor solidez en la disminución de la brecha de género.

Por su parte, Salto presenta una situación destacable pues su evolución registra un cambio sustancial en la última elección, cuya junta obtiene un 19,3% de edilas. Dicho porcentaje resulta significativo si se lo compara con los obtenidos en los 5 períodos anteriores, donde el promedio no superó el 3,2%.

Por otra parte los departamentos que presentan menores índices de participación femenina son Canelones, San José, Colonia, y Tacuarembó, donde se registra un 9,7%, 3,2%, 9,7% y 6,4% respectivamente. El caso de Canelones presenta la particularidad de haber bajado el número de edilas electas en 2010 en relación a los dos períodos inmediatos anteriores. Similar comportamiento presentan los departamentos de San José y Tacuarembó, cuyos registros en la última elección presentan una caída de más de 10 puntos porcentuales.

Tabla 3.1. Representación femenina en Juntas Departamentales (1984-2010)

Depto.	1984	1989	1994	2000	2005	2010
Montevideo	9,7	22,6	22,6	29	22,6	32,3
Artigas	6,5	9,7	19,4	19,4	16,1	16,1
Canelones	0	0	6,5	19,4	12,9	9,7
Cerro Largo	3,2	12,9	16,1	25,8	22,6	22,6
Colonia	6,5	6,5	3,2	6,5	3,2	9,7
Durazno	12,9	12,9	12,9	12,9	29	19,3
Flores	6,5	9,7	16,1	25,8	25,8	22,6
Florida	0	6,5	12,9	16,1	12,9	16,1
Lavalleja	6,5	22,6	25,8	12,9	9,7	12,9
Maldonado	0	6,5	12,9	16,1	16,1	22,6
Paysandú	9,7	19,4	16,1	12,9	19,4	19,3
Río Negro	9,7	16,1	29,0	22,6	19,4	19,3
Rivera	6,5	9,7	12,9	12,9	9,7	19,3
Rocha	3,2	3,2	6,5	6,5	29	35,4
Salto	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	19,3
San José	0	6,5	9,7	16,1	16,1	3,2
Soriano	6,5	0	6,5	6,5	9,7	16,1
Tacuarembó	3,2	16,1	6,5	3,2	19,4	6,4
Treinta y Tres	6,5	16,1	25,8	22,6	29	25,8

Fuente: Corte Electoral

Concejos Municipales

En setiembre de 2009 el Parlamento sanciona la Ley N°18567 de descentralización política y participación ciudadana a partir de la cual se crea la autoridad local denominada Municipio, configurando un tercer nivel de Gobierno y de Administración.

“Cada Municipio tendrá una población de al menos dos mil habitantes y su circunscripción territorial urbana y suburbana deberá conformar una unidad, con personalidad social y cultural, con intereses comunes que justifiquen la existencia de estructuras políticas representativas y que faciliten la participación ciudadana.”²

En mayo de 2010, dando cumplimiento a la aplicación de esta nueva normativa, se vota por primera vez la integración de los denominados Concejos Municipales, integrados por 5 Concejales, correspondiendo al más votado el cargo de Alcalde. Se crearon 89 alcaldías en todo el país, correspondiendo 8 de ellas al Departamento de Montevideo.

Esta forma de organización de los gobiernos departamentales y municipales da comienzo a nuevos espacios de participación ciudadana, ya conocidos en otros países de la región donde se implementaron más tempranamente.

Los principios que sustentan este sistema de descentralización local hacen énfasis en la electividad y la representación proporcional integral, la prestación eficiente de los servicios estatales tendientes a acercar la gestión del Estado a todos los habitantes, la cooperación entre Municipios para la gestión de servicios públicos o actividades municipales en condiciones más ventajosas, y la participación de la ciudadanía.³

La aprobación de esta ley, puede considerarse un avance en términos de los logros que en materia de equidad de género pueden devenir a través de la apertura a una mayor participación local, si se tiene en cuenta que en dichos espacios (hasta 2009 sólo juntas departamentales) se viene registrando un aumento de la participación femenina. Estos procesos generalmente habilitan en forma gradual, mecanismos de movilidad política.

Aún cuando el porcentaje de mujeres electas es sustancialmente menor al de los hombres tanto en alcaldes como en concejales, algunos departamentos presentan particularidades que desafían las tendencias tradicionalmente marcadas, reflejadas en el resto de las esferas políticas. Tal es el caso de Treinta y Tres donde los resultados obtenidos presentan una paridad total en ambos órdenes jerárquicos para sus dos Municipios. Situación similar presentan Cerro Largo y Florida que tiene dos municipios cada uno representados en forma equitativa por ambos sexos. Otra particularidad a destacar es la que presenta el departamento de

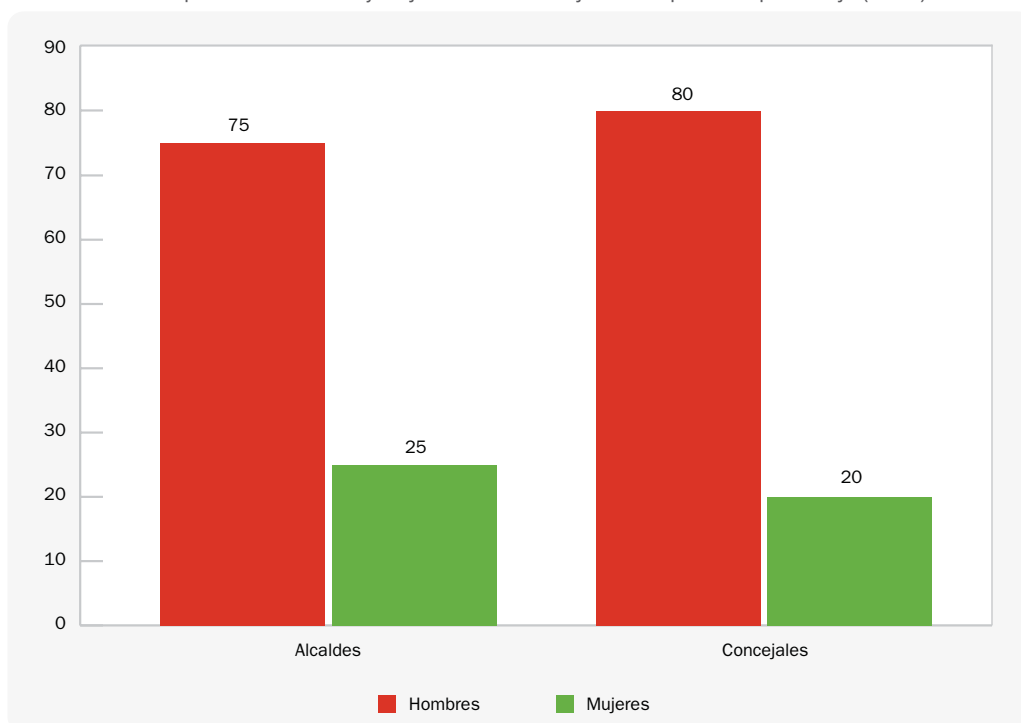
2. Artículo 1º de la Ley 18567 - 13 de setiembre de 2009

3. Artículo 3º, Ley 18567

Tabla 3.2. Elecciones Municipales (mayo 2010)

Departamento	Municipios	% Alcaldes		% Concejales	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Montevideo	8	63	37	78	22
Canelones	29	72	38	79	21
Maldonado	8	100	0	84	16
Rocha	4	75	33	81	19
Treinta y Tres	2	50	50	50	50
Cerro Largo	2	50	50	75	25
Rivera	3	100	0	100	0
Artigas	3	67	33	83	17
Salto	6	83	17	83	17
Paysandú	3	33	67	50	50
Río Negro	2	100	0	75	25
Soriano	2	100	0	88	13
Colonia	6	67	33	79	21
San José	2	100	0	88	13
Flores	1	0	100	75	25
Florida	2	50	50	88	13
Durazno	2	100	0	88	13
Lavalleja	2	100	0	100	0
Tacuarembó	2	100	0	88	13
Total	89	75	25	80	20

Fuente: Elaboración propia en base a Corte Electoral

Gráfico 3.2. Participación de hombres y mujeres en los Concejos Municipales. En porcentaje (2010)

Fuente: Elaboración propia en base a Corte Electoral

Paysandú, donde la representatividad femenina es incluso mayor a la masculina, pues dos de sus tres municipios tienen al frente una mujer, y sus Concejos Municipales lo integran igual número de varones y mujeres. Por otra parte en Flores el único Municipio existente tiene al frente una mujer, pero su Concejo está integrado por un 75% de hombres y un 25% de mujeres.

En términos generales, en esta primera elección de Concejos Municipales, se destaca una participación femenina más alta que en los demás ámbitos políticos, tanto el parlamento nacional como las juntas departamentales. La mayor proporción femenina la reúnen las alcaldías con un 25%, mientras que en la integración de los Consejos Municipales participa un 20% de mujeres.



Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

> Meta Mundial 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

> Meta Nacional 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Meta Nacional 5

Aún cuando el Uruguay ostenta grandes progresos en el período 1990-2008 en relación con este objetivo, cuando se observa la situación a nivel territorial y socioeconómico se identifican desigualdades. Las mismas son analizadas a partir de dos indicadores: la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, con información desagregada en ambos casos para el período 2005/2008.

Desigualdades territoriales

Tasa de mortalidad infantil¹

En el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, Uruguay asumió el compromiso de reducir en tres cuartas partes la mortalidad de los niños menores de 5 años. Dado que el comportamiento de dicho indicador se expresa mayormente por los sucesos ocurridos en el primer año de vida, resulta particularmente relevante el estudio de las tasas que se registran en dicho período.

1. Tasa de Mortalidad Infantil: (Número de defunciones de menores de un año de edad nacidos vivos y acaecidas durante un año / Número total de nacidos vivos durante el mismo año) * 1000

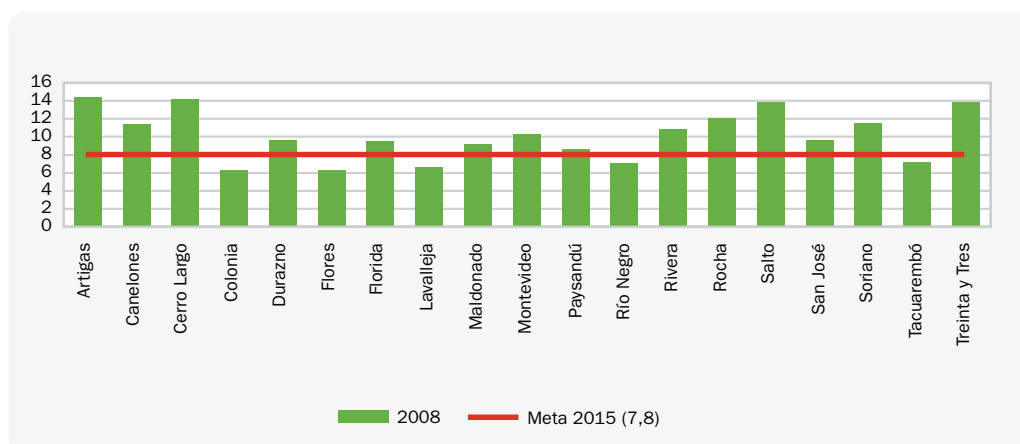
Teniendo en cuenta los valores a los cuales se deberá llegar en 2015 para el logro de la meta², la situación a nivel territorial presenta una fuerte heterogeneidad pues, si bien son varios los departamentos que en 2008 registran avances que incluso superan dicha meta, hay también un número significativo que aún registra un importante rezago en el cumplimiento del objetivo.

Los departamentos cuyas tasas de mortalidad infantil (menores de 1 año) están por debajo del valor de 8 por mil (valor correspondiente a la meta que el país deberá alcanzar hacia el 2015), son Colonia, Flores, Lavalleja, Río Negro y Tacuarembó, que registran para 2008 tasas de 6.3 en el caso de los dos primeros, y 6.5, 7.0, 7.16 para los tres últimos. Todos ellos excepto Tacuarembó, se caracterizan por tener una evolución muy similar en el período 2005/2008 durante el cual lograron reducir sus tasas a la mitad.

Por otra parte los departamentos donde la situación se observa con mayor preocupación son Artigas, Canelones, Cerro Largo, Rocha, Salto, Soriano y Treinta y Tres, cuyas tasas en 2008 alcanzan los valores de 14.3, 11.4, 14.2, 12, 13.8, 11.5 y 13.8 respectivamente.

Una mirada a las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal³ permite observar que el total de departamentos presenta, en promedio, tasas de mortalidad neonatal superiores a las posneonatales, pues en ese período se registra el mayor número de casos

Gráfico 4.1. Tasa de mortalidad infantil. Por departamento (2008)

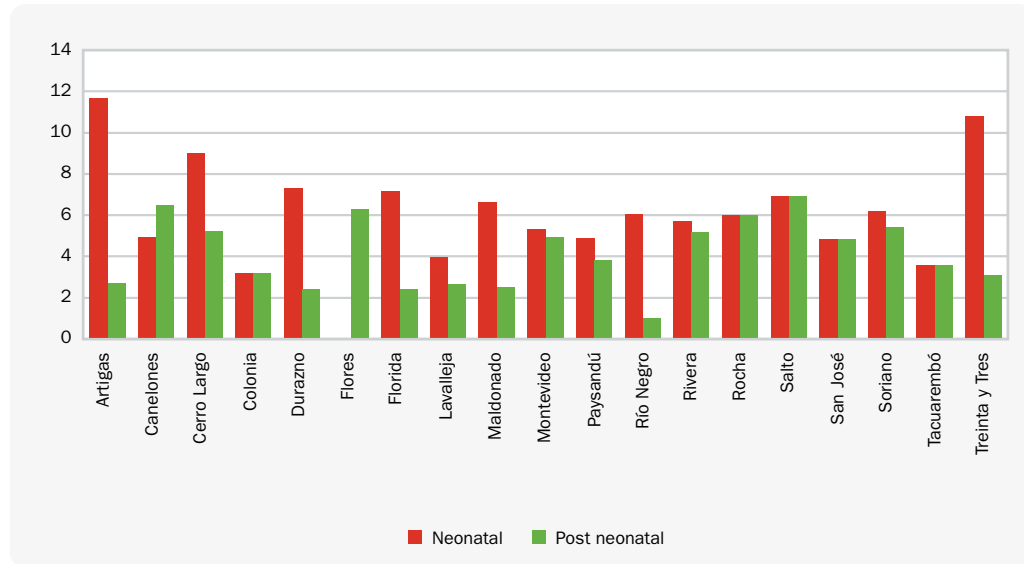


Fuente: elaborado a partir de datos del MSP

2. Ver pág.55 del Informe País Objetivos de Desarrollo del Milenio Uruguay 2009

3. El primero de ellos registra los eventos ocurridos en los primeros 28 días de vida, y el segundo registra los ocurridos entre los 28 días de vida hasta cumplido el año

Gráfico 4.2. Tasas de mortalidad infantil neonatal y posneonatal (año 2008)



Fuente: elaboración en base a datos del MSP

y cuya disminución obedece en mayor medida a planes y programas sociales de atención a la primera infancia.

Porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer

Cuando se analiza el porcentaje de niños nacidos con un peso menor a 2,5 kgs en cada departamento, no se destacan mayores inequidades.

Tabla 4.1. Peso al nacer por departamento años 2005, 2006 y 2008 (en porcentaje)

Departamento	2005		2006		2008	
	Menor a 2500	2500 y más	Menor a 2500	2500 y más	Menor a 2500	2500 y más
Artigas	8,7	91,3	7,1	92,9	7,5	92,5
Canelones	9,2	90,8	8,9	91,1	8,2	91,8
Cerro Largo	8,6	91,4	8,6	91,4	7,8	92,2
Colonia	7,6	92,4	8,7	91,3	8,3	91,7
Durazno	6,9	93,1	7,6	92,4	8,3	91,7
Flores	5,5	94,5	8,8	91,2	7,6	92,4
Florida	7,3	92,7	7,5	92,5	6,9	93,1
Lavalleja	9,3	90,7	7,0	93,0	7,6	92,4
Maldonado	8,2	91,8	8,8	91,2	7,8	92,2
Montevideo	9,0	91,0	8,8	91,2	9,1	90,9
Paysandú	8,7	91,3	8,7	91,3	7,9	92,1
Río negro	7,0	93,0	8,4	91,6	5,4	94,6
Rivera	8,1	91,9	7,4	92,6	7,7	92,3
Rocha	8,7	91,3	9,2	90,8	8,1	91,9
Salto	8,2	91,8	8,2	91,8	7,8	92,2
San José	10,0	90,0	8,1	91,9	7,9	92,1
Soriano	8,7	91,3	7,2	92,8	7,6	92,4
Tacuarembó	8,7	91,3	7,4	92,6	7,9	92,1
Treinta y Tres	10,3	89,7	9,3	90,7	8,4	91,6

Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

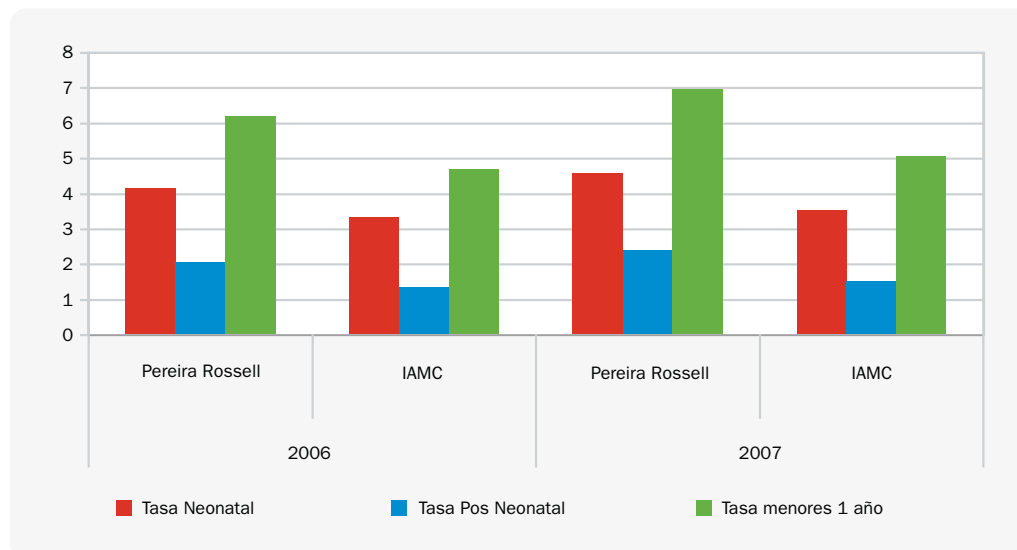
Desigualdades socioeconómicas

Como aproximación a la identificación de desigualdades vinculadas a la situación socioeconómica de los hogares con base en la información disponible, se comparan los dos indicadores (tasa de mortalidad infantil y porcentaje de niños con bajo peso al nacer) en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en un conjunto de ocho IAMC de Montevideo⁴. El primero, perteneciente a ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), atiende mayoritariamente a población de ingresos por debajo de la línea de pobreza, en tanto que las IAMC seleccionadas atienden mayoritariamente a población no pobre, con ingresos medios y medio altos.

Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil presenta leves diferencias cuando se analiza según el perfil de la población atendida en el Centro

4. Las IAMC seleccionadas fueron: CASMU, Hospital Británico, Hospital Italiano, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hospital Evangélico, Asociación Española e IMPASA.

Gráfico 4.3. Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos. Montevideo. 2006-2007

Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

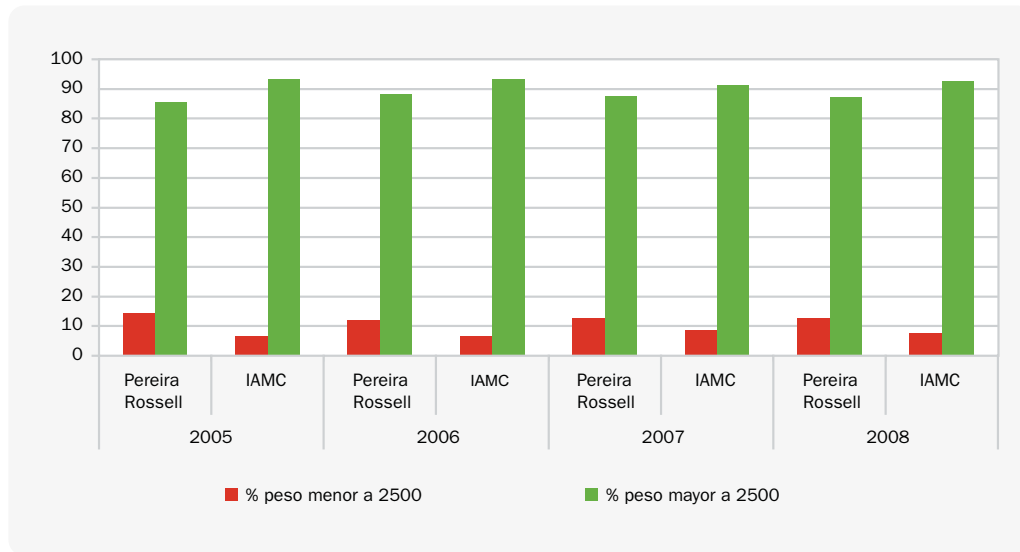
Hospitalario Pereira Rossell y la población atendida por el grupo de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) seleccionado.

La tasa global tiene una diferencia de 2 puntos porcentuales entre los eventos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y las IAMC. Cuando se analiza el corte por períodos, se confirma que el número de casos es mayor en el período neonatal que en el posneonatal para todas las maternidades, pero en el Pereira Rossell el total de fallecimientos en ese período es aún superior. Dicha diferencia se explica a partir de los grupos de población atendidos por cada institución, donde se destaca el Pereira Rossell como la maternidad que recibe al mayor grupo de mujeres socialmente más vulnerables.

Porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer

Uno de los factores que interviene en las posibilidades de sobrevivencia del recién nacido es su peso, determinado generalmente por las semanas de gestación que cursó el embarazo. La importancia de este indicador radica en que el bajo peso (menos de 2,5 Kg) está relacionado con trastornos de salud perinatales y posteriores que hacen a la equidad desde el nacimiento.⁵ El comportamiento global del indicador se explica mayormente por el número de nacimientos prematuros, asociado muy estrechamente a

5. Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay, División Economía de la Salud, MSP.

Gráfico 4.4. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer, según maternidades seleccionadas. 2005-2008

Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

la salud de la madre lo cual da cuenta de la importancia que tiene un adecuado control del embarazo.

En Uruguay el porcentaje de niños nacidos con un peso inferior a 2,5kg se encuentra en el 8,5% (2005–2008). Comparando los nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en dos de las maternidades pertenecientes a IAMC⁶ se observa un mayor porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer en el Pereira Rossell, confirmando inequidades asociadas al nivel socioeconómico de las familias.



Mejorar la salud materna

> Meta Mundial 6A

Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

> Meta Nacional 6A

Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Meta Nacional 6A

El ODM 5 hace referencia a la mortalidad materna, como fue consignado en el Informe País 2009 los casos de muerte vinculados al embarazo y el parto son muy pocos en términos absolutos y presentan pequeñas variaciones año a año. De esta manera como indicador para realizar un análisis de las disparidades territoriales y de ingresos resulta sumamente insuficiente.

Como aproximación a las desigualdades territoriales y socio-económicas se consideran aquí dos indicadores: captación de embarazos según trimestre y número de controles de salud a los que concurre la embarazada durante el período de gestación.

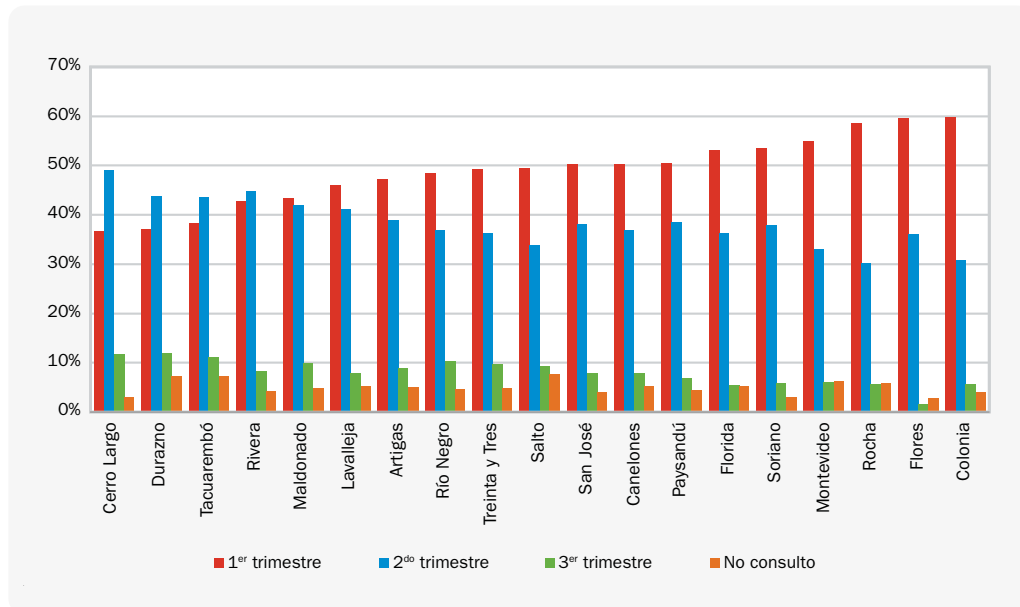
Una temprana captación del embarazo posibilita la realización de los controles de salud necesarios y por consiguiente permite un más adecuado acompañamiento durante el embarazo facilitando la atención y la prevención.

Desigualdades territoriales

Captación de los embarazos

El análisis territorial aporta información en relación al grado de implementación de las políticas de atención a la embarazada definidas por el MSP.

Gráfico 5.1. Captación de embarazo por trimestre. En porcentaje. 2008



Fuente: elaborado a partir de MSP

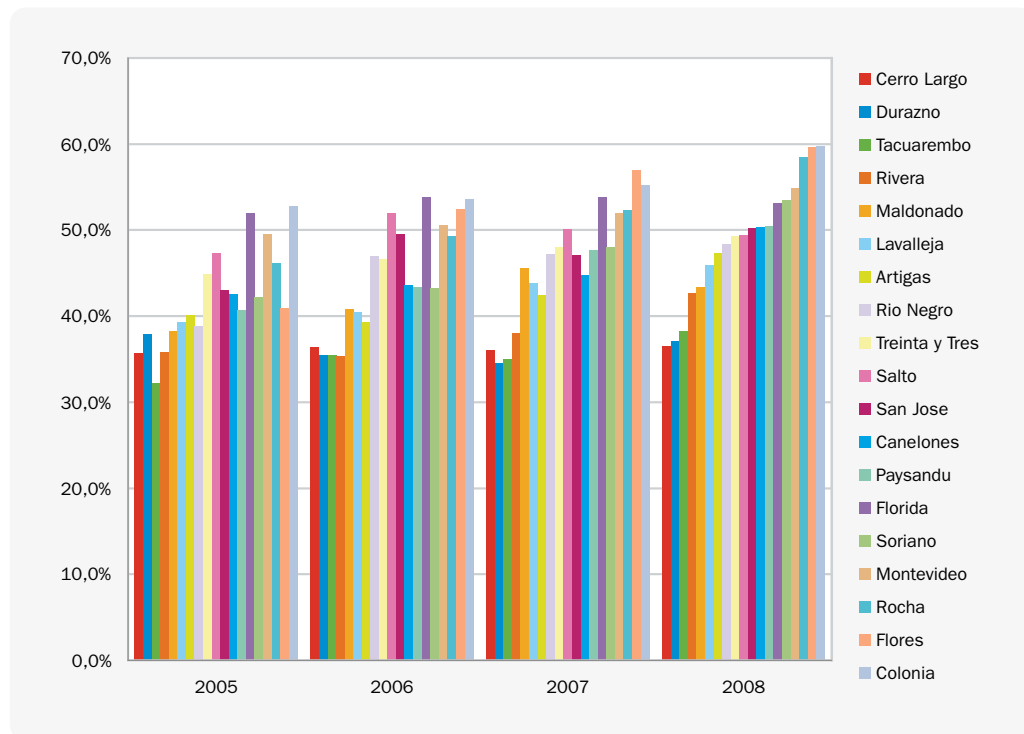
La información disponible permite una apertura a nivel de departamentos y partir de ella es posible obtener primeras conclusiones en relación a las diferencias territoriales en cuanto a la captación de embarazo por trimestre de gestación. Como puede verse en el gráfico existen algunos departamentos que en el año 2008 han sido exitosos en la captación temprana dado que la mayoría de los embarazos comenzaron a ser atendidos en el primer trimestre de gestación.

Por otro lado existen otros departamentos en que el mayor número de embarazos fue, en el año 2008, captado en el segundo trimestre de gestación. Por su parte, y como es lógico suponer, los departamentos más exitosos en la captación temprana también tienen menores registros de captación en el tercer trimestre. El no registro y los embarazos no controlados no muestran diferencias significativas entre departamentos ni guarda relación con la capacidad existente en los mismos para la captación temprana.

En cuanto a la dinámica observada en el período 2005 – 2008, los resultados refuerzan lo visto para el año 2008. En efecto, los departamentos que captan el mayor porcentaje de embarazos durante el primer trimestre de gestación son siempre los mismos a lo largo de los años analizados.

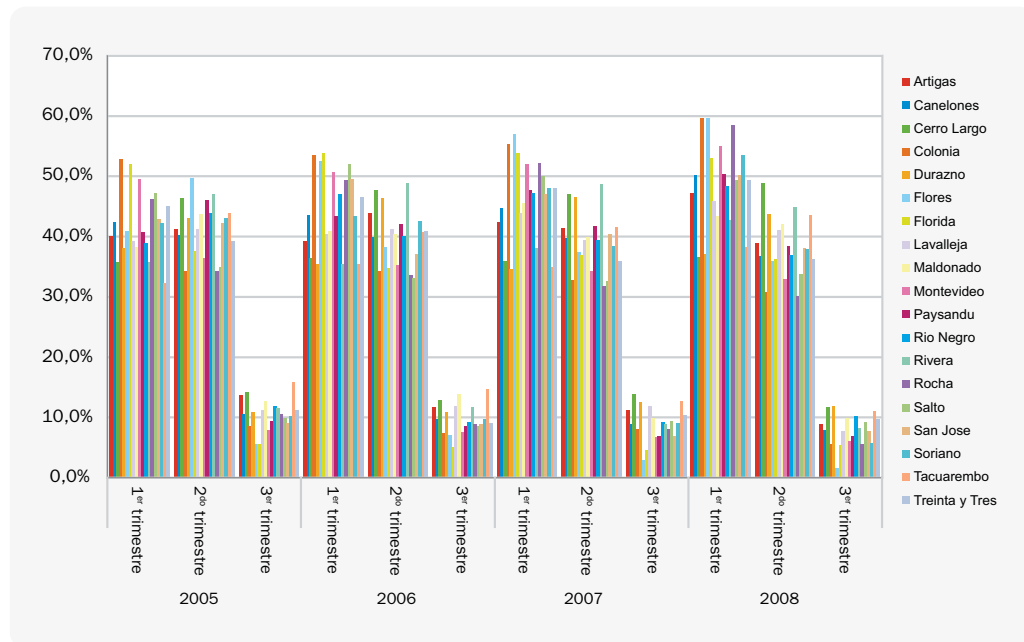
Asimismo es posible observar que aquellos departamentos más exitosos en la captación temprana también han incrementado el porcentaje de captación en los años analizados, mientras que los departamentos que a inicio del período captaban un por-

Gráfico 5.2. Porcentaje de embarazos captados en el primer trimestre. Por departamento (ordenados por los valores de 2008)



Fuente: elaborado a partir de MSP

Gráfico 5.3. Captación de embarazo por trimestre. En porcentaje



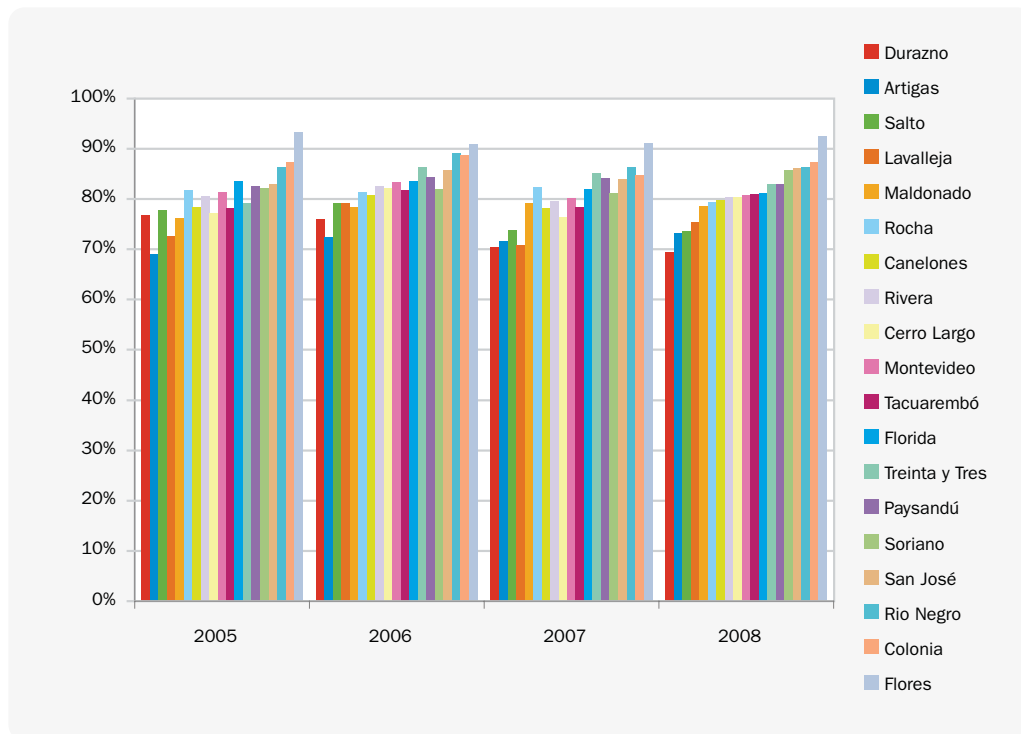
Fuente: elaborado a partir de MSP

centaje relativamente menor no muestran resultados claros en cuanto a la mejora en la captación temprana del embarazo. Por lo tanto debe concluirse que en el período analizado las diferencias territoriales son de cuantía y se han incrementado.

Cantidad de controles

El otro indicador utilizado para aproximarse a la salud materna es el número de controles de salud a los que asisten las embarazadas durante el período de gestación. El análisis por departamento de esta información reafirma lo ya señalado.

Gráfico 5.4. Porcentaje de embarazos controlados 6 veces y más. Por departamento (ordenados por valores 2008)



Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

Como puede verse, se repiten algunos departamentos tanto entre los que consiguen el mayor porcentaje de controles (6 y más), como en los que muestran los menores porcentajes. A diferencia de lo visto en la captación del embarazo, no hay a lo largo de los años analizados un incremento en el porcentaje de controles en los departamentos que ya son exitosos. Esto se debe a que resulta cada vez más difícil mejorar este desempeño cuando ya se logra que el 85% o 90% de las embarazadas tengan al menos seis controles durante la gestación. Sin embargo tampoco han incre-

mentado el porcentaje de controles los departamentos que en términos relativos están peor, manteniéndose de este modo las diferencias.

Desigualdades socioeconómicas

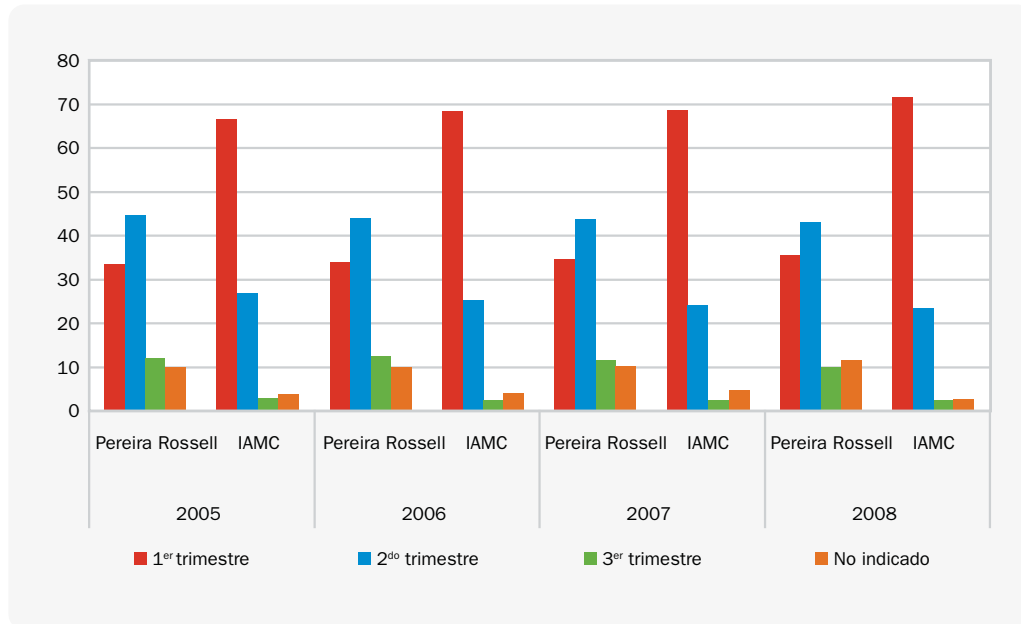
El análisis de las diferencias socioeconómicas se realiza, al igual que para las desigualdades territoriales, a partir de la captación de los embarazos y el número de controles a los que concurre la embarazada. Dado que la información registrada en el MSP no releva información respecto al nivel de ingresos del hogar al que pertenecen las embarazadas, el análisis de las desigualdades por origen socio-económico de las embarazadas se realiza a partir de considerar la información de captación y cantidad de controles de embarazo en los partos ocurridos en el Hospital Pereira Rossell, como aproximación al grupo de embarazadas de hogares en situación de pobreza o con menores ingresos, y la información de los partos ocurridos en ocho Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)¹ de Montevideo como aproximación a las embarazadas no pobres.

Captación de los embarazos

En relación a la captación de embarazos según trimestre de gestación, las diferencias socioeconómicas son evidentes. Mientras que el Pereira Rossell, en el año 2008, captaba a un 35% de las embarazadas durante el primer trimestre de gestación y un 43% en el segundo trimestre, las ocho IAMC seleccionadas mostraban resultados inversos: más del 71% de las embarazadas comenzaban a ser atendidas durante el primer trimestre y un 23,5% durante el segundo trimestre de gestación.

1. Las IAMC seleccionadas son: Hospital Británico, Hospital Italiano, CASMU, Asociación Española, Casa de Galicia, Hospital Evangélico, IMPASA y Médica Uruguaya.

Gráfico 5.5. Captación de embarazos por trimestre. Pereira Rossell - IAMC. En porcentajes



Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

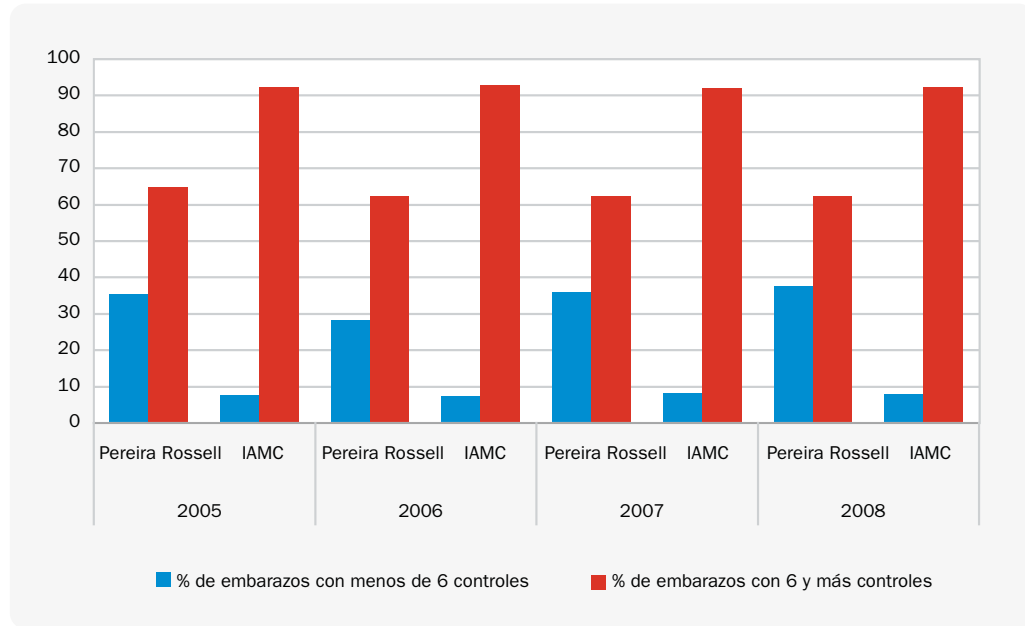
Nuevamente se analizaron los datos para el período 2005 – 2008 y los resultados muestran un ligero incremento en la captación temprana de las embarazadas tanto en el Hospital Pereira Rossell como en las IAMC seleccionadas. Para ambos casos esta leve mejora no es de entidad (se verifica un incremento del 7% y 8% respectivamente).

Cantidad de controles

Las conclusiones son nuevamente claras y muestran una relación entre el estrato socioeconómico de pertenencia y el número de controles durante el embarazo.

Como puede verse en el período analizado el porcentaje de embarazadas con al menos seis controles en las IAMC supera en unos 30 puntos porcentuales a las embarazadas con al menos igual número de controles en el Hospital Pereira Rossell. Siendo menos de la mitad el porcentaje de embarazadas con menos de seis controles en las IAMC en relación al Hospital Pereira Rossell.

Gráfico 5.6. Cantidad de controles de embarazo. Pereira Rossell-IAMC



Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP



Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades

> Meta Mundial 7A

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

> Meta Nacional 7A

Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA

Meta Nacional 7A

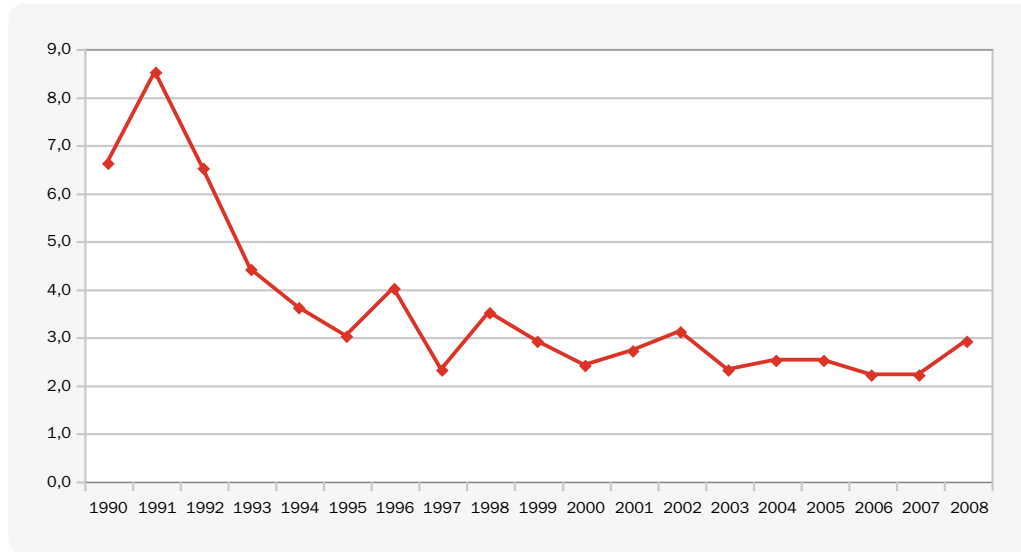
La meta 7A del ODM 6 establece que Uruguay tiene como principal desafío en materia de salud detener y comenzar a revertir la expansión del VIH/SIDA. En nuestro país la epidemia tiene una prevalencia del 0,53% y una incidencia del 0,09%.

Al 2009 se han notificado 10.682 personas con diagnóstico de infección por VIH, de las que 1.632 se han notificado con SIDA. El análisis del corte por edad, género, territorio y tipo de población afectada, permite visualizar ciertas desigualdades en torno a cómo afecta a la población uruguaya esta enfermedad.

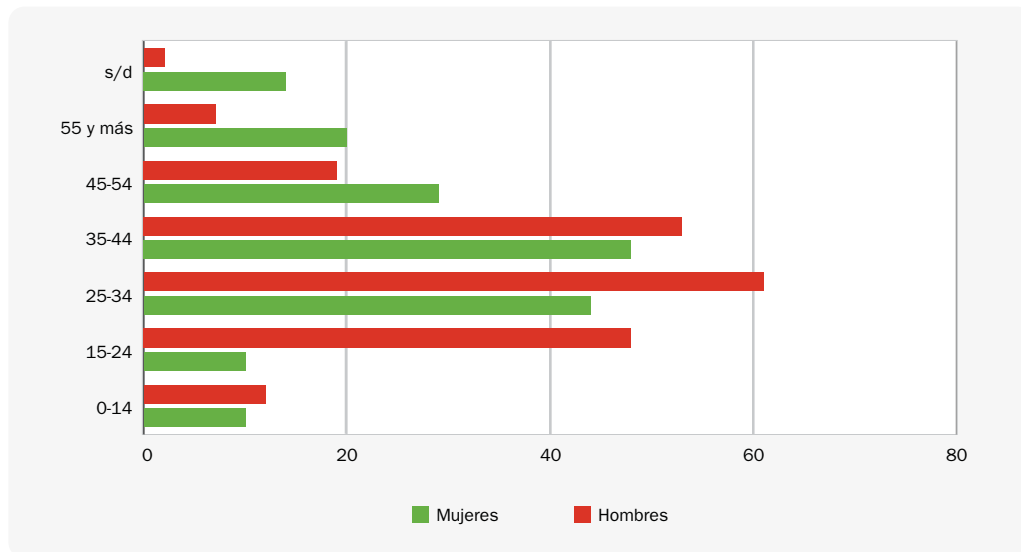
Desigualdades de género

Si bien el 65,5% de los casos corresponden a población masculina y el 34% a población femenina, desde el año 1993 se ha dado una creciente feminización de la epidemia (gráfico 6.1).

En el año 1990 por cada caso femenino notificado a DEVISA, se notificaban 6,6 casos del sexo masculino. A partir del año 1993 el coeficiente comenzó a descender con pequeñas oscilaciones, registrando para el año 2008 un caso femenino por cada 3 casos masculinos. De acuerdo al Estudio Epidemiológico del MSP realizado en 2009, al analizar este corte debe tenerse en cuenta que

Gráfico 6.1. Evolución de la relación Hombre/Mujer de los casos de VIH modificados

Fuente: elaborado a partir de datos de Sector Vigilancia del VIH SIDA. DEVISA DIGESA- MSP

Gráfico 6.2. Casos de VIH por edad y sexo

Fuente: datos brindados por DEVISA- MSP

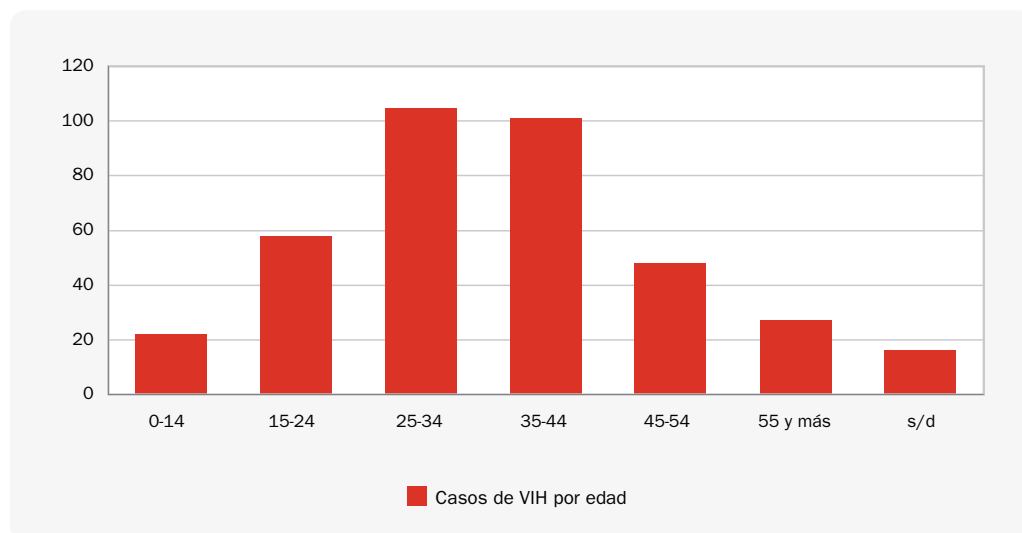
existe una mayor oferta de servicios para el diagnóstico de VIH a la población femenina a partir de los programas implementados para la embarazada desde 1997. Por lo que, para un análisis más exhaustivo, habría que comparar la población femenina en general con la población femenina embarazada; no obstante, a pesar de este sesgo, existe un crecimiento de la enfermedad en las mujeres (gráfico 6.2).

Desigualdades etarias

De acuerdo a los datos suministrados por el MSP la edad media en que se contrae la enfermedad es a los 33 años, sin embargo la edad de mayor frecuencia está en torno a los 26 años. Sumado a ello, la edad de contagio ha venido descendiendo en los últimos años situándose en la franja de 15 a 34, lo cual da cuenta de la particular vulnerabilidad de los jóvenes frente a la epidemia.

Ello se explica en parte porque las formas de transmisión afectan en mayor proporción a la población joven. Según datos acumulados desde el comienzo de la epidemia la principal vía de contagio es la sexual (65%), probablemente causada por la baja cultura preventiva de la sociedad uruguaya en materia de riesgos ligados a la sexualidad y al VIH/Sida (gráfico 6.3).

Gráfico 6.3. Casos de VIH según edad. Año 2008



Fuente: elaborado a partir de datos de Sector Vigilancia del VIH SIDA. DEVISA DIGESA- MSP

Desigualdades territoriales

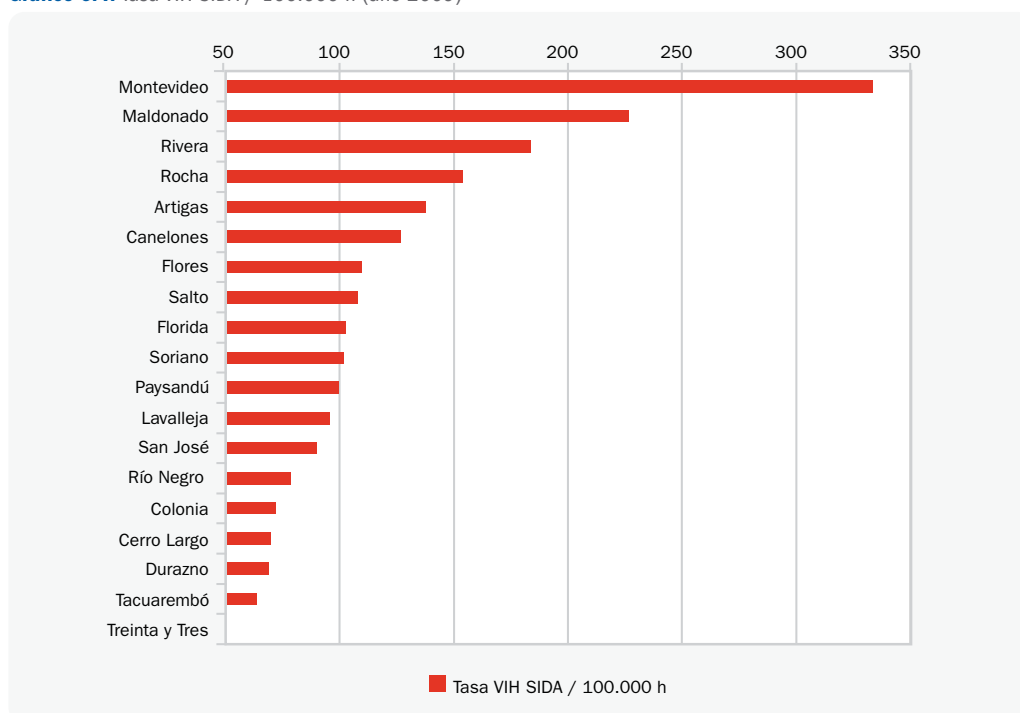
La epidemia de VIH/SIDA afecta mayoritariamente a las poblaciones urbanas. Las mayores tasas de detección de la misma se concentran en la capital del país, con el 75% de los casos (tabla 6.1).

Si bien Montevideo alberga la mayor cantidad de casos, los departamentos de Maldonado, Rivera, Rocha y Artigas le siguen en la tasa de infección cada 100.000 habitantes. Hay aspectos sociales, culturales y de turismo que influyen en esta territorialidad. Por otro lado, Treinta y Tres, es el departamento que presenta la menor tasa de infección cada 100,000 habitantes (gráfico 6.4).

Tabla 6.1. Distribución de los casos de VIH según procedencia (año 2009)

Departamento	Total VIH SIDA	Población	Tasa VIH SIDA / 100.000 h
Montevideo	4.457	1.338.408	333
Maldonado	341	150.781	226
Rivera	204	111.119	183
Rocha	108	70.434	153
Artigas	109	79.281	137
Canelones	655	520.243	126
Flores	28	25.686	109
Salto	137	127.987	107
Florida	72	70.516	102
Soriano	89	87.967	101
Paysandú	115	116.108	99
Lavalleja	59	61.946	95
San José	98	109.673	89
Río Negro	44	56.219	78
Colonia	86	120.854	71
Cerro Largo	63	90.371	69
Durazno	42	61.731	68
Tacuarembó	61	96.035	63
Treinta y Tres	5	50.165	10
s/d	3.474	0	0
Total general	10.226	3.345.524	305

Fuente: Sector Vigilancia del VIH SIDA. DEVISA. DIGESA- MSP

Gráfico 6.4. Tasa VIH SIDA / 100.000 h (año 2009)

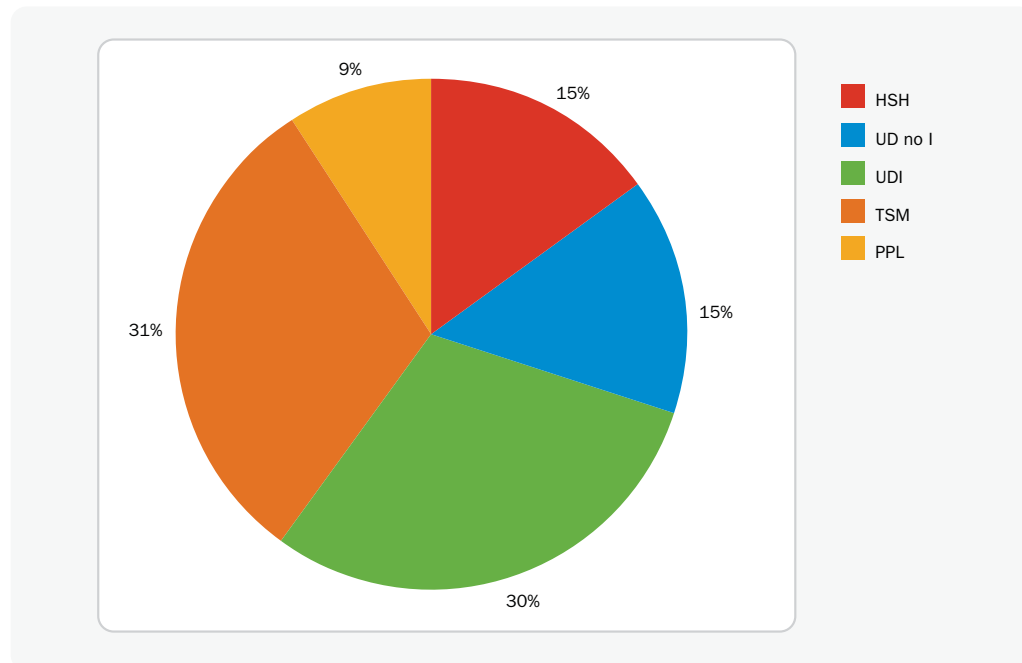
Fuente: Elaborado a partir de datos del MSP

Desigualdades según tipo de población

En Uruguay la epidemia del VIH/SIDA es de baja prevalencia en la población en general (menor al 1%), pero es de alta prevalencia (superior al 5%) en poblaciones específicas con mayor vulnerabilidad y dificultad de acceso a la información y atención.

Entre las poblaciones más vulnerables se definen las siguientes: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables (UDI), usuarios de drogas no inyectables (UD no I), trabajadores sexuales masculinos y transexuales (TSM), y personas privadas de libertad (PPL) (gráfico 6.5).

Gráfico 6.5. Distribución de la prevalencia del VIH/SIDA sobre las poblaciones más vulnerables



Fuente: Elaborado en base a datos del Informe Nacional UNGASS¹

Dentro del universo de poblaciones más vulnerables, lo más expuestos son los trabajadores sexuales masculinos y transexuales y los usuarios de drogas inyectables. Igualmente, en los últimos años ha habido un cambio en el patrón de consumo de drogas inyectables hacia drogas inhaladas, lo cual ha determinado un cambio en la incidencia de la enfermedad sobre esta población.

Con respecto a la población privada de libertad se estima que un 5,5% está infectada y que existe en dicha población coinfección por tuberculosis y VIH 50 veces mayor a la población en general.

1. Informe Nacional 2008 sobre los Progresos Realizados en la Aplicación de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) Uruguay 2008.



Garantizar la sustentabilidad ambiental

> Meta Mundial 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

> Meta Nacional 10

Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable, y reducir a la mitad aquella sin acceso al saneamiento

Meta Nacional 10

Agua potable dentro del hogar

Dada la excelente disponibilidad de agua potable en todo el territorio nacional y la amplia cobertura de la red de suministro de agua potable en las áreas urbanas, el país se ha propuesto la meta de reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable al interior de las viviendas.¹

Cómo ha sido señalado en el Informe País ODM 2009, Uruguay ya ha reducido en dos tercios el porcentaje de hogares sin agua por cañería al interior de la vivienda entre 1991 y 2009 en las localidades de 5 mil y más habitantes, afectando en la actualidad a tan solo al 2,9% de los hogares.

Sin embargo, al considerar también las localidades de menos de 5 mil habitantes y las áreas rurales² se observa que el porcentaje de hogares en todo el país que aún no dispone de agua por cañería dentro de la vivienda es algo mayor (4,6%).

1. Tal como ha sido definida en la ECH del INE: "por cañería dentro de la vivienda".

2. Información que recoge la ECH del INE desde el año 2006.

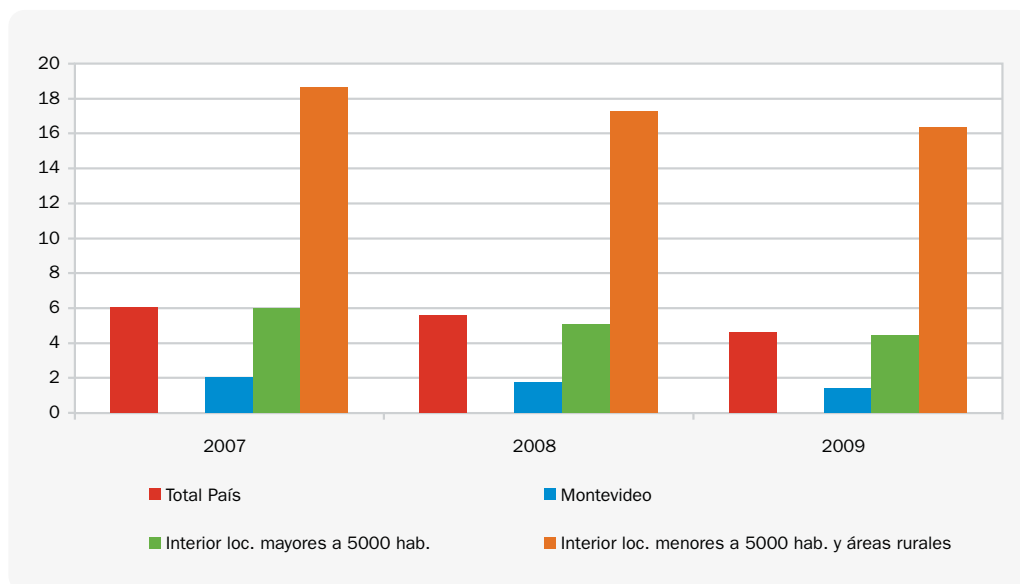
Desigualdades territoriales

Esta positiva evolución en el acceso al agua potable al interior de las viviendas se ha verificado en todo el territorio nacional, permaneciendo inequidades importantes entre las áreas urbanas mayores y las pequeñas localidades y áreas rurales.

POR GRANDES ÁREAS

La mencionada evolución favorable no ha sido acompañada de una reducción en las desigualdades entre los hogares radicados en las pequeñas localidades y áreas rurales del interior del país, donde aún hoy persiste un importante número de hogares que no disponen de agua por cañería al interior de la vivienda. Ésta es la principal situación a atender en materia de desigualdad imperante en la materia (gráfico 7.1).

Gráfico 7.1. Porcentaje de hogares sin acceso al agua potable al interior de la vivienda. Por grandes áreas

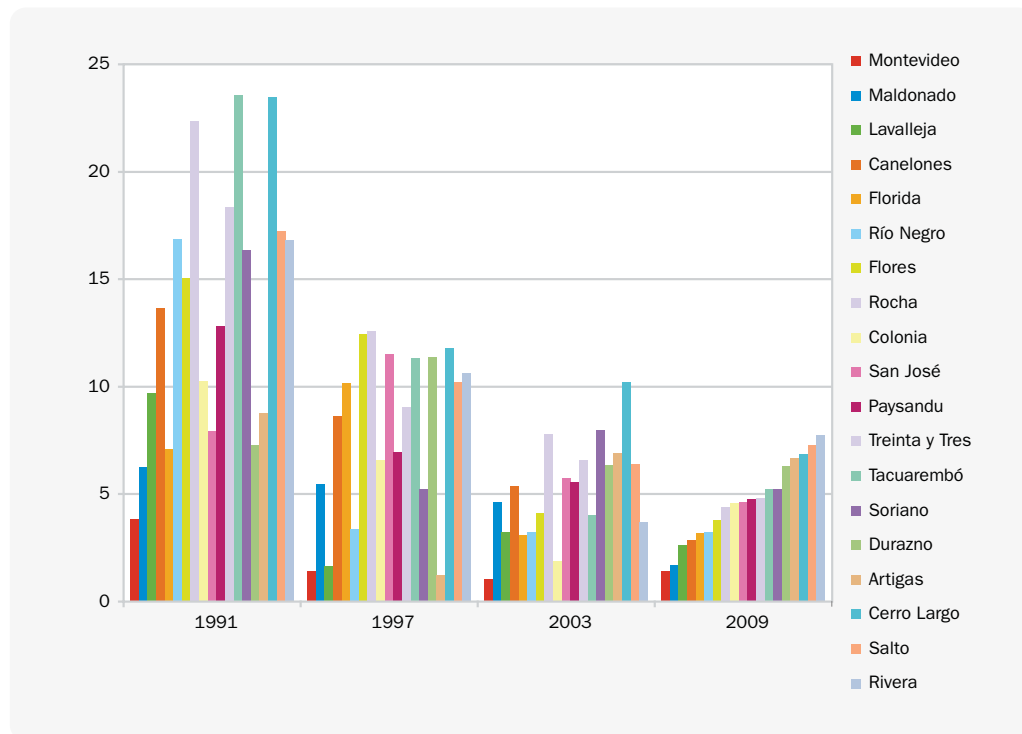


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

POR DEPARTAMENTO

La evolución en las dos últimas décadas por Departamento es favorable en todos ellos lo que permitió – considerando las localidades de 5 mil habitantes y más – una reducción de las inequidades, aunque persisten en la actualidad algunos departamentos por encima del doble del promedio nacional. Ellos son: Artigas, Cerro Largo, Durazno, Rivera y Salto, en tanto que Maldonado y Montevideo muestran guarismos inferiores al promedio (gráfico 7.2).

Gráfico 7.2. Porcentaje de hogares sin acceso al agua potable al interior de la vivienda. Por zonas de Montevideo (ordenados según los valores del año 2009)



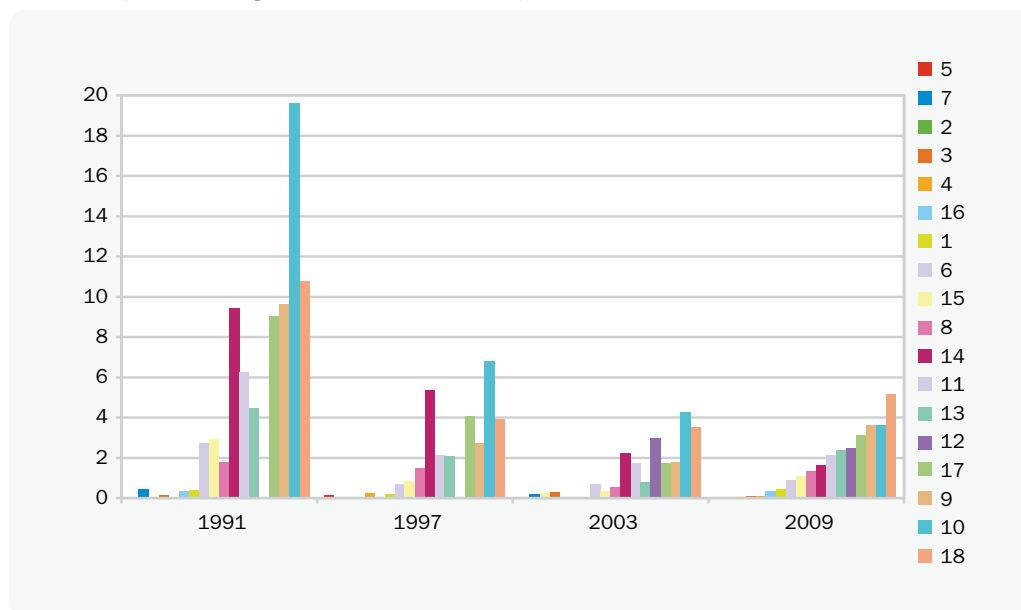
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

POR ZONAS DE MONTEVIDEO

Al interior del departamento de Montevideo también se redujeron las inequidades en la materia entre el comienzo de la década de los noventa y los primeros años de la década del 2000, por efecto de la mejora de la situación en varias zonas, en tanto que otras ya se encontraban con el indicador cercano a cero desde principios de los noventa. Este proceso de mejoría parece haberse detenido e incluso empeorado en los últimos años.

En el casco central y la faja costera de la ciudad (zonales 1 a 5 y 16) la situación es óptima desde principios de los noventa. En contraste con ello en los barrios periféricos (zonales 9, 10, 17 y 18 principalmente) aún hoy más del 3% de los hogares carece de agua por cañería al interior de la vivienda (gráfico 7.3).

Gráfico 7.3. Porcentaje de hogares sin acceso al agua potable al interior de la vivienda. Por zonas de Montevideo (ordenados según los valores del año 2009)



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Saneamiento

La evolución de la disponibilidad de servicios de saneamiento o pozos negros / fosas sépticas en el país urbano (localidades con 5 mil y más habitantes) es casi total. En estas áreas urbanas los hogares con conexión a la red general de saneamiento se han encontrado entre el 60% y el 70% del total de hogares, lo cual dadas las características de las áreas urbanas plantea un desafío evidente a las políticas públicas en la materia.

Considerando todo el país, urbano y rural, al año 2009, 2,1% de los hogares no contaba con ninguno de los dos sistemas.

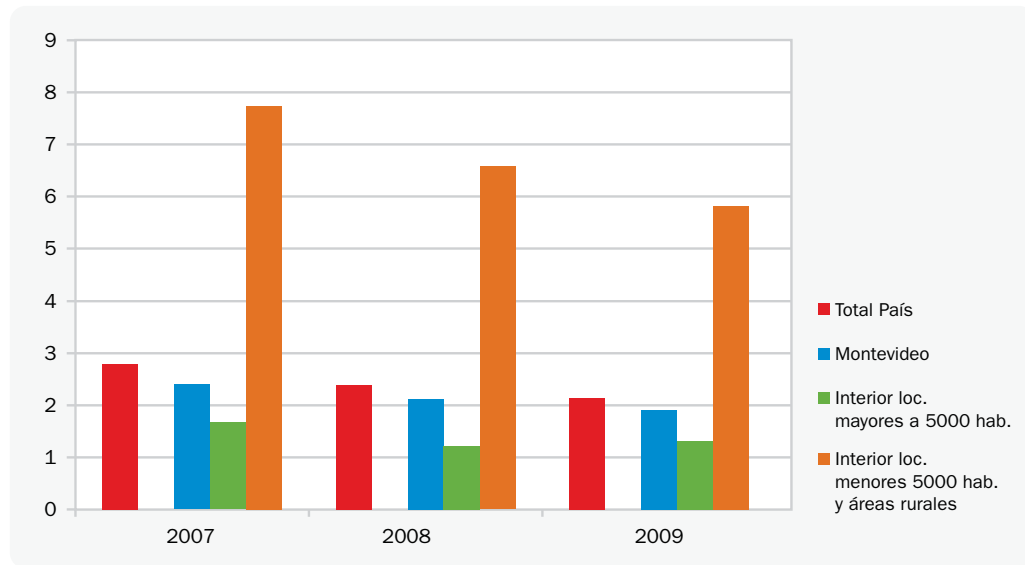
Desigualdades territoriales

POR GRANDES ÁREAS

También en esta materia el país presenta sus mayores desigualdades entre las áreas urbanas pequeñas y áreas rurales y el resto del país urbano con la peculiaridad de que es, considerando ambos sistemas, mejor la situación en el conjunto del interior urbano de más de 5 mil habitantes que en Montevideo (gráfico 7.4).

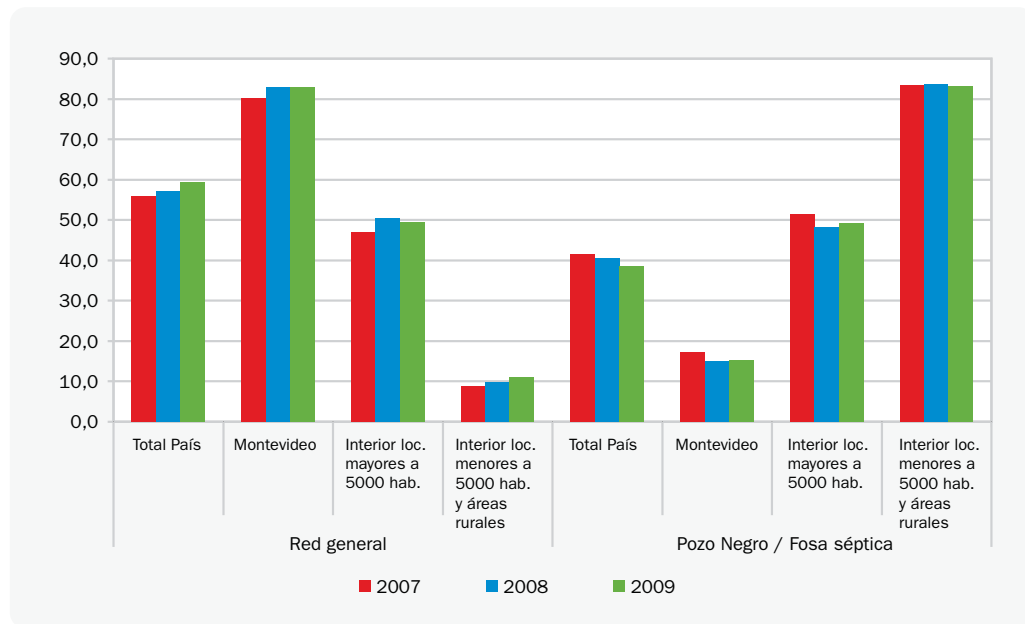
El examen de los hogares según sea el sistema de evacuación de excretas utilizado muestra que en las áreas urbanas donde es esperable que la conexión a la red general sea el mecanismo utilizado, disponen de esta conexión el 80% de los hogares de Montevideo, en tanto que en las localidades de 5 mil y más habitantes del interior no supera el 50%. Dos desafíos aparecen enton-

Gráfico 7.4. Porcentaje de hogares sin conexión a la red general de saneamiento y sin pozo negro/fosa séptica. Por grandes áreas



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 7.5. Porcentaje de hogares con conexión a la red general de saneamiento o con pozo negro/fosa séptica



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

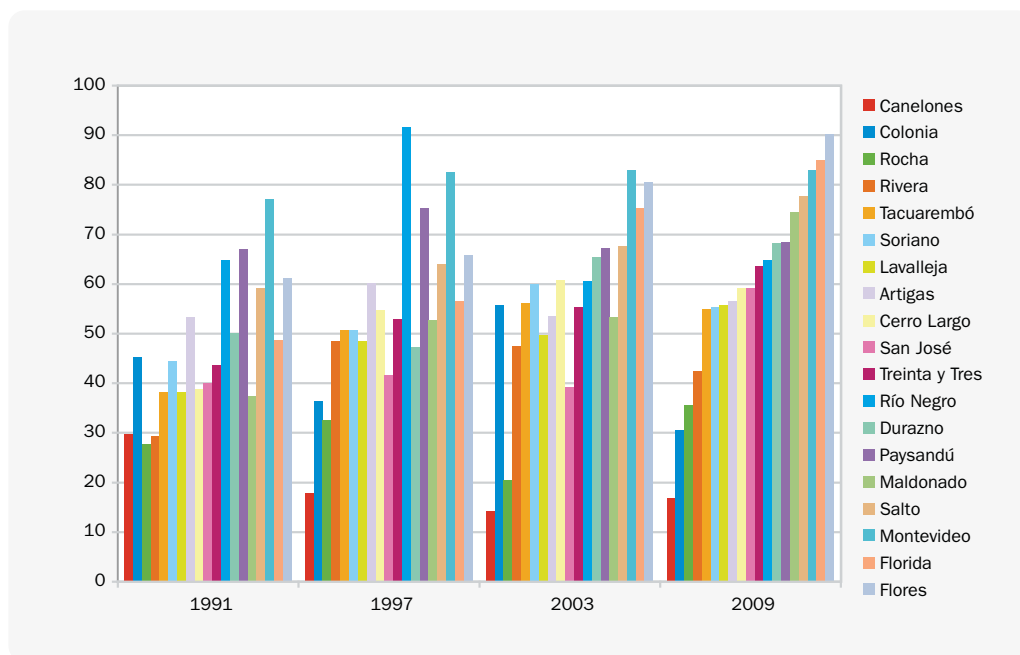
ces, aumentar decididamente las conexiones a redes generales en áreas urbanas e incorporar buenos sistemas de pozos negros y fosas sépticas en las áreas rurales y localidades menores (gráfico 7.5).

POR DEPARTAMENTOS

La existencia de hogares que no disponían de conexión a la red de saneamiento ni pozo negro/fosa séptica en las localidades de 5 mil y más habitantes mostraba a principios de los noventa disparidades entre departamentos que se han ido reduciendo en estos últimos veinte años por un mejoramiento de la situación en los departamentos más rezagados.

Observando la situación referida a la proporción de hogares con conexión a la red general de saneamiento por departamento, siempre en localidades de 5 mil y más habitantes, se encuentran enormes desigualdades. Los peores indicadores los muestra Canelones, con menos del 20% de los hogares conectados a la red general. Luego le siguen Colonia, Rocha y Rivera con entre el 30% y el 50% de los hogares. Un tercer grupo lo conforman 10 departamentos, San José, Lavalleja, Soriano, Tacuarembó, Artigas, Cerro Largo, Treinta y Tres, Río Negro, Paysandú y Durazno con entre el 50% y el 70% de los hogares. Finalmente, Maldonado, Salto, Montevideo, Florida y Flores con entre el 70% y el 90% (gráfico 7.6).

Gráfico 7.6. Porcentaje de Hogares con conexión a red de saneamiento. Por departamentos (localidades de 5 mil y más habitantes). Ordenados según los valores de 2009

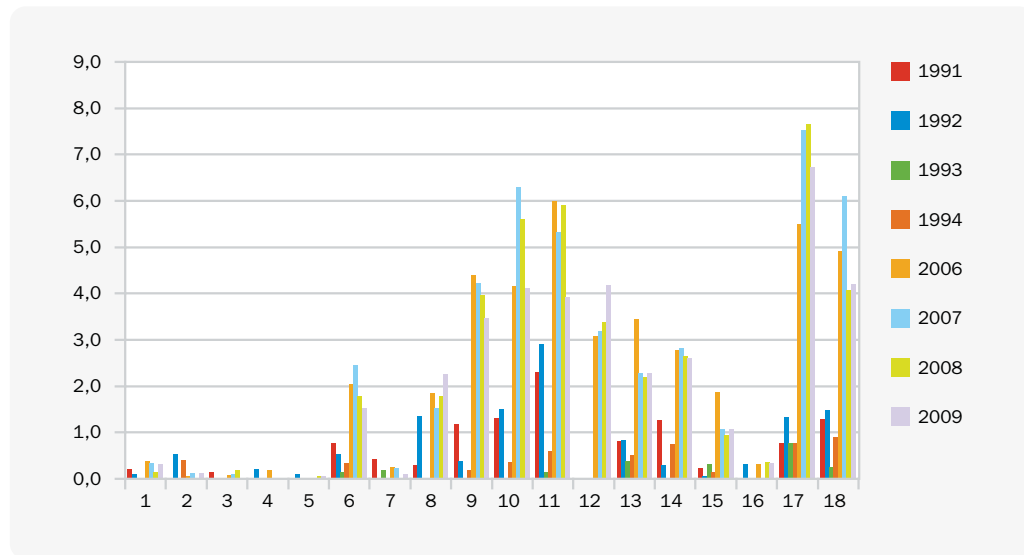


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

POR ZONAS DE MONTEVIDEO

Al interior del departamento de Montevideo se observa un aumento de la desigualdad en el último cuatrienio producto del aumento de los hogares que no están conectados a la red ni disponen de pozo negro / fosa séptica en las zonas 9, 10, 11, 12, 17 y 18. Salvo la zona 17 donde supera el 6% en 2009, las restantes se ubican este último año entre el 3,5% y el 4,2%. En el otro extremos, las zonas centrales y de la costa este de la ciudad (zonas 1 a 5, 7 y 16) se ubican entre el 0 y el 0,3% (gráfico 7.7).

Gráfico 7.7. Porcentaje de Hogares sin conexión a red de saneamiento y sin pozo negro/fosa séptica. Por zonas de Montevideo. Años seleccionados

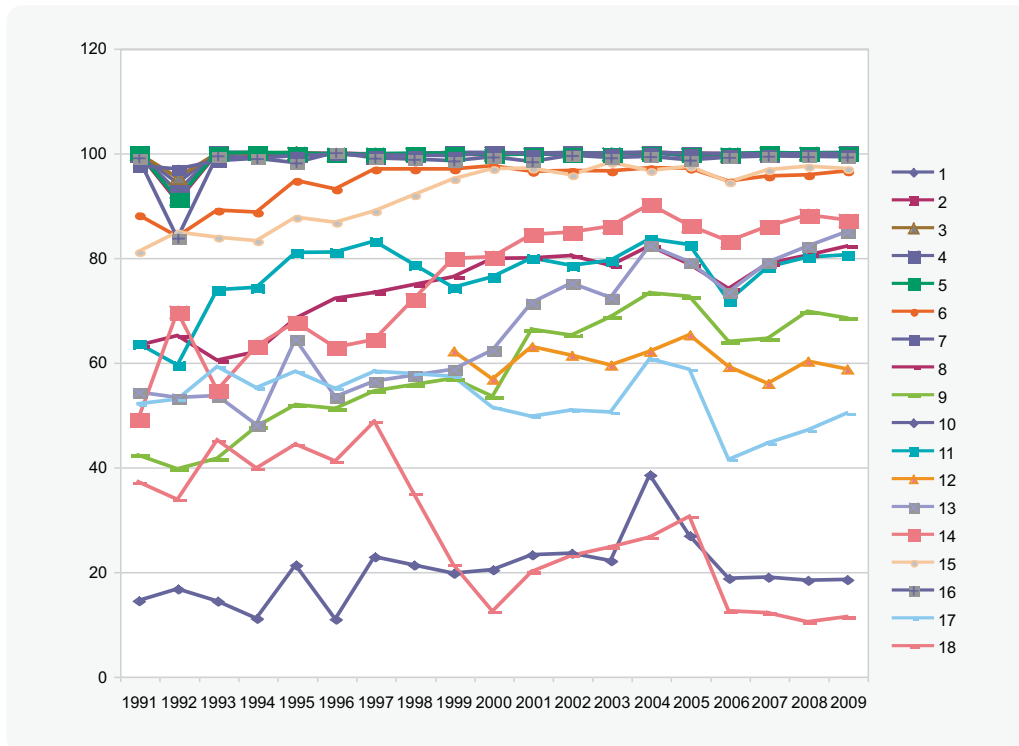


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Considerando solamente la conexión a la red general, objetivo expreso de la política departamental en la materia desde hace más de dos décadas, en dos zonas aún menos del 20% de los hogares cuenta con conexión a la red general (zonas 10 y 18).

Las zonas 9, 12 y 17 cuentan con entre el 50% y el 70% de los hogares conectados, un tercer grupo lo conforman las zonas 8, 11, 13 y 14 con entre el 80% y el 90%. Las zonas 6 y 15 cuentan con algo más del 98% de los hogares con conexión; y finalmente con entre el 99% y el 100% las zonas 1 a 5, 7 y 16 (gráfico 7.8).

Gráfico 7.8. Porcentaje de hogares con conexión a la red de saneamiento. Por zonas de Montevideo



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

[OBJETIVO 7]

> Meta Mundial 11

Haber mejorado considerablemente para el año 2020 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

> Meta Nacional 11

Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas residentes en condiciones habitacionales precarias (cantegriles, tugurios, asentamientos irregulares).

Meta Nacional 11

Hacinamiento

Uruguay redujo en las dos últimas décadas en más de un tercio los hogares en condiciones de hacinamiento en las localidades de 5 mil y más habitantes, por lo que en ellas está cerca de la meta definida. Considerando todo el país, urbano y rural, el porcentaje de hacinamiento es similar, situándose en 2009 en 11,6%.

Desigualdades territoriales

Como se observa a continuación el país no presenta en la materia grandes desigualdades, a la vez que se confirman en todos los agrupamientos la tendencia a la reducción de estas situaciones.

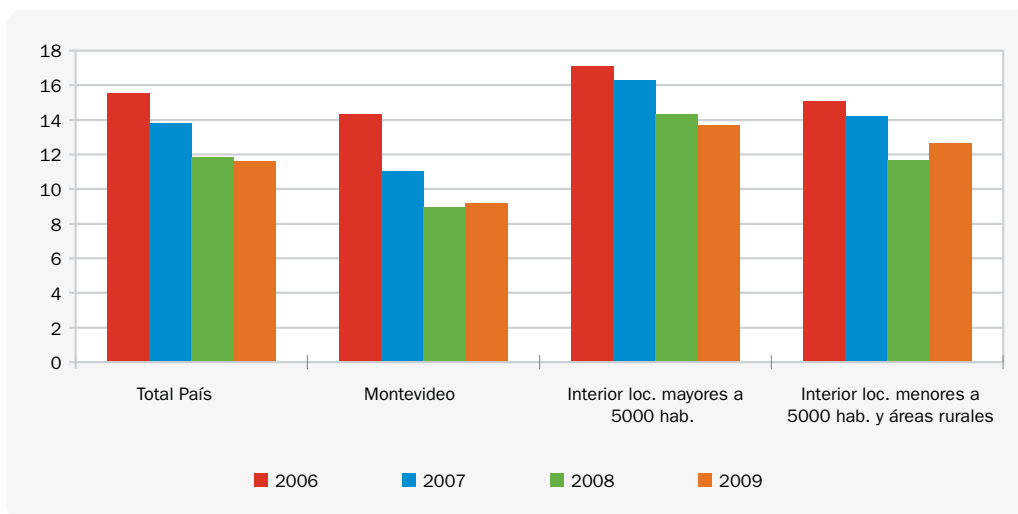
POR GRANDES ÁREAS

Los mayores porcentajes de hogares en condiciones de hacinamiento se encuentran en el interior del país, donde aún hoy superan en algo más de cuatro puntos porcentuales al promedio de Montevideo (ver gráfico 7.9).

POR DEPARTAMENTOS

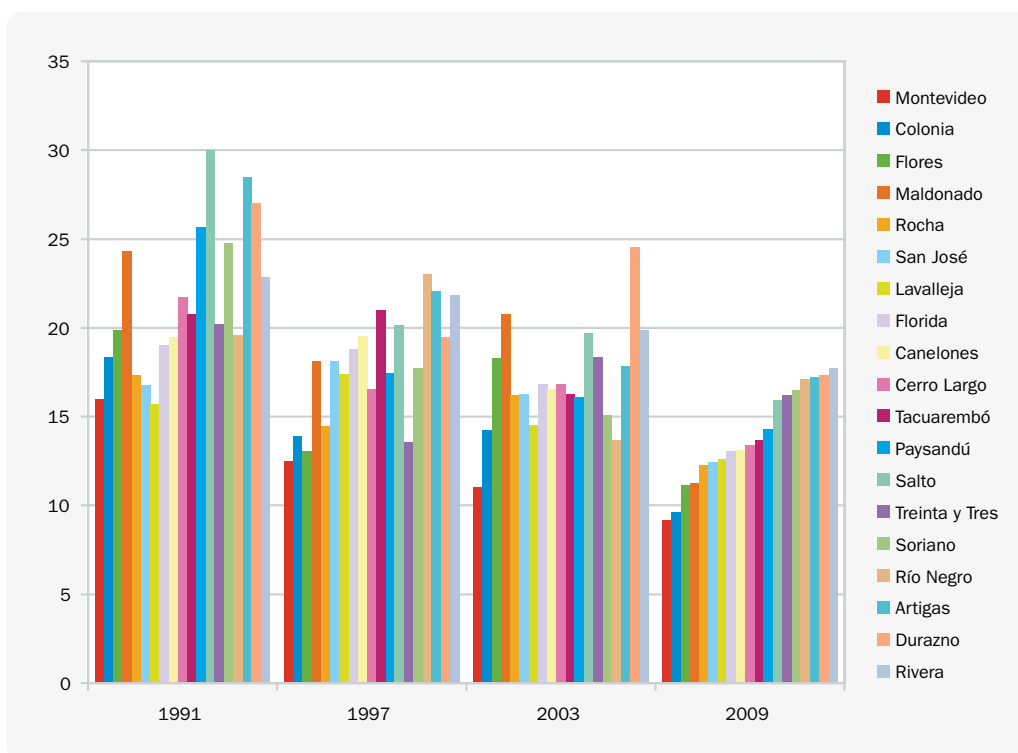
En todos los departamentos del país se verifica la misma y clara tendencia descendente en el porcentaje de hogares en hacinamiento, a la vez que se reducen las disparidades. Artigas presenta los más altos porcentajes en las dos décadas examinadas cayendo por debajo del 20% al final del período. Por su parte, Colonia y Montevideo registran los menores guarismos, por debajo del 10% al final del período (gráfico 7.10).

Gráfico 7.9. Porcentaje de hogares en condiciones de hacinamiento. Por grandes áreas



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 7.10. Porcentaje de hogares en condiciones de hacinamiento. Por departamento. Ordenados según valores del año 2009

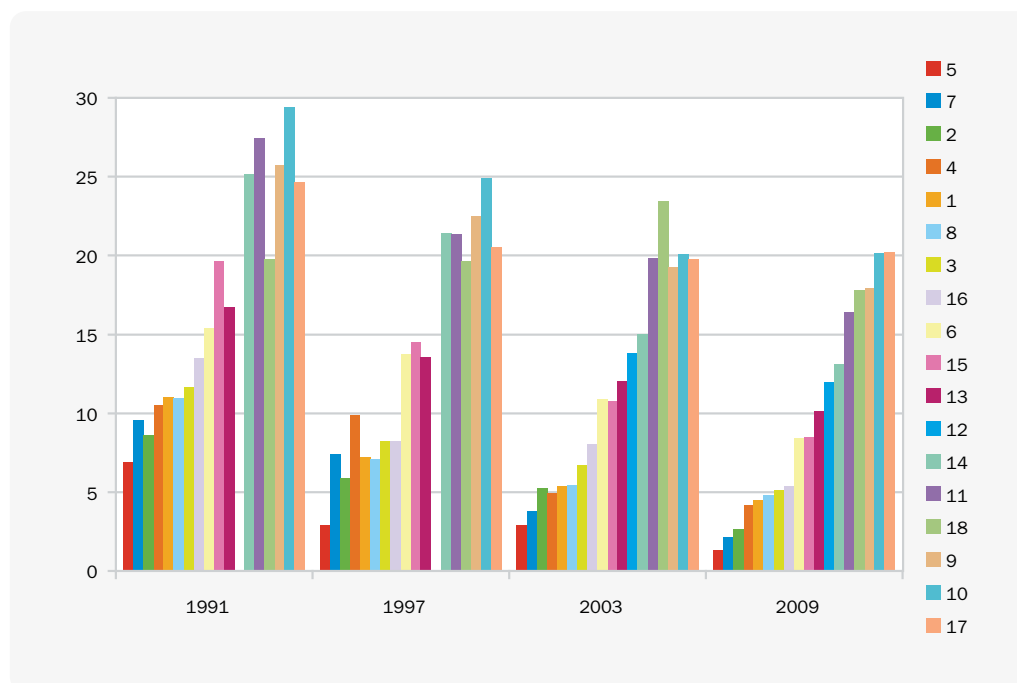


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

POR ZONAS DE MONTEVIDEO

Al interior del departamento de Montevideo, todas las zonas mejoran en el curso de estos 20 años manteniendo las desigualdades existentes. Nuevamente, las zonas 1 a 5, 7, 8 y 16 muestran los más bajos porcentajes de hacinamiento, inferiores al 5% al final del período. En el otro extremo, entre el 15% y el 20% se encuentran las zonas 9, 10, 11, 17 y 18 periféricas al casco central y los barrios intermedios (gráfico 7.11).

Gráfico 7.11. Porcentaje de hogares en condiciones de hacinamiento. Por zonas de Montevideo. Ordenados según valores del año 2009



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Asentamientos irregulares

El relevamiento realizado por el INE y el PIAI en 2005-2006 con base en el denominado censo fase I de 2004 y la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA 2006) aporta elementos para el análisis de la situación del país en materia de Asentamientos Irregulares (AAII).³

Desigualdades territoriales por grandes áreas

61% de los AAII, 73% de las viviendas existentes en los AAII y 74% de las personas que allí residen se encuentran en el departa-

3. Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006 Informe temático. INE. Montevideo. 2006.

mento de Montevideo. En tanto residen en AAI el 6% de las personas del país, en Montevideo representan el 10,9% de la población del departamento mientras que esta relación es del 2,7% en el conjunto del interior del país. Es pues una condición socio-habitacional que afecta muy marcadamente a la población de Montevideo (tabla 7.1).

Tabla 7.1. Asentamientos irregulares. 2005-2006

	Cantidad de asentamientos irregulares	Viviendas en asentamientos irregulares	Personas en asentamientos irregulares	Porcentaje de la población de 2004
Montevideo	412	39.116	144.707	10,9
Interior	264*	14.522	51.065	2,7
Total	676	53.638	195.772	6

Fuente: INE-PIAI. Relevamiento de Asentamientos 2005-2006(*). La cifra incluye 20 AAI detectados en áreas rurales, cuyos datos de población y viviendas no pudieron ser reprocesados. Se estima un mínimo de 200 viviendas de acuerdo con la definición de AAI utilizada por el INE.

La información relevada por la ENHA 2006 muestra que tres cuartas partes de los hogares residentes en AAI en Montevideo declaran ser propietarios solo de la vivienda, ocupando el terreno. En cambio en el interior urbano el 57% de los hogares de los AAI declaran ser propietarios solo de la vivienda habiendo un mayor porcentaje de ocupantes a título gratuito (29%) que en Montevideo (13%). Tabla 7.2.

Tabla 7.2. Hogares en viviendas en asentamientos irregulares según tipo de tenencia de la vivienda. En porcentajes

	Montevideo	Interior urbano	Rural	Todo el país
Inquilino o arrendatario	6,3%	8,6%	4,9%	7,1%
Ocupante	93,7%	91,4%	95,1%	92,9%
Ocupantes con dependencia	0,1%	1,2%	24,4%	0,9%
Ocupante gratuito	12,8%	28,9%	23%	18,4%
Ocupante sin permiso	6%	4,3%	15,7%	5,6%
Propietario sólo de la vivienda pagando	4,2%	2,0%	0%	3,4%
Propietario sólo de la vivienda pagó	70,5%	55%	32%	64,6%
Total	100%	100%	100%	100%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006 Informe temático. INE. Montevideo. 2006

Desigualdades entre quienes viven en AAI y quienes no viven en ellos

POR CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Las viviendas de los AAI son mayoritariamente más precarias y modestas (60%) que aquellas que no se encuentran en AAI (12%). El 78% de las viviendas de los AAI presentan problemas graves o moderados en tanto que los presentan el 57% de las restantes (tabla 7.3).

Tabla 7.3. Hogares por situación estructural y situación coyuntural de la vivienda, según ubicación en asentamientos irregulares

	Precaria	Modesta	Mediana	Buena	Todos
En asentamientos	8,0%	51,9%	11,7%	28,4%	100%
No en asentamientos	0,5%	11,1%	12,4%	76,1%	100%
Total	0,8%	13%	12,3%	73,8%	100%

	Sin problemas	Problemas	Problemas moderados	Problemas graves	Todos
En asentamientos	16%	5,7%	30%	48,4%	100%
No en asentamientos	38%	4,5%	31%	26,5%	100%
Total	37%	4,5%	30,9%	27,6%	100%

	Precaria	Modesta	Mediana	Buena	Todos
En asentamientos	46,4%	18,9%	4,5%	1,8%	4,7%
No en asentamientos	53,6%	81,1%	95,5%	98,2%	95,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

	Sin problemas	Problemas	Problemas moderados	Problemas graves	Todos
En asentamientos	2%	5,9%	4,6%	8,3%	4,7%
No en asentamientos	98%	94,1%	95,4%	91,7%	95,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006 Informe temático. INE. Montevideo. 2006

POR LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS HOGARES

El 51,3% de los hogares de los AAI pertenecen al primer quintil de ingresos en tanto son tan solo el 18,4% entre los restantes hogares (ver tabla 7.4).

El nivel educativo del jefe del hogar es asimismo más bajo en los AAI: el 96% tiene secundaria incompleta y menos, en tanto en los restantes hogares el 82% tiene ese nivel educativo (ver tabla 7.5).

Tabla 7.4. Hogares según ubicación de viviendas en asentamientos irregulares por quintil del hogar ordenados por ingreso per cápita. En porcentaje

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Todos
En asentamientos	51,3%	23,6%	14,1%	7,2%	3,7%	100%
No en asentamientos	18,4%	19,8%	20,3%	20,6%	20,8%	100%
Total	20%	20%	20%	20%	20%	100%

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Todos
En asentamientos	12,2%	5,6%	3,4%	1,7%	0,9%	4,7%
No en asentamientos	87,8%	94,4%	96,6%	98,3%	99,1%	95,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006 Informe temático. INE. Montevideo. 2006

Tabla 7.5. Hogares según ubicación en asentamientos irregulares por nivel del jefe del hogar. En porcentajes

	Secundaria incompleta o menor	Secundaria completa o mayor	Total
En asentamientos	96%	4%	100%
No en asentamientos	81,7%	18,3%	100%
Total	82,4%	17,6%	100%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006 Informe temático. INE. Montevideo. 2006

POR OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

Los hogares que residen en AAI son más numerosos (4 personas en promedio contra 2,9 en los restantes). Tabla 7.6.

Los jefes de hogar son, en los AAI, más jóvenes: el 15% tiene menos de 30 años y el 51% tiene entre 30 y 49 años contra 7,1% y 33,6% en los restantes (tabla 7.7).

Tabla 7.6. Hogares según ubicación en asentamientos irregulares por número de integrantes y número de menores de 14 años. En porcentajes

	Cantidad de integrantes del hogar						Total	Promedio	Mediana
	1	2	3	4	5 a 9	10 y más			
En asentamientos	10,1%	15,9%	22,1%	19%	30,4%	2,4%	100%	4%	4%
No en asentamientos	20,1%	27,3%	19,9%	17,5%	14,8%	0,4%	100%	2,9%	3%
Total	19,7%	26,8%	20%	17,6%	15,5%	0,5%	100%	3%	3%

	Número de menores de 14 años en el hogar						Total	Promedio	Mediana
	0	1	2	3	4	5 a 10			
En asentamientos	39,1%	22,9%	16%	10,5%	6,2%	5,3%	100%	1,4%	1%
No en asentamientos	65,8%	17,8%	10,7%	3,8%	1,2%	0,7%	100%	0,6%	0%
Total	64,5%	18,1%	10,9%	4,1%	1,5%	0,9%	100%	0,6%	0%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006 Informe temático. INE. Montevideo. 2006

Tabla 7.7. Hogares según ubicación en asentamientos irregulares según tramo de edad del jefe de hogar. En porcentajes

	Menor que 30	30 a 49	50 y más	Todos
En Asentamientos	15,0%	50,8%	34,2%	100,0%
No en Asentamientos	7,1%	33,6%	59,3%	100,0%
Total	7,5%	34,4%	58,1%	100,0%

	Menor que 30	30 a 49	50 y más	Todos
En Asentamientos	9,5%	7,0%	2,8%	4,7%
No en Asentamientos	90,5%	93,0%	97,2%	95,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006, Informe temático. INE. Montevideo, 2006

Predominan más los jefes de hogar hombres (71,5%) en los AAI que en los restantes hogares (66,5%). Ver tabla 7.8.

Tabla 7.8. Hogares según ubicación de la vivienda en asentamientos irregulares por género del jefe del hogar. En porcentajes

	Mujer	Hombre	Total
En asentamientos	28,5%	71,5%	100%
No en asentamientos	33,5%	66,5%	100%
Total	33,2%	66,8%	100%

Tomado de: Carlos Casacuberta. Situación de la vivienda en Uruguay. ENHA 2006, Informe temático. INE. Montevideo, 2006



Buenas Prácticas para el logro de los ODM



Introducción

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio marcaron desde su aprobación en el año 2000 una agenda para las políticas públicas en favor del desarrollo. De esta manera los Gobiernos de los países firmantes han adoptado objetivos y metas, las cuales comprometieron cumplir hacia el año 2015. Conocidos son los informes periódicos en los cuales se exponen los logros parciales hacia el cumplimiento de las metas a partir de indicadores cuantitativos de seguimiento.

Sin embargo no debe olvidarse que el logro de los ODM no solamente es una cuestión de relevamiento de indicadores sino que estos son el resultado de acciones concretas engarzadas en proyectos, programas y políticas. Por lo tanto una revisión de buenas prácticas que contribuyan a alcanzar los ODM constituye un buen complemento del análisis de los indicadores de las metas correspondientes.

En particular, la sistematización de políticas públicas consideradas buenas prácticas hacia el logro de los ODM constituye un material destinado al intercambio entre experiencias realizadas en distintos países contribuyendo así al logro de los ODM.

En este documento se han seleccionado cinco experiencias que constituyen buenas prácticas de acuerdo con las metas nacionales que el Uruguay se ha fijado para el logro de los ODM. Cuatro de ellas son políticas de alcance nacional y una de alcance departamental.

En primer lugar se expone la experiencia de los Consejos de Salarios, práctica de negociación y acuerdo por ramas de actividad entre empleados y empleadores, y la mediación del Estado, con el objetivo de regular las relaciones laborales y los salarios. En la medida que este instrumento institucional ha contribuido al incremento de los salarios reales y a la mejora en las condiciones de trabajo, constituye una buena práctica para el logro de reducir la pobreza y mejorar las condiciones en el mercado de trabajo, metas incluidas en el Objetivo 1.

El Plan de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF) constituye un ejemplo innovador de atención a la primera infancia en situación de vulnerabilidad social a partir de la articu-

lación del Estado y Organizaciones de la Sociedad Civil. En sus más de veinte años de acciones ha contribuido decididamente, y en coordinación con otras políticas públicas de educación inicial, a la incorporación de los niños más pequeños a una primera experiencia de escolarización. Atiende, por lo tanto, a una de las metas nacionales del Objetivo 2.

El Programa de Calidad con Equidad se viene consolidando desde los últimos años y constituye un buen ejemplo de cómo se puede incorporar la equidad de género en el ámbito de las empresas públicas y privadas, contribuyendo al Objetivo 3

El Sistema Nacional Integrado de Salud se ha puesto en práctica desde la Administración del Dr. Tabaré Vázquez y tiene como objetivo generar las condiciones para que todas y todos los ciudadanos tengan acceso a una atención sanitaria de calidad sin que existan diferencias de acuerdo a inequidades de ingresos o territoriales. Asimismo introduce metas prestacionales y compromisos de gestión de los efectores privados y públicos que privilegian la salud materno infantil. Constituye una buena práctica que atiende globalmente al logro de las metas establecidas en los Objetivos 4, 5 y 6.

Finalmente, el Plan de Saneamiento del Departamento de Montevideo es un interesante ejemplo de inversión pública a nivel departamental y en sus veinte años de gestión ha logrado expandir la red de saneamiento hacia las zonas del Departamento en las cuales se carecía de este servicio, atendiendo a una proporción importante de la población en situación de pobreza y contribuyendo a la mejora de la calidad ambiental, en particular de la zona costera del Departamento. Contribuye, por lo tanto a las metas vinculadas al hábitat del Objetivo 7.

La política a favor de la formalización de las relaciones laborales: Consejos de Salarios y Negociación Colectiva

> Meta Mundial 1B	> Meta Nacional 1B
Alcanzar pleno empleo productivo y trabajo decente para todos, incluyendo las mujeres y los jóvenes	Reducir la tasa de desempleo global y femenina a menos del 9%; y la tasa específica de desempleo de los trabajadores del primer quintil y de los jóvenes a menos del 15% Reducir la falta de cobertura de la seguridad social entre el total de ocupados a menos del 25% y la de los ocupados del primer quintil a menos del 50%

Antecedentes

En materia de protección social a los trabajadores el Uruguay ha sido un país pionero en la región. El Sistema de Seguridad Social, piedra angular de un Estado de Bienestar implementado en Uruguay, se desarrolló tempranamente y logró incluir a la mayoría de los colectivos laborales a partir de una explícita pretensión de universalidad.

Por otro lado, el país optó en diferentes oportunidades por la negociación colectiva como forma de fijar los salarios y las condiciones laborales. De esta forma se crearon por ley¹ los Consejos de Salarios con una integración tripartita (empleados, empleadores y el Estado).

1. Ley N° 10.449 del 12 de noviembre de 1943.

Este instrumento se constituyó en una característica diferencial del país en lo que respecta a las relaciones laborales y fue utilizado en distintas etapas. En el año 1985, con el retorno a la democracia, se reinstauraron los Consejos de Salarios que habían sido abandonados durante la etapa dictatorial creándose cuarenta y ocho grupos de negociación según el tipo de actividad.²

Durante los años noventa, el país no escapó a la tendencia regional de flexibilización y desregulación de las relaciones laborales y retiro del Estado como rector de éste relacionamiento. La excesiva confianza en el mercado como asignador de recursos y generador de los equilibrios económicos llevó a desmontar, en el año 1990, el sistema de negociación colectiva y su principal instrumento: los Consejos de Salarios. Las consecuencias en el deterioro en la calidad del empleo (informalismo y precarización laboral), el aumento del subempleo y el desempleo abierto se transformó en una característica de la década.

A mediados de los 2000, la tasa de empleo no superaba el 50,0%, la tasa de actividad era del 58,5% y el desempleo abierto superaba el 13,0% de la Población Económicamente Activa. A estas cifras es necesario agregar que algo más del 40% de los ocupados no eran aportantes a la Seguridad Social, aproximación al fenómeno de la informalidad en el empleo, y que aproximadamente la tercera parte de la población vivía en situación de pobreza.

La ausencia durante 15 años de diálogo social, negociación colectiva a través de los Consejos de Salarios, sumado al no respeto de las normas de protección de la libertad sindical que tenían más de 70 años de vigencia, dejó profundas huellas en el relacionamiento entre patronos y obreros con el consiguiente deterioro de las relaciones laborales.

La tergiversación del instituto de la tercerización de la mano de obra y la exigencia para un conjunto muy importante de trabajadores de constituirse en empresas para poder trabajar en relación de dependencia encubierta, fueron otras tantas expresiones de la desregulación de las relaciones laborales, lo que además derivó en situaciones de informalidad, evasión y exclusión del amparo de la seguridad social.

2. Decreto N° 178/85.

Objetivos explícitos de la política

El principal objetivo planteado en la reinstauración de los Consejos de Salarios fue promover el trabajo decente como un derecho humano fundamental. Esto requiere un papel activo del Estado incidiendo en las relaciones laborales y procurando el diálogo y la negociación entre los actores sociales claves: empleadores y empleados.

Siguiendo este objetivo el resultado esperado fue la dignificación de las relaciones laborales con el consiguiente incremento del salario real y la mejora en los niveles de formalización.

Un objetivo adicional fue recuperar la tradición histórica del país en materia de relaciones laborales basadas en la libertad sindical, la negociación colectiva y el tripartismo.

Acciones realizadas

Como forma de remediar la situación descrita y cumplir con los objetivos planteados, en el año 2005 se convocaron nuevamente los Consejos de Salarios³ en el sector privado incorporando por primera vez en el país a los trabajadores públicos, a los del área rural y al servicio doméstico a la negociación colectiva.

Los grupos de negociación se reclasificaron de acuerdo a los cambios que habían acontecido en la economía nacional conformándose 24 grupos que incluían a los trabajadores rurales y trabajadoras del hogar o servicios domésticos mencionados.

En el ámbito público se creó una Comisión Bipartita integrada por la OPP y la Oficina Nacional de Servicio Civil en representación del Poder Ejecutivo y por las organizaciones sindicales de los trabajadores públicos, con el objetivo de fomentar y promover la negociación colectiva entre el Estado y sus funcionarios.

Dos acciones se destacan muy especialmente, orientadas a mejorar las condiciones de trabajo y en particular la formalidad del trabajo, en dos áreas que ocupan trabajadores y trabajadoras provenientes de los hogares de menores ingresos, en su mayoría pobres:

- *En el ámbito rural:* por primera vez en la historia del país, se convocaron Consejos de Salarios. Se creó un Consejo Superior Tripartito Rural que, una vez definidos los grupos, comenzó a negociar sobre las condiciones laborales de los trabajadores rurales.
- *En el servicio doméstico:* comentarios similares cabe para el sector de trabajadoras y trabajadores del hogar o servicio do-

méstico que, como colectivo, se integró a las negociaciones colectivas a fines del 2007.

Respecto de la duración de los acuerdos, se enfatizó la importancia de consagrar plazos relevantes. Se trabajó sobre acuerdos de un año con ajustes salariales cada 6 meses para el sector privado y anuales para el sector público. En el año 2005 prevalecieron acuerdos de un año de duración, mientras que en 2006 la mayoría pautó tiempos superiores a un año. Esto contribuyó a quitar presión en los procesos de negociaciones y plantear un horizonte de mediano plazo en las relaciones laborales.

Resultados obtenidos

Todos los grupos generados lograron conformarse en mesas de negociaciones y las rondas tripartitas realizadas en los años 2007 y 2008 finalizaron con consensos en el 89% las negociaciones.

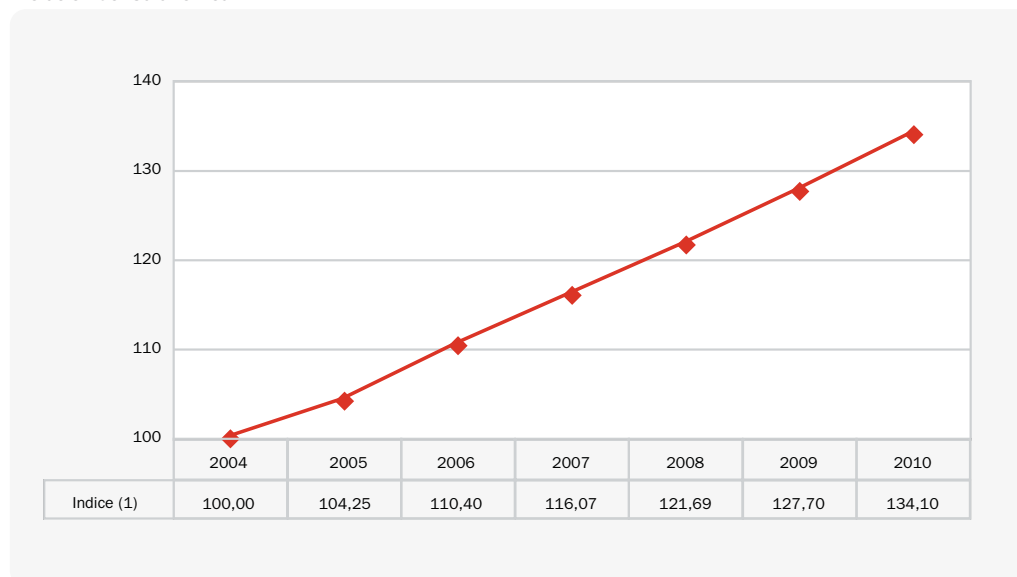
En materia estrictamente salarial, durante el primer año de las negociaciones los ajustes salariales se pautaron considerando la inflación pasada, mientras que en 2006 se logró un mayor número de ajustes en función de la inflación prevista o futura. Esto da la pauta no sólo del nivel de acuerdo alcanzado sino también de la madurez y responsabilidad con que todos los actores intervinieron en el proceso.

En cuanto a la negociación colectiva, vale anotar el dato que el porcentaje de trabajadores cubiertos por convenios colectivos y/o acuerdos pasó del 20% a inicios del 2005 al 100% de la población asalariada incluidos los trabajadores rurales y servicios del hogar que, como fue dicho, nunca antes habían tenido convenios colectivos.

En la División Negociación Colectiva del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se triplicó el número de conflictos resueltos a través de la negociación durante 2007, con respecto a los resueltos en 2004 y 2005. Asimismo se incrementó sensiblemente la cantidad de audiencias destinadas a la solución de conflictos colectivos, obteniéndose acuerdos en el 96.5% de los casos.

Por último, la reinstauración de la negociación colectiva contribuyó al logro de una mayor formalización de los trabajadores, al crecimiento del salario real y al aumento en el número de puestos de trabajo, estimado en 160 mil. Los siguientes cuadros ilustran estos resultados.

Evolución del Salario Real



Fuente: elaborado a partir de información del INE. (1) Datos a enero de cada año. Base enero 2004 = 100

Tasa de Actividad, Empleo y Desempleo y Cobertura de la Seguridad Social. 2004 - 2009

Año	Tasa de Actividad	Tasa de Empleo	Tasa de Desempleo	Cobertura de la Seguridad Social
2004	58,5	50,8	13,1	59,3
2005	58,5	51,4	12,2	61,2
2006	60,9	53,9	11,4	65,1
2007	62,7	56,7	9,6	65,6
2008	62,7	57,7	7,9	67,1
2009	63,2	58,5	7,3	sd

Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares.

Contribución al logro del ODM correspondiente

A partir de un proceso de diálogo y consulta realizado a fines del año 2008, Uruguay decidió incorporar en el ODM 1 una meta vinculada al desempleo abierto, en particular de mujeres y jóvenes, y a la formalización de las relaciones laborales de la población ocupada en general y de los ocupados pertenecientes al primer quintil de ingreso en particular.

La hipótesis por detrás de estas metas es que una buena inserción en el mercado de trabajo resulta fundamental para superar las situaciones de pobreza e indigencia a la que hace referencia el primer ODM.

La política de negociación laboral a partir de los Consejos de Salarios se dirigió al corazón de la meta fijada por el país en ma-

teria de empleo decente y trabajo digno. Los resultados no sólo son evidentes sino que además hay que destacar que en un lapso bastante reducido se lograron avances sustanciales hacia la meta.

En efecto, en materia de formalización laboral la acción de los Consejos de Salarios contribuyeron al incremento de los aportantes a la Seguridad Social que pasaron de menos del 60% de los ocupados en el año 2004 a más del 67% en sólo cuatro años.

Por su parte los grupos de trabajadores más vulnerables y postergados en cuanto a relaciones laborales, rurales y trabajadores/as del hogar, que los Consejos de Salarios integraron por primera vez en la historia del País presentaron guarismos de formalización inéditos siguiendo la cobertura de la Seguridad Social como aproximación a éste fenómeno. El siguiente cuadro presenta los aportantes al Sistema según el tipo de actividad:

La tendencia observada en materia de formalización en las relaciones laborales hace pensar que es factible el alcance de la meta al año 2015.

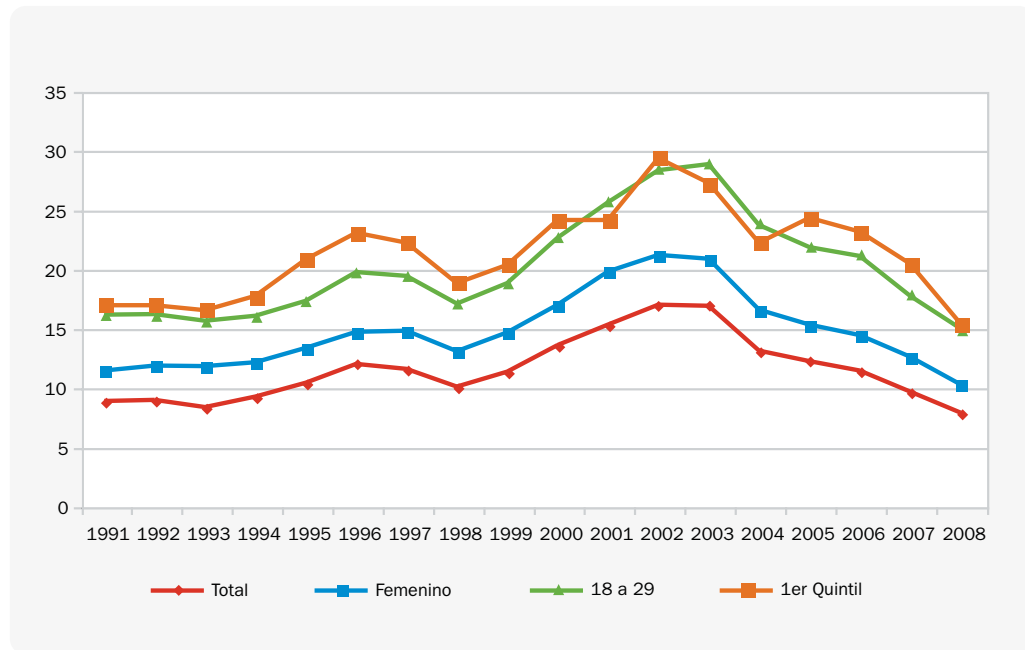
En materia de desempleo, los resultados no muestran lo que de antemano la teoría económica dominante en los noventa hubiera predicho. En efecto, se hubiese esperado que la acción de los Consejos de Salarios conjuntamente con el incremento del salario real generaran un incremento del desempleo al introducir elementos que atentarían con la libre acción de los agentes en el mercado; sin embargo se logró una importante baja del desempleo y los resultados observados para los diferentes grupos de trabajadores evidencian que ya se ha cumplido la meta fijada. El siguiente gráfico presenta los resultados comentados.

Número de trabajadores cotizantes a la Seguridad Social según rama de actividad. En número de personas

Trabajadores Rurales	Número de Cotizantes
Año 2004	168.149
Año 2009	193.541
Trabajadores/as del hogar	
Año 2004	38.294
Año 2009	53.505

Fuente: Banco de Previsión Social

Tasa de desempleo total, femenina, de menores de 30 años y de trabajadores pertenecientes al 1er quintil de ingresos.



Fuente: Elaborado a partir de INE, Encuesta de Hogares.

Por lo tanto los Consejos de Salarios han contribuido directamente al logro de estas metas a través de facilitar la mejora en las relaciones laborales, la formalización de dichas relaciones y la superación de los altos niveles de desocupación que hoy se sitúan en guarismos muy próximos al desempleo estructural.

El Plan de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF)

> Meta Mundial 1B

Asegurar que para 2015, todos los niños y niñas tengan la posibilidad de culminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

> Meta Nacional 3

Universalización de la educación inicial, universalización de la educación media obligatoria y expansión de la educación media superior.

Antecedentes

El Plan CAIF surge en 1988 a partir de un profundo estudio de la situación de la primera infancia y sus familias realizado bajo la coordinación de Juan Pablo Terra y financiado por UNICEF e IDRC. En dicho estudio se constata la difícil situación en la que nacían y vivían la primera infancia (0 a 6 años) algo más de la mitad de los niños uruguayos.

La situación de pobreza y carencia de los hogares en los que vivían estos niños resultaban un entorno por demás adverso para el normal desarrollo psicomotor y nutricional a una edad clave para el aprovechamiento de las oportunidades que se le brindan a los individuos a lo largo del ciclo vital.

Por su parte la matriz de protección social había tenido un avance desigual entre las generaciones, ofreciendo dispositivos integrales para los adultos pero escasos programas y políticas para la primera infancia. El gasto público social en primera infancia resultaba escaso e insuficiente para dar respuesta a la difícil situación de un porcentaje importante de niños menores de 6 años y sus familias.

El origen del Plan es un convenio suscrito entre el Gobierno Uruguayo y UNICEF, quien se comprometió a financiar por tres años un Plan Nacional de atención integral a la infancia, la mujer y la familia en situación de pobreza. Ya en este primer proyecto está explícito el carácter integral de las acciones, la prioridad

en la infancia, la mujer y la familia como unidades inseparables sobre las que interviene la política social, y la focalización en los hogares en situación de pobreza.

Originalmente el Plan se plantea la atención a niños de 4 y 5 años y sus familias en situación de pobreza crítica, para lo cual diseñó y llevó a cabo estrategias y metodologías novedosas de atención a los beneficiarios mencionados. Parte de estas estrategias y metodologías novedosas están constituidas por la forma cómo el Plan se planteó la intervención que contribuyera a mitigar los déficit nutricionales y psicomotores de los niños pertenecientes a hogares en situación de pobreza. De esta forma la atención incluyó desde primer momento a los referentes adultos del hogar, además de los niños, y el enfoque fue integral poniendo atención en las múltiples dimensiones a tener en cuenta: cuidado, alimentación, estímulo al desarrollo temprano e interacción adulto – niño en el proceso de crecimiento.

Por su parte la organización del Programa también resultó sumamente innovadora y novedosa. En efecto, desde el comienzo se organizó en base a la coordinación intersinstitucional con la creación de una Coordinación Interministerial en la que intervenían los principales actores públicos del gobierno nacional involucrados: Instituto Nacional del Menor, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Alimentación, Ministerio de Educación y Cultura, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Ministerio de Relaciones Exteriores. Posteriormente se agregaron los gobiernos locales como una pieza clave para fortalecer la acción en el territorio y fortalecer la descentralización.

Asimismo el Plan se concibió como un programa público de coordinación estatal y no estatal. Para tal efecto se incluyó a la sociedad civil organizada en la gestión de los diferentes Centros CAIF que se fueron abriendo por todo el país.

De esta manera, y desde su diseño original, el Plan CAIF se basó en la integralidad de las acciones que permiten captar la complejidad del fenómeno de la pobreza, la intersectorialidad de los actores involucrados, la descentralización en alguna de las principales decisiones y la participación comunitaria en la gestión.

Más allá de la intervención de diferentes actores públicos, estatales y no estatales, la responsabilidad de la gestión y coordinación intersectorial recayó en una Secretaría Ejecutiva que estuvo bajo la égida de diferentes entes (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Presidencia de la República) y desde el año 1996

está en la órbita del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), ejecutor del Plan.

Por su parte, desde 1997 funciona el Comité Nacional del Plan CAIF conformado por representantes de los Organismos Estatales que integran el Plan, y delegados elegidos por las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que gestionan los Centros. Este Comité Nacional es el encargado de trazar los principales lineamientos estratégicos – políticos que guiarán la acción del Plan.

Con el paso de los años el Plan CAIF ha ido centrando su atención en niños más pequeños. En coordinación con la política pública de universalizar la atención pre escolar de niños de 4 y 5 años a cargo de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el CAIF ha centrado su intervención en niños/as de 0 a 3 años inclusive y, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, en mujeres embarazadas. Procurando de esta forma que el Estado ofrezca servicios sociales a los hogares más pobres desde el momento de la gestación del niño/a y hasta cumplir 4 años, edad en la cual comienza el ciclo educativo obligatorio.

Esta política de atención a la primera infancia se integró al Plan de Equidad aprobado por el Gobierno Nacional en el año 2007, con el mandato explícito de mejorar la calidad de la atención y aumentar la cobertura, superando inequidades entre Departamentos y aumentando la incorporación de niños/as en la franja etárea de 0 a 24 meses. Asimismo, estos esfuerzos se inscriben en la política que viene desarrollando el Gobierno Nacional para mejorar la articulación y la calidad de las prestaciones públicas y privadas en esta área.

Objetivos explícitos de la política

Como fue dicho más arriba, el objetivo planteado para el Plan CAIF en su origen fue “mejorar la cobertura y la calidad de la atención de los programas sociales que atienden a la población en condiciones de pobreza crítica, mediante el desarrollo de estrategias y metodologías innovadoras de atención al niño, la mujer y la familia” (documento de proyecto UNICEF 27/07/1988).

Como forma de operativizar este objetivo se fijó la primera infancia perteneciente a hogares con carencias críticas y/o vulnerabilidad social como foco de atención. La atención directa se planteó desde el principio a partir de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), gestionados por asociaciones de la sociedad civil y financiados por fondos públicos provenientes del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Locales.

En la práctica el cumplimiento del objetivo se tradujo en brindar atención, oportunidades de aprendizaje, promover el bienestar y desarrollo de los niños y las niñas. Asimismo se procuró desde el inicio fortalecer los vínculos entre adultos referentes y niños/a, potenciar las capacidades en los adultos para la crianza y propiciar la plena participación de niños, niñas y sus familias y la comunidad en la vida del Programa.

Este objetivo se ha mantenido en todos estos años aunque han ido variando algunas estrategias de acción y formas de intervención como se verá más adelante.

Acciones realizadas

Las estrategias principales del Plan CAIF estuvieron apoyadas en la tríada coordinación intersectorial, participación y descentralización. Sobre estas ideas se plantearon las siguientes líneas de acción:

- Desarrollo infantil.
- Salud materno infantil.
- Nutrición alimentación.
- Orientación a la familia.
- Fortalecimiento comunitario.

El desarrollo infantil comprende la mayor parte del esfuerzo del Plan a través de los Centros CAIF. Se divide en dos programas:

- El Programa de Educación Inicial, para niños de 2 y 3 años que concurren diariamente a un Centro CAIF, la jornada para cada niño/a es entre 4 y 8 horas de acuerdo a las necesidades de la familia y las posibilidades locativas del Centro. En esa jornada el niño/a participa dentro de un grupo en el cual se garantiza la relación 1 adulto cada 12 niños de 2 años, y 1 adulto cada 15 niños de 3 años. El equipo técnico de cada Centro para la atención de los niños se compone de maestra, educadoras, psicomotricista, psicólogo, asistente social, cocinera y auxiliar de cocina. Los niños/as desarrollan un programa curricular de educación inicial adaptado a las edades correspondiente y una alimentación balanceada y nutritiva.
- El Programa “Un lugar para crecer y aprender jugando”, es un programa destinado a niños/as de 0 a 24 meses y sus familias. Funciona a partir de talleres semanales en los que participa una díada (adulto–niño/a) por familia beneficiaria, en este taller se transmiten conocimientos de estimulación oportuna y buenas prácticas de crianzas posibles de ser implementadas

fácilmente en el hogar. Asimismo se trasmite conocimientos de alimentación nutritiva y oportuna para las edades de los niños/as.

- Entre los años 1998 y 2005 funcionaron también el Programa “Padres y madres promotores de salud” y el programa destinado exclusivamente a adultos del Hogar llamado “Para amar y cuidar la vida” con el objetivo de mejorar la autoestima y autopercepción de los padres y madres de niños beneficiarios del Plan CAIF. Si bien estos programas ya no están activos, el Plan ha implementado desde 2005 diferentes proyectos de trabajos con adultos.
- También entre 1998 y 2005 la mayoría de los Centros CAIF implementaron un Servicio de Orientación y Consulta con la finalidad de aportar a la comunidad en la cual está inserto el Centro información oportuna sobre recursos y posibilidades que les ofrecen los diferentes programas públicos a las familias de barrios carenciados.
- El trabajo con mujeres embarazadas ha sido también una preocupación del Plan CAIF en el entendido de que la etapa de gestación del niño/a resulta vital para mitigar algunos déficits que son luego visibles a en los primeros años de vida. En un primer momento los Centros tenían una línea de trabajo específica para esta población, hoy se desarrolla a través de un convenio con el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Una acción permanente desde inicio del Plan ha sido el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que comparten junto al Estado la gestión del CAIF y de los equipos técnicos de cada Centro. Esta línea de acción se ha ido adaptando a las necesidades cambiantes de las familias beneficiarias, de las prioridades determinadas por los órganos de dirección del Plan y del desafío siempre creciente en la medida de que esta política pasa de ser una plan piloto para aspirar a la universalización de la atención a todos los niños y niñas menores de 4 años en situación de carencia crítica y vulnerabilidad social.

Resultados obtenidos

En el momento de su creación el Plan CAIF no se propuso metas ambiciosas en materia de cobertura. Puede pensarse que su nacimiento se vinculó más a un proyecto piloto con financiamiento de la cooperación internacional que a una política pública a partir de recursos estatales.

En efecto, la meta inicial para los primeros tres años fue la creación de 145 Centros CAIF, dos tercios de ellos en el Interior del País y el tercio restante en Montevideo, para la atención de 10.000 niños y niñas. El desarrollo posterior, sobre todo a partir del año 1996 en que por Ley del Parlamento Nacional se le asigna al Instituto Nacional del Menor (actual INAU) la coordinación general del Plan integrando en su estructura la Secretaría Ejecutiva y se le asignan fondos presupuestarios para su ejecución, es de crecimiento constante tanto en lo cuantitativo como en los resultados cualitativos.

Crecimiento del Plan CAIF. En número de Centros y niños/as atendidos/as. Años seleccionados

Año	Centros	Niños/as
1988	8	s/d
1989	28	1.368
1990	80	2.283
1997	120	7.452
1999	163	11.469
2002	190	11.469
2007	298	35.114
2008	313	41.216
2009	331	42.619

Fuente: Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF

Como puede verse el crecimiento ha sido importante en particular durante los últimos años en que la cobertura más que se triplica con respecto a los años anteriores. Cabe decir que de los 42.619 niños/as atendidos en el año 2009 17.414 son menores de dos años y participan en el Programa de Estimulación Oportuna, y 25.196 están en el tramo de edad 2-3 años y concurren diariamente a los Centros en el Programa de Educación Inicial.

Por lo tanto el resultado por demás auspicioso en cuanto al crecimiento en la cobertura adolece de un desbalance entre ambos tramos de edad. Los dispositivos existentes, las necesidades de las familias en cuanto a una atención diaria y falta de información de las ventajas de la estimulación oportuna para los niños/as pequeños estarían entre las causas de una mayor demanda por Educación Inicial en relación al otro programa.

Asimismo es importante aclarar que la población actualmente atendida es algo menos del 60% de la población objetivo del Plan (menores de tres años provenientes de hogares en situación de pobreza o vulnerabilidad social).

Atendiendo a este doble desafío, el Plan CAIF se ha planteado para el quinquenio 2011–2015 un plan de expansión importante que aumentará en 190 el número de Centros, privilegiando principalmente el Área Metropolitana (departamentos de Montevideo y Canelones) donde se concentran las mayores brechas entre niños/as atendidos y población objetivo, en los cuales se atenderán a 44.420 niños más.

De esta manera el Plan CAIF duplicará en los próximos cinco años la cobertura actual aproximándose al 100% de la población objetivo atendida para lo cual incrementará en dos tercios el número de Centros.

En relación a los resultados cualitativos, diferentes evaluaciones externas que siguieron la misma metodología de evaluación y que se realizaron a lo largo de los años de vida del Plan CAIF muestran los siguientes resultados:

- Un alto grado de focalización en la población objetivo: casi el 85% de las familias atendidas se encuentran en situación de pobreza.
- Una mejora sustancial en el nivel del desarrollo psicomotor de los niños/as atendidos.
- Un importante cambio en el papel de quienes gerencian el Plan a nivel local (las OSC), asumiendo un rol clave en las funciones que cumple el CAIF.
- Una mejora constante en la calificación de competencias del equipo docente a partir del esfuerzo realizado desde la gestión central del Plan.
- Un mayor vínculo con las familias y una mayor participación de estas en las instancias propuestas por el Centro.
- Disminución significativa de los factores de riesgo psico-sociales presentes en referentes adultos claves del hogar como las madres.

Contribución al logro del ODM correspondiente

Como queda explícito a partir de lo anterior, el Plan CAIF es una pieza fundamental en el objetivo de universalizar la educación preescolar, contribuyendo en el año 2009 con un 44% de la matrícula total en 3 años. A su vez también es clave el aporte indirecto pues, como fue dicho, la asunción de la meta de universalización en 4 y 5 años por parte de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) hizo que el Plan redefiniera su pobla-

ción objetivo concentrándose cada vez más en la atención de niños y niñas a edades más tempranas.

Matrícula de educación inicial: 3 años de edad. 2009

	Matrícula
PLAN CAIF	14.527
Centros Infantiles del INAU	609
Jardines del CEIP/ANEP	6.362
Centros del Programa "Nuestros Niños" - Intendencia Departamental de Montevideo	603
Subtotal público	22.101
Centros de Educación Infantil Privados (*)	6.395
Colegios Privados	4.350
Subtotal privado	10.745
TOTAL	32.846

Fuente: Elaborado a partir de información de los respectivos organismos.

(*): La matrícula de los centros de educación infantil privados corresponde a la relevada en el censo realizado por el MEC en el año 2007.

Es decir que además de la atención directa, la importancia del Plan en cuanto al ODM 2 y su meta nacional debe verse también en la posibilidad de captación de situaciones de alto riesgo psico-social para iniciar un primer trabajo de estimulación oportuna primero (entre los y 24 meses) y educación inicial después (entre los 2 y 3 años) para que niños y niñas superen el déficit que les impone su situación de carencia y vulnerabilidad social y puedan comenzar el ciclo educativo en iguales condiciones que aquellos provenientes de otros estratos de la sociedad.

El carácter intersectorial del Plan garantiza además el intercambio permanente entre los responsables directos de gestionar el CAIF y las autoridades de la Educación en relación a necesidades, potencialidades y recursos que tendrán los niños/as más carenciados a la edad de ingresar al proceso educativo. Asimismo la participación de otros actores estatales y no estatales posibilita una mayor riqueza en la toma de decisiones lo que redundará no sólo en la universalización de la educación preescolar en forma cuantitativa sino además en una alta calidad del servicio prestado a los beneficiarios.

Programa de Gestión de Calidad con Equidad

> Meta Mundial 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.

> Meta Nacional 4

Eliminar las desigualdades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados.

Antecedentes

El gobierno uruguayo asumió el compromiso en la Administración 2005, de impulsar desde el Estado el desarrollo de políticas tendientes a superar las desigualdades e inequidades, entre ellas, las de género, en el entendido de que la discriminación hacia las mujeres limita los derechos humanos de toda la población.

Este compromiso de gobierno se reafirmó mediante la iniciativa del Poder Ejecutivo de proyectar una Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres (Ley 18.104). La misma fue aprobada por el Parlamento Nacional el 6 de marzo de 2007 y de inmediato pasó a constituir el marco general mediante el cual el Estado pudo comprometerse a adoptar las medidas necesarias tendientes a la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, elaboración, ejecución y seguimiento de las políticas públicas. Asimismo, le confirió al Instituto Nacional de las Mujeres la función de promover la coordinación y articulación de las instituciones y de las políticas públicas para la aplicación de las políticas de igualdad de oportunidades y derechos.

La Ley también constituyó el sustento legal del Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA), para su elaboración tomó como referencia central la agenda política de las mujeres y fue el resultado de un proceso liderado por el Instituto Nacional de las Mujeres.

Dicho Plan abarca el período 2007-2011 y entre sus principios rectores se destacan:

- Garantizar el respeto y la vigilancia de los derechos humanos de las mujeres conceptualizados como derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, aplicando y desarrollando una legislación igualitaria,
- Promover una ciudadanía plena, garantizando la inclusión social, política, económica y cultural de las mujeres, así como su participación activa en el proceso de desarrollo nacional,
- Promover cambios culturales que permitan compartir en condiciones de igualdad el trabajo productivo y las relaciones familiares y aseguren el acceso equitativo de hombres y mujeres a los procesos de innovación, ciencia y tecnología en los planes de desarrollo.³

En este contexto comienza a protagonizarse en el período un fuerte proceso de institucionalización que consolida el avance en la transversalización de la perspectiva de género en las acciones del gobierno, tanto a nivel nacional como departamental.

En tal sentido, los Lineamientos Estratégicos de Igualdad del PIONA que sustentan el accionar del mismo, concebido tanto en la administración central, así como hacia las empresas privadas, son los que siguen:

- Desarrollo de capacidades para el logro de la igualdad y no discriminación de todo el funcionariado público.
- Desarrollo de medidas que integren la transversalidad de género en las actuaciones de la administración pública.
- Desarrollo de mecanismos institucionales para la igualdad y la no discriminación.
- Incorporación de la perspectiva de Género al Presupuesto Nacional
- Generación de estudios de impacto de género en las políticas de desarrollo urbano, rural y territorial
- Desarrollar medidas para que organizaciones públicas y privadas integren en su gestión organizacional la equidad de género asociado a las competencias del personal.⁴

En este marco surge el “Programa de Gestión de Calidad con Equidad” (PGCE) que cuenta con el apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Fondo de Naciones Unidas para las Mujeres (UNIFEM).

3. Artículo 4º de la ley 18104 Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres en la República Oriental del Uruguay.

4. Lineamientos Estratégicos de Igualdad (Lei) 3, 4, 6, 24,33 Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos 2007-2011

Objetivos explícitos del Programa

Teniendo en cuenta la existencia de barreras y brechas de género existentes a la interna de las organizaciones de diversa índole que afectan el ingreso, el acceso a cargos de decisión, las remuneraciones de las mujeres y considerando la necesidad de que las mismas sean superadas, el programa se propone realizar acciones tendientes a revertir estos procesos.

Aún cuando las mujeres alcanzan mayores niveles educativos que los hombres, los mismos no se ven reflejados en los espacios de decisión. Las acciones dirigidas a eliminar dichas barreras de género deben estar orientadas a la promoción de una cultura organizacional que incorpore el valor de la equidad en sus prácticas cotidianas y en sus normativas, visualizando el aporte de las mujeres en sus desempeños sociales y personales, reconociendo las condicionantes culturales para poder eliminarlas, brindando apoyo y capacitación para el desarrollo de habilidades y competencias en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.

En este marco el programa de Gestión de Calidad con Equidad de Género (PGCE), en procura del avance hacia la equidad de género, forma parte del proceso de “Transformación Democrática del Estado”.

Su propósito es promover organizaciones públicas y privadas que integren en su gestión organizacional la equidad de género asociada a las competencias del personal. Articula calidad con equidad de género, en el entendido que la relación entre ambas supone tanto un imperativo ético, como un pre-requisito para el logro de la eficiencia. También constituye una externalidad positiva, por su repercusión en la imagen de la organización en el mercado.

Específicamente el PGCE busca alcanzar una meta de competitividad genuina en un marco de equidad de género en la gestión, para lo cual se plantea:

- Identificar las brechas de género existentes en las organizaciones y establecer planes operativos de levantamiento de las mismas a corto, mediana y largo plazo, tanto en el acceso, planes de carrera, retribuciones.
- Universalizar las buenas prácticas organizacionales orientadas a la gestión del personal (aprendizaje, evaluación, acceso a nuevas tecnologías, entre otras), de modo de optimizar el uso de los recursos humanos con miras a una mayor productividad,
- Eliminar las barreras culturales y organizativas que puedan estar interfiriendo en el uso de las competencias disponibles

en la organización y, por ende, en la eficiencia en el uso de los recursos humanos existentes, posibilitando el acceso de mujeres puestos de decisión, a espacios altamente masculinizados, etc.

- Promover una cultura organizacional que integre el valor de la equidad con el de la calidad en sus prácticas cotidianas dando identidad a la organización tanto en su modalidad de gestión como en sus metas,
- Desarrollar las capacidades de aprendizaje de las organizaciones,
- Mejorar la imagen de la empresa u organización mediante el reconocimiento de un Sello de Calidad con Equidad de Género como resultado de un proceso auditado y certificado por organismos de calidad de acuerdo a estándares establecidos,

Para el logro de estos objetivos se establecen una serie de requisitos que deberán cumplir las organizaciones que participen del Proyecto Piloto de implementación del Sello de Calidad con Equidad de Género, iniciado el año 2008. Los mismos refieren, en primer lugar, a asumir el compromiso de liderar el proceso; en segundo lugar, conformar un Comité de Calidad con Equidad de Género a la interna de la empresa, la realización de un diagnóstico organizacional que permita definir la línea de base respecto a las inequidades existentes entre varones y mujeres en la organización, en función del cual se elabore un plan de trabajo. Por último, se señala la condición de incorporar estrategias o acciones afirmativas que disminuyan inequidades disponiendo de los recursos necesarios para cumplir con ese objetivo.

Sello de Calidad con Equidad. Definición

Es el resultado de un proceso auditado externamente de acuerdo a los niveles de certificación y estándares definidos en el Modelo de Calidad con Equidad de Género, que permite dar cuenta de los avances organizacionales en relación a la equidad de género.

Programa de Gestión de Calidad con Equidad. INMUJERES

Acciones realizadas

El primer paso fue la creación de un Modelo de Calidad con Equidad de Género que es, en sí mismo, una herramienta que permite establecer estándares que sirven de guía al proceso de incor-

poración de la equidad de género a la interna de las organizaciones. En su elaboración participaron numerosos actores, tanto de la sociedad civil como del estado y de la academia (CNS Mujeres, PIT-CNT, OIT/Cinterfor, UDELAR, PNUD, UNIFEM, entre otros), el equipo contó además con el asesoramiento del LATU.

Para la implementación del Programa en su etapa piloto el proceso consta de tres niveles de Certificación⁴:

- **Nivel 1. Compromiso:** consiste en la identificación de la problemática de la organización o del área de gestión seleccionada a través de la definición de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas a la Calidad con Equidad de Género. En el mismo, la Alta Dirección consolida su Compromiso de asumir la Calidad con Equidad de Género como parte de su visión y como un valor reconocido y compartido por toda la organización. El mismo contempla la conformación de un Comité de Calidad con Equidad de Género, la realización de un Diagnóstico Organizacional, la elaboración de un plan operativo de levantamiento de brechas encontradas.
- **Nivel 2. Implementación:** consiste en la implementación del Plan de Calidad con Equidad de Género a partir de la revisión y ajuste del diagnóstico y la planificación de la etapa anterior. Comprende acciones correctivas dirigidas en los 8 niveles establecidos en los diagnósticos:
 - Distribución sociodemográfica
 - Nivel de entrada a la organización
 - Cargos, funciones y competencias
 - Sistema de remuneraciones
 - Uso del tiempo, jornada de trabajo y estrategias de conciliación y corresponsabilidad
 - Oportunidades de capacitación y desarrollo
 - Prevención y tratamiento de las inequidades de género, acoso sexual, laboral y violencia de género
 - Incorporación de la perspectiva de género en cultura organizacional
- **Nivel 3. Mejora:** se busca poner en práctica un sistema de control del proceso, cerrando el ciclo y abriendo el camino a la excelencia organizacional. El objetivo es asegurar la sostenibilidad del proceso mediante un esfuerzo crítico. Se trata, por tanto, de una etapa de validación del proceso iniciado. En esta etapa, la organización asumió como un valor la Calidad

4. Programa de Gestión de Calidad con Equidad, INMUJERES

con Equidad de Género y ésta forma parte integral de su quehacer, propendiendo a que se vea reflejado en su Visión.

Estos componentes son certificables de acuerdo a los modelos de auditorías de calidad.

Una vez diseñado el Modelo se procedió a consolidar el compromiso con las entidades participantes por medio de la firma de un convenio marco entre la alta dirección de las mismas y el Mides a través de INMUJERES. Las empresas públicas que incorporaron el Modelo propuesto son la Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland (ANCAP), Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), la Administración Nacional de Puertos (ANP), Obras Sanitarias del Estado (OSE) y la Administración Nacional de Usinas y Transmisiones Eléctricas del Estado (UTE).

En una segunda etapa se conformaron los Comités de Calidad con Equidad de Género, integrados por las áreas de Recursos Humanos, Calidad, Responsabilidad Social, Alta Gerencia y sindicatos. Dichos grupos de trabajo tienen a su cargo el liderazgo de los procesos en cada una de las empresas.

En tercer lugar se realizaron diagnósticos, a partir de las brechas de género encontradas, que permitieron diseñar planes de intervención orientados a trabajar sobre esas disparidades durante el período 2009/2010.

Entre las acciones realizadas en la implementación del Proyecto fueron las capacitaciones en “Género y RRHH” e “Introducción de la Perspectiva Étnico-racial” brindadas a los niveles gerenciales, RRHH, Comités de Calidad con Equidad de Género y funcionarios pertenecientes a áreas a certificar; ambas relativas al trabajo en manejo de recursos humanos en el marco de calidad con equidad.

Se destaca especialmente, la formación de Auditores/ras en Calidad con Equidad de Género realizado conjuntamente con OIT/Cinterfor y el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), de forma de integrar conceptualmente equidad de género y calidad en los procesos de auditoría del Modelo.

Resultados obtenidos

El proceso de certificación en Calidad con Equidad se realiza una vez al año, en base a los tres niveles analizados anteriormente y cuenta con un único período superpuesto para todas las empre-

sas en el que se procede a la realización de las auditorías externas.

En este sentido se destacan los logros obtenidos en esta materia por las empresas que en el año 2009 y mediante auditoría externa a cargo de LSQA y UNIT se les ha otorgado el Sello de Calidad con Equidad de Género en el Nivel 1 (Compromiso), a las áreas definidas para su certificación de las siguientes empresas: ANP, ANTEL, OSE y UTE.

Esta primera certificación permite dar paso a la segunda etapa o Nivel 2, de implementación de los planes de trabajo elaborados por los respectivos Comités de Calidad. Proceso previsto para noviembre 2010.

Durante la implementación del Programa Piloto se incorporan al trabajo empresas privadas que estarán participando en la auditoría del año en curso.

Asimismo resulta de fundamental importancia el intercambio realizado con otros sellos de la región que también están implementando modelos de equidad de género, para lo cual se conformo una comunidad de aprendizaje en el marco del Centro Regional PNUD Panamá a partir de dos encuentros realizados en 2009 con Argentina, Chile, Costa Rica, México y Brasil. Al que recientemente se integraron nuevos países de la región centroamericana y el Caribe.

Otro de los avances sustanciales en el marco del plan piloto es la formación recibida por los departamentos médicos y unidades especializadas de las empresas públicas en el uso de la “Caja de Herramientas” para el abordaje y tratamiento de la violencia doméstica, realizada en conjunto con el Departamento de Violencia de INMUJERES.

Se realizaron acciones para la conformación de Unidades de tratamiento de Inequidades de Género además de capacitaciones sobre la Ley 18561 sobre prevención y sanción del acoso sexual en el ámbito laboral, aprobada en agosto de 2009. Estas acciones se enmarcan en la necesidad de desarrollar medidas y herramientas legales para erradicar el acoso sexual y otras formas graves de discriminación que atentan contra la dignidad de las personas y además, en los espacios laborales, pueden ser factibles de generar represalias contra los trabajadores/as denunciantes.

Sobre este último punto se destaca la conformación de un grupo de trabajo para la generación de una guía o procedimiento de actuación de próxima publicación.

A su vez, conjuntamente con el Programa Desarrolla de PNUD se vienen realizando acciones tendientes a generar polí-

ticas de corresponsabilidad a la interna de las empresas que contengan una serie de acciones y medidas en este sentido.

Por otra parte el Programa promueve fuertemente la incorporación y el fortalecimiento del trabajo a la interna de los sindicatos de las empresas así como su activa presencia en los Comités de Calidad con Equidad de Género.

Contribución al logro del ODM

La disminución de las disparidades relativas a oportunidades y condiciones de trabajo es uno de los puntos centrales señalados en la Meta Nacional N°4 definida para Uruguay en el capítulo que refiere a superar las desigualdades de género (ODM 3).

En relación a ello el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos propone, como acciones específicas para eliminar dichas barreras, la incorporación de la equidad de género en la gestión organizacional asociada a las competencias de personal y el aumento de la participación y el reconocimiento de las mujeres en los ámbitos de producción intelectual, producción cultural e innovación.

En este marco, el Modelo de Calidad con Equidad promueve un cambio en la gestión de las organizaciones que genere una nueva forma de pensar y construir las relaciones laborales, a partir del ejercicio equitativo de los derechos ciudadanos de varones y mujeres. Se trata principalmente de un cambio cultural a partir del cual se materialice la igualdad de oportunidades en relación al acceso, control y uso de los recursos que permiten garantizar el bienestar y el desarrollo humano.

Si bien se presenta como un proceso cuyos resultados podrán visualizarse en el mediano y largo plazo, el hecho de haberse implementado en las principales empresas del estado es por sí mismo significativo dada la magnitud de las mismas tanto en términos de manejo de recursos humanos, como en lo relativo a su participación en el desarrollo y producción nacional.

La contribución de este Proyecto al logro de la meta se enmarca en un proceso cuyas etapas requieren de una implementación gradual, donde la capacitación y formación en temas relativos a la equidad de género son estratégicos para el involucramiento de los trabajadores en las transformaciones propuestas que permitan operar cambios organizaciones en patrones establecidos.

Se destaca a su vez, el diseño de una metodología de trabajo que integra buenas prácticas de los sistemas de gestión de calidad

y permite establecer indicadores de logro claros en el avance hacia la equidad de género. La existencia de herramientas claras de medición de gestión y de procesos de levantamiento de brechas se visualiza como un aporte sustantivo de este programa hacia la gestión de Estado.

El Sistema Nacional Integrado de Salud

ODM 4

> Meta Mundial 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

> Meta Nacional 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

ODM 5

> Meta Mundial 6A

Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

> Meta Nacional 6A

Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

> Meta Mundial 6B

Alcanzar para 2015 acceso universal a la salud reproductiva.

> Meta Nacional 6B

Cobertura y acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de equidad para hombres y mujeres.

ODM 6

> Meta Mundial 7A

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

> Meta Nacional 7A

Detener y comenzar revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA.

> Meta Mundial 7B

Alcanzar al 2010, acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.

> Meta Nacional 7B

Alcanzar al 2010, acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.

> Meta Mundial 8

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

> Meta Nacional 8

Detener y comenzar a revertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.

Antecedentes

El Sistema de Salud en Uruguay tuvo un importante desarrollo desde las primeras décadas del Siglo XX y fue una pieza clave en la matriz de protección social del Uruguay. A un subsector público focalizado en la población de menores ingresos cuyo prestador era la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y un subsector privado que atendía a particulares y a los trabajadores formales del sector privado de la economía a través del seguro de salud financiado en forma conjunta entre empleados y empleadores. Éste último se componía principalmente por las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC).

Esta forma de organización evidenció serios problemas por la fragmentación y sobreprestación entre efectores pertenecientes a un subsector y al otro. El presupuesto asignado a ASSE no evolucionó al mismo ritmo que los costos de la ciencia y la tecnología médica, lo que implicó un importante deterioro de la infraestructura pública y pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores de la salud del sector público. De esta manera las diferencias en cuanto a calidad en la atención y tiempo de espera en ambos subsectores se fueron haciendo cada vez más agudas.

Adicionalmente las características demográficas, en particular el aumento en la expectativa de vida y la baja natalidad, conjuntamente con una matriz de morbi-mortalidad asociada a países de ingresos medios y altos, fueron generando una nueva estructura de necesidades y demandas no siempre satisfechas de forma eficiente por un modelo de atención concentrado en el segundo y tercer nivel de complejidad.

Los resultados fueron un incremento sostenido en los costos de atención con la consiguiente desfinanciación del subsector privado que percibía una cápita única del seguro de salud de los trabajadores privados y no podían diferenciar por riesgo en las cuotas cobradas al resto de la población. Una de las soluciones implementadas fue el incremento de algunos copagos como los tickets moderadores que perdieron su característica de reguladores de consumo para convertirse en una fuente de financiamiento.

El resultado global fue un sistema con un desfinanciamiento creciente y generador de una suma de inequidades tanto entre el subsector público y el privado como al interior del subsector privado y problemas de cobertura real ya sea por los tiempos de espera en el subsector público o por los altos costos de las tasas moderadoras en las IAMCs.

Ante este panorama, el Sistema Nacional Integrado de Salud

(SNIS) se propuso garantizar el acceso universal a la atención integral en salud a toda la población, con niveles de accesibilidad y calidad homogéneas, independientemente del subsector en el cual se preste el servicio, repartiendo la carga económica del gasto en salud de forma equitativa y facilitando una forma de financiamiento genuino a los prestadores.

Objetivos explícitos de la política

El SNIS se propuso los siguientes objetivos¹:

- Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población;
- Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos;
- Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales;
- Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales;
- Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacitación sanitaria instalada y a instalarse;
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica;
- Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios;
- Establecer un financiamiento equitativo para atención integral a la salud.

Acciones realizadas

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados la Ley 18211 que crea el SNIS que otorga al Ministerio de Salud Pública (MSP) el rol rector en materia de políticas sanitarias y normativas. Crea además, en el ámbito del MSP, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con la responsabilidad de administrar el Seguro Nacio-

nal de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se sustenta con aporte de los trabajadores, a partir de tasas progresivas según nivel de ingreso y composición del núcleo familiar, y los empleadores.

Las principales herramientas del SNIS son las siguientes:

- *Programa integral de prestaciones por parte de prestadores privados y públicos y ampliación de cobertura*

Una primera innovación introducida por el SNIS es la de integrar en un mismo sistema a prestadores privados y públicos para superar de esa manera la fragmentación y superposición de prestaciones características del sistema anterior. Todos los prestadores deben brindar un programa integral de prestaciones que determine el MSP, prestaciones que serán monitoreadas a partir de indicadores de calidad de proceso y de resultados.

El cumplimiento del plan integral por parte de los prestadores es considerado un derecho de acceso universal para toda la población del país, por lo que el MSP deberá actuar inmediatamente estableciendo las sanciones correspondientes cada vez que dicho derecho sea vulnerado.

Se establecen además once programas prioritarios a ser atendidos por todos los prestadores, ellos son: niñez; mujer y género; adolescente; adulto mayor; salud bucal; salud mental; discapacidad; ITS-Sida; nutrición; usuarios con problemas de drogas; control de tabaco.

Como puede verse, el Programa Integral de Salud establecido en el SNIS procura a través de estos once programas revertir la excesiva atención en el segundo y tercer nivel de complejidad, procurando un trabajo centrado en la prevención y la atención primaria. También puede anotarse que los once programas prioritarios ponen su foco en los Objetivos de Desarrollo del Milenio al plantear acciones explícitas en materia de nutrición (ODM 1), infancia (ODM 4), mujer y género (ODM 3 y 5) y SIDA (ODM 6).

Por su parte el FONASA amplió la cobertura al incorporar a los hijos de los trabajadores, menores de 18 años, y a los trabajadores del Sector Público Central cubriendo de esta manera a todos los empleados formales. En una etapa posterior se programa incorporar a los cónyuges de los trabajadores formales, a los profesionales universitarios y a los funcionarios de los gobiernos departamentales, incorporando de esta manera a toda la población trabajadora y sus familias.

- *Cápitales diferenciadas, libertad de elección y metas asistenciales*
El problema del desfinanciamiento del sistema de salud era producto principalmente, en el caso del subsector privado, de una cápita uniforme transferida por el seguro de salud administrado por la Seguridad Social. De esta manera se desconocían las diferencias en materia de necesidades y demandas de los usuarios según edad. Ante esto el SNIS estableció una transferencia a partir de cápitales ajustadas por riesgo, diferenciando el pago por edad y sexo.

Por su parte los usuarios en general, y en particular los beneficiarios del FONASA, disponen de total libertad de elección a la hora de seleccionar el prestador al que se afiliarán. En estas condiciones, prestadores públicos y privados están en igualdad de condiciones de captar afiliados y los usuarios pueden decidir a partir de criterios de calidad, cercanía, profesionales e infraestructura disponible entre otros criterios sin estar condicionados por nivel de ingreso o pertenencia a determinado colectivo laboral.

El establecimiento de metas asistenciales que deben cumplir los prestadores constituye otro de las novedades del SNIS y un incentivo para el desempeño asistencial en áreas programática concretas definidas por el MSP. El logro de estas metas asistenciales supone un pago por desempeño y por lo tanto una mejora en el financiamiento del prestador, así como el incumplimiento en la meta es castigado con la retención del pago asociado. La primera generación de metas hacen referencia a la salud materno – infantil (se explicita más en la sección 5) y ya se anuncia una segunda generación de metas referidas a la capacitación del personal y a la asignación de médicos de referencia para la población beneficiaria.

- *Contratos de gestión*
Los Programas Integrales, que constituyen derechos para la población, los pagos por cápitales diferenciadas y el establecimiento de metas asistenciales se formaliza en los contratos de gestión que todo prestador, público o privado, debe suscribir con la JUNASA, Ente de control dentro de la órbita del MSP. De esta manera se establece una herramienta fundamental para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas por ley, además de las acordadas con los prestadores, para el control de la calidad de las prestaciones. Vale decir que la JUNASA está integrada por representantes de los prestadores y de los usuarios, además de los representantes públicos, brindando a este forma las garantías necesarias a todos los actores en

un proceso participativo y transparente en la toma de decisiones.

Resultados obtenidos⁵

A pesar de que el SNIS se comenzó a implementar en el año 2007 (2008) ya se pueden percibir algunos resultados de su aplicación. En primer lugar el incremento de cobertura integral: en un solo año, entre diciembre de 2007 y diciembre de 2008, los usuarios del SNIS pasaron de 3.119.634 a 3.324.119, es decir que 204.485 uruguayos y uruguayas están hoy cubiertos con un sistema integral y no lo estaban previamente a la creación del nuevo Sistema.

Este importante incremento es mayor si se pone el foco en la población menor de 18 años. En efecto, la inclusión de los hijos menores de los trabajadores formales en el FONASA produjo la incorporación a dicho seguro de unos 450 mil usuarios menores de 18 años. Muchos de estos no tenían una cobertura integral (unos 130 mil), otros recibían asistencia el subsector privado a cargo de cuotas que pagaban sus familias (unos 170 mil), el resto tenía algún tipo de cobertura parcial.

En cuanto a los jubilados de menores ingresos el derecho ya existía pero no era utilizado por la mayoría de ellos, sólo habían optado por afiliarse al seguro de salud anterior 50.000 de los 135.000 usuarios potenciales antes de la creación del SNIS debido al costo de los copagos. En este grupo poblacional la incorporación de usuarios creció en 20.000 en sólo un año de aplicación del nuevo sistema gracias la determinación de un número de copagos gratuitos que convirtió el seguro de salud para los adultos mayores en un sistema de acceso real.

En efecto, la regulación de los precios del sector salud como forma de facilitar el acceso de los usuarios a hacer un efectivo uso de sus derechos es otro logro del SNIS y sus resultados ya son visibles. Se produjo una rebaja del 40% en el valor de los tickets de medicamentos, se frenó el crecimiento del valor de las órdenes a consultorio y exámenes clínicos, se establecieron un número de actos médicos gratuitos para determinados grupos poblacionales (diabéticos, embarazadas, jubilados e hipertensos) y gratuidad en los exámenes preventivos para mujeres (mamografía y papanicolau) y en los controles de los menores de 14 meses.

5. Esta sección se basa en "La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005 - 2009" elaborado por el MSP

Finalmente los contratos de gestión ya comienzan a mostrar resultados en tiempos de espera, en el fortalecimiento del primer nivel de especialización y en la complementación entre prestadores públicos y privados.

Contribución al logro del ODM correspondiente

El SNIS generó las condiciones para incluir gradualmente a toda la población en un sistema de protección integral de la salud sobre bases de acceso universal, equidad y eficiencia. El impacto en los ODM vendrá dado por un mayor y mejor acceso a servicios de salud, particular los preventivos, que contribuyan a la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años, de las muertes maternas, y el combate al HIV/SIDA y otras enfermedades.

En este sentido, el mayor impacto vendrá por poner el foco en el aspecto preventivo de los Programas Integrales de Salud (ver más arriba) y, sobretudo, en la primera generación de Metas Asistenciales que se concentra en el programa de salud materno-infantil.

En materia de salud infantil, las Metas incluyen:

- Controles obligatorios en el primer año de vida del niño (once controles)
- Certificado de vacunas vigente
- Promoción de la lactancia materna
- Ecografía de cadera del lactante

A su vez en materia de salud materna las Metas se proponen:

- Captación de la embarazada en el primer trimestre
- Al menos seis controles de salud previo al parto
- Derivación de la embarazada al odontólogo
- Control odontológico de la puérpera
- Historias completas en el Sistema Informático Perinatal
- Controles de HIV y VDRL de la embarazada

Como fue dicho, las Metas Asistenciales constituyen un incentivo a los prestadores para mejorar el financiamiento proveniente del FONASA y se priorizó la salud infantil y materna en este instrumento. Los resultados en disminución de mortalidad infantil y muerte materna a partir de un trabajo integral y sistemático con foco en esta problemática no es posible evaluar aun pero el SNIS ha generado las bases para superarla.

En materia de HIV/SIDA, el SNIS retoma la garantía del acceso a los retrovirales a todas las personas que lo necesiten existente previamente al la instauración del sistema.

La política de saneamiento del Gobierno Departamental de Montevideo⁶

> Meta Mundial 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.

> Meta Nacional 10

Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable, y reducir a la mitad aquella sin acceso al saneamiento.

Antecedentes

Acumulación institucional paulatina hacia una política de estado

El factor clave para el actual desempeño en la gestión del saneamiento en Montevideo ha sido la transformación de ésta en una política de estado, sostenida a largo plazo, con la consiguiente acumulación de experiencia institucional en la materia.

Los primeras propuestas para una planificación a largo plazo de las obras de saneamiento datan de 1945, cuando comenzó a discutirse lo que habría de ser el Plan de Saneamiento I. Dicho plan fue finalmente diseñado en los años '70, y sus primeras obras se iniciaron en 1985. El comienzo de estas obras significó además romper un largo período de muy escasas acciones en materia de saneamiento, que se había extendido desde los años '60 hasta la primera mitad de los '80 inclusive.

Tanto el Plan de Saneamiento I como el II, desarrollados a partir de la restauración democrática, entre 1985 y 1995, tuvie-

6. Donde vive el 40 por ciento de la población del país

ron un cometido específico: evitar la contaminación de las playas del departamento por la descarga del saneamiento cerca de ellas. Se adoptó como prioridad ese campo de tareas debido a que las playas de Montevideo son el espacio público recreativo por excelencia para la población de la ciudad. Por otra parte, lo son especialmente para la población de menos recursos, que es la que no puede alejarse de la ciudad con frecuencia para acceder a la franja balnearia que se extiende hacia el este.

Durante el primer gobierno de la restauración democrática, al tiempo que se ponía en marcha el Plan de Saneamiento I, la Intendencia de Montevideo se dispuso a abordar una planificación general de toda la estructura de saneamiento de la ciudad, que comportaba a su vez una previsión sistemática de la formación que debía darse a su personal y de los recursos a utilizar. De ese impulso surgió el **Plan Director de Saneamiento**, aprobado por unanimidad en la Junta Departamental en 1988.

Ese hecho marca el respaldo multipartidario que el proceso de planificación del saneamiento tuvo desde su origen; carácter que volvería a quedar de manifiesto cuando en los años '90, y ya bajo un gobierno departamental de otro signo partidario, comenzara la implementación del Plan Director en base al diagnóstico formulado en la década previa.

En este recorrido histórico quedan entonces de manifiesto dos rasgos básicos: la adopción de estrategias planificadas a largo plazo en saneamiento ha sido fruto de una acumulación técnico-institucional también de muy largo aliento, cuyo accionar estuvo ambientado por la continuidad de la línea de acción estatal, respaldada por el conjunto del espectro de partidos.

Objetivos explícitos de la política

Habiendo culminado la aplicación de los dos primeros planes de saneamiento -incluyendo la construcción del emisor subacuático, que capta el saneamiento de la mitad este de la ciudad y lo vierte al Río de la Plata lejos de la ribera- se abatió sustancialmente la contaminación de las playas, recuperando éstas para un uso público seguro.

Pero aún había en la ciudad extensas zonas sin conexión a la red de saneamiento y el propio saneamiento, exceptuando la zona este, era vertido directamente a la bahía de Montevideo, manteniendo en ella niveles de contaminación muy importantes.

Para encarar de modo general el avance a largo plazo del sa-

neamiento en Montevideo y cubrir las áreas no comprendidas en la red se emprendió la elaboración del Plan de Saneamiento III. Al mismo tiempo se definían los contenidos del Plan de Saneamiento IV, cuya ejecución está siendo finalizada en estos momentos. Estas tareas implicaban realizar un diagnóstico actualizado de la situación en toda la ciudad, marcar asuntos prioritarios y prever acciones a futuro.

Acciones realizadas

El Plan Director de Saneamiento de Montevideo

Planificar de modo global las acciones ligadas al saneamiento en la ciudad implicaba prever tanto la expansión del sistema como las mejoras de gestión en la red ya instalada.

- **Planificación del mantenimiento y sistema de respuesta al usuario:** Un primer elemento clave era organizar el mantenimiento de la red existente. Las roturas habituales en la red insumen una importante porción del presupuesto, por lo que debía manejarse de forma más eficaz la respuesta a esas situaciones. Se estableció un centro telefónico de atención a usuarios específicamente dedicado a atender los reclamos por roturas u obstrucciones en el sistema, junto a un sistema de seguimiento del reclamo que permite en todo momento saber a la intendencia y al usuario cuándo y cómo se dio respuesta al planteo.
- **Expansión de la red de saneamiento:** Por otra parte el punto neurálgico de la política de saneamiento estaba en la expansión de la red hacia zonas de la ciudad que aún no estaban cubiertas, y que por lo mismo registraban una tasa alta de presencia de enfermedades infecto - contagiosas y eran potenciales focos epidémicos para el conjunto de la ciudad.

Como parte del proceso de planificación el Gobierno Departamental de Montevideo realizó consultas vecinales para sondear la disposición a pagar por las obras necesarias. En este aspecto, era fundamental saber si en zonas sin saneamiento correspondientes a la trama urbana formal, y con capacidad de pago, los vecinos tenían disposición a pagar por el conjunto de las obras, tanto en su propio entorno inmediato como en áreas adyacentes, a menudo informales y sin capacidad de pago.

Era necesario que en cada zona las obras de saneamiento que se emprendieran abarcaran tanto lugares con capacidad de

contribuir a su financiamiento como otros sin capacidad para ello. Esto era importante no solo en términos de mitigación de desigualdades, sino también porque mantener núcleos urbanos sin saneamiento implica una potencial amenaza a la salud en todo el conjunto urbano, y por tanto el tema debe abordarse como un asunto que afecta al conjunto del colectivo social.

Los grupos focales convocados en los barrios involucrados para nuclear a los vecinos y discutir el problema mostraron en todos los casos una fuerte conciencia colectiva sobre la necesidad de apoyar su solución, y organizar el pago de las contribuciones correspondientes de modo que los vecindarios con capacidad de pago respaldaran no sólo sus propias obras sino también las de zonas adyacentes.

- **Expansión de la cobertura como parte de la regularización y realojo de asentamientos:** Parte esencial de la expansión de la red hacia áreas sin saneamiento era resolver la situación de los asentamientos irregulares, que constituyen los casos más agudos de carencias básicas, también en el plano de las necesidades de higiene y de salud. De ahí que parte de las tareas de saneamiento hayan sido emprendidas en coordinación con el Programa de Integración de Asentamientos Irregulares (PIAI).

Atender con prioridad las situaciones más críticas en materia social ha sido también uno de los aspectos que el Gobierno Municipal de Montevideo consolidó como política de estado. Identificar qué casos exigen actuar con mayor apremio y cómo responder a ellos es otro de los aspectos en que el desempeño globalmente planificado ha permitido establecer criterios estables, que cada gobierno departamental continúa.

- **Disminución de los impactos ambientales sobre la bahía de Montevideo y sus afluentes:** Finalmente, un eje estructurante de toda la acción en materia de saneamiento en la ciudad ha sido la atención a la situación ambiental de los arroyos de la ciudad. Este problema combina y conecta el resto de los asuntos clave en la gestión. Esto está estrechamente relacionado a los asentamientos irregulares, que suelen ocupar sus márgenes y tener un fuerte impacto en la cantidad de residuos sólidos vertidos al cauce y las dificultades y limitaciones para acceder a los cursos de agua y efectuar la limpieza necesaria (en tanto la maquinaria no puede utilizar la ribera, ocupada por viviendas, y debe acceder y operar desde el propio cauce). Por otra parte, la situación de los arroyos repercute directa-

mente en la bahía de Montevideo, tanto en relación a los residuos sólidos como en las sustancias contaminantes vertidas a los arroyos, con origen doméstico o industrial. Por ello uno de los ejes fundamentales de acción ha sido disminuir la presión de contaminantes, mejorando la calidad ambiental de la bahía.

Esto incluyó un programa de disminución de los vertidos de metales pesados de origen industrial sobre los arroyos, la conexión de parte del sistema de saneamiento de la región central de la ciudad al sistema de la región este (para redirigir a aguas profundas del Río de la Plata un volumen importante del vertido que recibía la bahía), y terminará con la puesta en funciones del emisor de Punta Yeguas (que completará la sustitución de emisiones a la bahía por emisiones al Río de la Plata, abarcando la región oeste de la ciudad).

- **Financiamiento:** otra de las dimensiones fundamentales de la planificación fue el financiamiento de las obras. La necesidad de financiamiento, en principio un problema a resolver, ha terminado por constituir un círculo virtuoso de nexos a pautas internacionales de gestión ambiental y acicate al logro de mejores resultados de gestión. Ante todo, la planificación global de la gestión de la red de saneamiento y sus avances era una condición necesaria para acceder al financiamiento (que se obtuvo mediante préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo). Posteriormente, estuvieron ligadas también a metas acordadas en planes de financiamiento algunos componentes específicos del sistema, como las medidas de disminución del vertido de metales pesados sobre los arroyos montevideanos y su monitoreo.

Resultados obtenidos

Cada uno de los ejes de acción presentados en la sección anterior, tuvo impactos transformadores, tanto de la ciudad como del propio Gobierno Municipal como protagonista de la gestión.

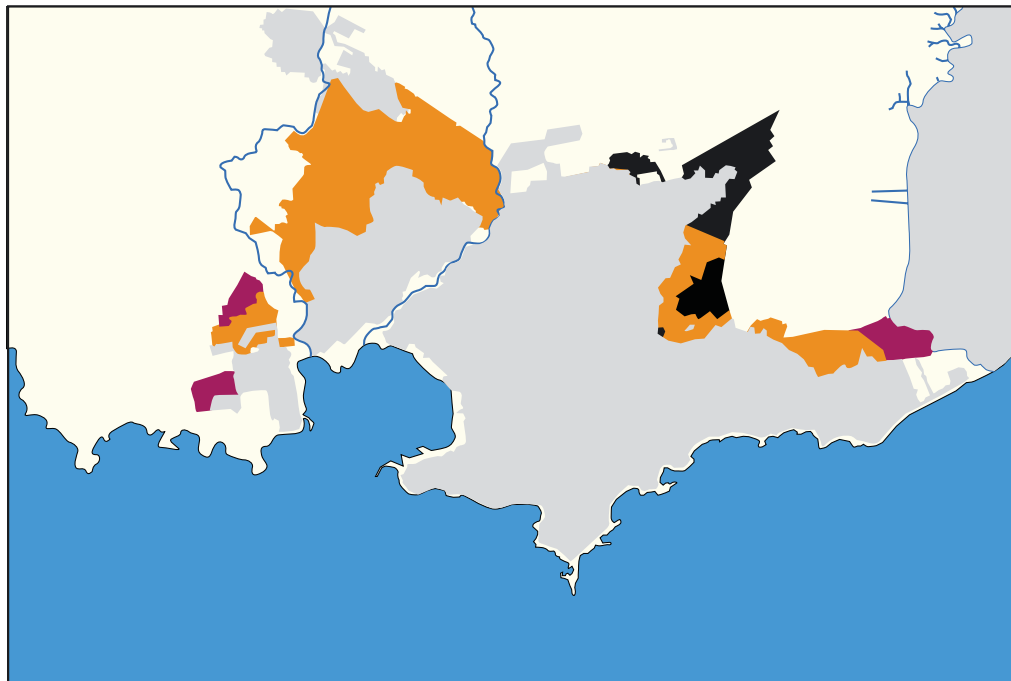
En cuanto a la expansión de la red, la cobertura era del 70% de las viviendas en 1995 (al finalizarse el Plan de Saneamiento II), 85% en 2004 y 87% en 2006 (fin de la ejecución del Plan de Saneamiento III). Si se considera la zona urbana del departamento esta última cifra supone cubrir al 91% de las viviendas, y al 89% de su población.

Porcentaje de cobertura de la red de saneamiento

	Viviendas	Población
1995 (PSU II)	70	73
2004 (PSU III)	85	82
2006 (PSU III)	87	84
2006 (PSU III) area urbana	91	89

Fuente: IMM, División Saneamiento.

Cobertura del sistema de saneamiento



- Área con conexión a la red de saneamiento al completarse el PSU I (1991)
- Al completarse el PSU II (1995)
- Al completarse el PSU III (actual)
- Al completarse el PSU IV (proyectado)

Fuente: IMM, División Saneamiento.

El proceso de disminución de los vertidos industriales de sustancias contaminantes sobre los arroyos de Montevideo, fue tratado en detalle en el Informe País ODM 2009. El monitoreo sostenido de estos indicadores ha constatado, con referencia a sus valores a fines de los '90, una reducción a un tercio del vertido industrial de materia orgánica, a un nivel nueve veces menor al original en el vertido industrial de grasas, y cuarenta y cinco veces menor en el vertido industrial de metales pesados.⁷

7. Los datos relativos a esta reducción se detallaron en el Informe País 2009 de ODM.

Desde el punto de vista de la gestión, se fortalecieron en cada etapa los mecanismos de monitoreo, que avalaran de forma objetiva el alcance de las metas planteadas. En ocasión de la puesta en funcionamiento del emisor de Punta Carretas, esas condiciones implicaron realizar un reporte mensual del estado ambiental de las playas, que debía ser publicado en la prensa para su seguimiento continuo por parte de la población. Posteriormente formas equivalentes de monitoreo de la calidad de las aguas debieron aplicarse a los arroyos de la ciudad y a la bahía, para cuantificar el avance en los procesos de mitigación de la contaminación industrial.

La adecuada implementación de esas pautas y la concreción efectiva de la expansión de la red, acorde a los objetivos planificados para cada etapa, ha hecho que el BID, principal agente financiero externo de las obras de saneamiento en la ciudad, haya aprobado actualmente un préstamo a cartera abierta. Esta modalidad, que el banco dispone sólo en casos excepcionales, implica para Montevideo tener a disposición por anticipado el financiamiento para todas las obras previstas en el Plan de Saneamiento V (el financiamiento del BID para dicho plan involucra 4,8 millones de dólares).

El Plan de Saneamiento V se implementará a partir de una actualización del Plan Director, que determinará la pauta de acciones a seguir para cubrir las zonas que aún no tienen conexión directa a la red, así como aquellas donde se requiere reparar y actualizar las instalaciones (teniendo en cuenta que las primeras obras de saneamiento en la ciudad se iniciaron en 1850, y en los barrios más antiguos parte de la infraestructura aún data de aquel período).

En cuanto al sistema de emisión de la red, actualmente se está iniciando el proceso de obras para el emisor de Punta Yeguas, que captará la zona oeste de la ciudad, completando el proceso por el cual se dejará de utilizar la bahía como destino directo de la red de saneamiento.

Contribución al logro del ODM correspondiente

El avance de la red de saneamiento en Montevideo y su área metropolitana ha sido el más fuerte factor de avance en la cobertura de saneamiento por red a nivel del país. El porcentaje de conexión directa a la red de saneamiento en Uruguay se elevó en

10 puntos durante las últimas dos décadas.⁸ Responsable fundamental para ese avance ha sido la expansión de la red de saneamiento en Montevideo, que en el mismo período ha pasado a abarcar de forma casi completa la trama urbana.

Pero además de su contribución directa al objetivo de acrecentar la cobertura de formas de saneamiento adecuado, repercute también en otros. Ha mejorado la calidad de las aguas tanto en la red hidrográfica de la ciudad como en la bahía, contribuyendo a los esfuerzos por garantizar la sustentabilidad ambiental. Por otra parte, la expansión de la red a zonas de la ciudad con formas de saneamiento inadecuado, o sin estructuras de saneamiento alguno, ha contribuido a disminuir la posibilidad de focos de parasitosis, lo cual tiene directa repercusión en la meta de disminuir la mortalidad infantil.

Por lo anterior, la política de saneamiento comporta un complejo encadenamiento de dimensiones que reciben el impacto de la gestión en la materia y que están incorporados a la propia concepción de los criterios de gestión desarrollados. Los casos en que esto adquiere carácter más acuciante son aquellos en los que están involucradas situaciones de pobreza extrema, como en el caso de algunos de los asentamientos irregulares que fueron regularizados y reasentados durante el transcurso de los anteriores planes, facilitando a las familias involucradas el acceso a viviendas con adecuada infraestructura y con la necesaria dotación de servicios.

Sin embargo, la propia dinámica de los asentamientos irregulares, así como la tendencia general a que parte de la población se desplace desde las áreas consolidadas de la ciudad hacia la periferia, contribuye a hacer más difícil el logro de los objetivos de cobertura en materia de saneamiento, y por lo tanto que deba ponerse atención no sólo en el aumento de la tasa de conexiones a la red de saneamiento sino al modo en que ese crecimiento se efectúa.

8. Con referencia a 1991, cuando la conexión a la red involucraba al 58% de los hogares uruguayos, la cobertura se encontraba nueve puntos por encima en 2005, cuando alcanzó el 67%, en cifras relevadas por la ECH. En 2006 la Encuesta, que relevaba áreas urbanas, se extendió a las localidades más pequeñas y al medio rural, pasando a ser también representativa de estos. El cambio supuso un quiebre en el modo de relevamiento y en la continuidad de las cifras de conexión a servicios públicos, disminuyendo en consecuencia los valores registrados para la cobertura de las redes de saneamiento y suministro de agua potable en 2006, al dar cuenta de grupos de población menos densa. En tanto la cobertura de saneamiento, ahora relevada para todo el territorio, urbano y rural, se incrementa en un punto porcentual de 2006 a 2008, este avance ha de sumarse al crecimiento de la red en 1991-2005, sumando un 10% de avance en el período 1991-2008.

La periferia de la ciudad es buscada por población perteneciente a todos los sectores sociales. Por hogares que se instalan en asentamientos irregulares, por aquellos que buscan terrenos más baratos para construir su vivienda, e incluso por el sector de mayores recursos.⁹ Así, en la expansión de la red de saneamiento se mixturán motivos y consecuencias de distinta naturaleza. Parte de esa expansión está dada por la imprescindible proyección de la red para abarcar zonas de Montevideo sin saneamiento desde hace muchísimo tiempo. Y parte es forzada por el desplazamiento de población que abandona la trama urbana donde la estructura de servicios ya está instalada y pasa a residir en zonas más alejadas y sin cobertura actual.

Este fenómeno hace que la cobertura de la red de saneamiento, así como la de otros servicios urbanos (agua, luz, transporte) quede obligada a expandirse en el territorio para continuar cubriendo a la misma cantidad de personas de manera más ineficiente. La dinámica supone realizar durante años inversiones muy elevadas para replicar en zonas alejadas la misma estructura de servicios que ya existe en barrios más cercanos.

9. Todos estos factores participan presionando a la expansión de la mancha urbana, si bien el último de ellos se desarrolla fundamentalmente fuera del departamento de Montevideo.



OBJETIVOS
DE DESARROLLO
DEL MILENIO

Addendum al Informe País Uruguay 2009

NOVIEMBRE 2010

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Addendum al Informe País Uruguay 2009

