



Comisión Sectorial de Población

Análisis de situación en población Uruguay

Wanda Cabella
coordinadora

Montevideo, agosto de 2012

Análisis de situación en población

URUGUAY

Wanda Cabella
coordinadora



Montevideo, agosto 2012

Una versión anterior de este documento fue elaborada por Wanda Cabella (coordinadora), Wilson Benia y Alejandra López Gómez. Este equipo fue responsable de organizar el documento, elaborar el índice comentado, desarrollar algunas secciones y comenzar la ronda de entrevistas a actores clave del sistema de gobierno.

El documento final fue elaborado por Wanda Cabella y contó con el apoyo de Juan José Calvo.

■ Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, de la Comisión Sectorial de Población o las de los Ministerios y organismos que integran la misma. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.



La Comisión Sectorial de Población (CSP) fue creada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto a través de la Resolución N° 180/2010 del 3 de agosto de 2010, la cual establece tanto sus objetivos como la integración institucional.

Para su funcionamiento operativo, la CSP cuenta con un Plenario, con representantes del Poder Ejecutivo, Parlamento, Academia y organismos de cooperación internacional, y un Comité Ejecutivo, el cual está integrado por representantes de los siguientes organismos:

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP)
Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)
Ministerio de Educación y Cultura (MEC)
Ministerio de Salud Pública (MSP)
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS)
Ministerio de Turismo y Deporte (MINTUR)
Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA)
Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE) – en calidad de invitado

La CSP tiene los siguientes cometidos:

- a. Proponer políticas que promuevan la equidad intergeneracional en las condiciones de vida y acceso a oportunidades.
- b. Proponer políticas que aborden el tema de la natalidad así como la compatibilización de la vida productiva con la reproductiva.
- c. Proponer la articulación de las políticas de vinculación con la población uruguaya residente en el exterior y retorno de nacionales con el Plan Nacional de Desarrollo.
- d. Analizar la conveniencia de una política activa de promoción de la inmigración y de sus características.
- e. Proponer políticas que permitan una distribución territorial más adecuada de la población y de los procesos migratorios internos, incluyendo la migración temporal transfronteriza, en armonía con los sistemas ambientales.
- f. Proponer una política de producción de datos, información y análisis sociodemográficos y poblacionales, cuyos productos sean insumos para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas.
- g. Asesorar en materia de política demográfica poblacional toda vez que le sea requerido.

© 2012, UNFPA/Comisión Sectorial de Población

Producción editorial:

TRILCE

Durazno 1888
11200 Montevideo, Uruguay
tel. y fax (5982) 412 7662 y 412 7722
trilce@trilce.com.uy
www.trilce.com.uy

ISBN 978-9974-32-598-2

Contenido

Presentación	7
Resumen ejecutivo	9
Visión comprensiva de la situación del país y del avance en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales	9
Dinámica de población y la salud sexual y reproductiva	10
Desigualdades y ejercicio de derechos	12
Desafíos y oportunidades	12
Marco conceptual para el análisis de situación en población	15
Introducción	15
Comportamiento y tendencias agregadas de la población: una visión de conjunto	16
Comportamientos, trayectorias personales y familiares	16
Recursos humanos y desarrollo	18
Movilidad de la población y oportunidades	19
Las tendencias agregadas	19
Población y derechos de las personas	19
Visión comprensiva de la situación del país y del avance en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales	21
Las transformaciones demográficas	21
El contexto económico	22
El contexto socio-cultural	23
El contexto político e institucional	24
Gasto social, con énfasis en educación y salud	26
Avances en los acuerdos y objetivos internacionales: CIPD/ODM y otras cumbres y conferencias internacionales	27
La dinámica de población y la salud sexual y reproductiva en el contexto de los procesos económicos y sociales	31
Trayectoria y crecimiento de la población, en el marco de la transición demográfica	31
Cambios en la situación de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la fecundidad	33
Cambios en la mortalidad y la morbilidad general, infantil y en la niñez y materna	36
Morbi-mortalidad y transición epidemiológica	38
Situación y tendencias del VIH-sida y otras ITS	46
Reestructuración etaria con especial referencia al envejecimiento	49
Los adolescentes y jóvenes y su emergencia como un grupo prioritario	51
Cambios en las estructuras familiares	57
Patrones de asentamiento y movilidad de la población	60
La información socio-demográfica como instrumento de análisis y políticas de empoderamiento	64
Desigualdades y ejercicio de derechos	67
Desigualdades en la población según pobreza	67
Desigualdad generacional	67
Desigualdades de género	71
Desigualdades étnicas	74
Inequidades relacionadas con el hábitat	75
Relaciones e impactos: Incidencia para las políticas públicas	77
Las implicancias de la salud sexual y reproductiva y el género en la reducción de la pobreza, la malnutrición y la desigualdad económica y social	77
Desafíos y oportunidades	81
Principales desafíos que enfrenta el país en materia de población	81
Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para desarrollar una política de población en Uruguay	85
Visión y objetivo de una política de población para el país	85
Lineamientos estratégicos	86
Identificación de áreas de política de mediano y largo plazo	86
Conclusiones	89
Referencias bibliográficas	91

Agradecimientos

Deseamos agradecer la atenta revisión del documento y las pertinentes sugerencias de Magdalena Furtado, Daniel Macadar y Valeria Ramos. Juan José Calvo, Daniel Macadar y Raúl de Mora apoyaron en distintas instancias el proceso de trabajo que implicó la elaboración de este documento, a ellos un fuerte reconocimiento, dando por descontado que las omisiones y errores que pueda contener les son ajenos.

Agradecemos especialmente, por el tiempo brindado para las entrevistas y sus valiosos aportes, a los siguientes profesionales:

Lilián Abracinskas (*MYSU, directora*)

Alicia Artigas (*MEF, Comisión Sectorial de Población*)

Rafael Bernardi (*PNUD*)

Juan Carlos Fortuna (*MVOTMA, Comisión Sectorial de Población*)

Gustavo Giaccheto (*MSP, director Programa Niñez*)

Rosana Lamónaca (*MTSS, Comisión Sectorial de Población*)

Álvaro Lopez (*MINTURD, Comisión Sectorial de Población*)

Javier Miranda (*MEC, director Derechos Humanos, Comisión Sectorial de Población*)

Eduardo Pereira (*MTSS, Comisión Sectorial de Población*)

Andrés Peri (*ANEP, director de la División de Investigación, Evaluación y Estadística*)

Gilberto Ríos (*MSP, director general de la Salud*)

Ana Santestevan (*OPP, presidente de la Comisión Sectorial de Población*)

Milton Silveira (*MIDES, Comisión Sectorial de Población*)

Presentación

El Análisis de Situación en Población (ASP) de Uruguay tiene por objetivo delinear las especificidades de la población uruguaya y sus principales desafíos. La organización de este informe sigue la propuesta conceptual y metodológica de la División de América Latina y el Caribe de UNFPA.

El equipo encargado de la redacción de este documento priorizó el abordaje de algunos temas, que en parte responden a la propia dinámica poblacional del Uruguay y a la información disponible.

En relación a la metodología adoptada para elaborar este ASP, se optó por seleccionar los contenidos más relevantes disponibles en la bibliografía consultada. Se reseñan los puntos más relevantes y críticos para la definición de políticas públicas, tendientes a la superación de inequidades demográficas y fundadas en una perspectiva de derechos humanos.

Se espera que el ASP se configure en una herramienta eficaz para el diagnóstico de la realidad poblacional uruguaya, la incidencia estratégica y la tarea de *advocacy* en aquellos aspectos que exigen iniciar acciones de transformación en el corto, mediano y largo plazo.

El diálogo con actores clave y tomadores de decisión provenientes de diferentes organismos gubernamentales posibilitó dos aportes fundamentales para este proceso: a) enriquecer el documento con sus percepciones y focalizaciones en relación a los temas de población y b) avanzar en su involucramiento con la construcción de un marco referencial común que permita definir e impulsar las líneas de acción más convenientes. Solo será posible articular las respuestas a las problemáticas poblacionales con el compromiso de una masa crítica muy amplia integrada por académicos, decisores políticos, responsables institucionales, referentes de organizaciones no gubernamentales y de organismos internacionales.

Resumen ejecutivo

En este documento se presenta un Análisis de Situación en Población (ASP) para Uruguay. El ASP tiene como objetivo delinear las especificidades de la población de un país y sus principales desafíos. En varios países de la región ha sido utilizado como herramienta eficaz para el diagnóstico de la realidad poblacional, la incidencia estratégica y la tarea de incidencia en aquellos aspectos que exigen iniciar acciones de transformación en el corto, mediano y largo plazo.

Entre sus principales conclusiones se destaca:

Visión comprensiva de la situación del país y del avance en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales

- I. Uruguay se encuentra en un régimen demográfico pos transicional, lo que implica haber alcanzado *niveles reducidos de mortalidad y fecundidad* (desde hace más de un quinquenio por debajo del nivel de reemplazo poblacional de 2,1). La esperanza de vida al nacer alcanzó en 2010 la edad de 80 años entre las mujeres y 73 entre los varones. Estos valores sitúan a la población uruguaya entre los países de la región mejor posicionados en sus indicadores de mortalidad. Estas tendencias, unidas a la importancia de la emigración internacional (entre 2000 y 2006 se estima que se fueron en torno a 120.000 uruguayos) en la dinámica demográfica uruguaya, se tradujeron en un bajo crecimiento de la población y en el progresivo envejecimiento de la estructura de edades.
- II. El país, en cumplimiento de su *compromiso con los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD)*, ha desarrollado diversas acciones para avanzar en las recomendaciones del Plan de Acción (PA). Si bien se registran progresos importantes, resta aún mucho por hacer para cumplir plenamente con los objetivos y metas del PA en el país.
- III. Se avanzó en la construcción de la institucionalidad de género tanto a nivel nacional como en algunos gobiernos departamentales. En salud sexual y reproductiva, se avanzó en la implementación de servicios y en la existencia de normativas y guías clínicas en distintos componen-

tes de la salud sexual y reproductiva (SSR). Desde 2008 se cuenta con una ley marco de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva que establece que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, fortalece las normativas vigentes en SSR y les otorga carácter de ley (Ley 18.426, reglamentada en setiembre de 2010). Además hay una mayor visibilidad de asuntos de relevancia poblacional para el país como la migración, el envejecimiento y transformaciones en las familias, el sistema de cuidados y el uso del tiempo en el trabajo remunerado y no remunerado.

IV. En el año 2010 se crea la Comisión Sectorial de Población, a través del decreto 180/2010, coordinada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, con la participación de los gabinetes del área social. Su principal cometido es asesorar al Poder Ejecutivo en el diseño y ejecución de políticas públicas vinculadas a los temas poblacionales y demográficos.

Dinámica de población y la salud sexual y reproductiva

v. Como resultado del descenso de la fecundidad y de la emigración, con ambos indicadores estancados en los últimos años, la tasa bruta de natalidad ha mostrado un descenso importante entre fines de la década de 1990 y mediados de 2000. Es esperable que el país mantenga tasas de crecimiento cercanas a cero en los próximos años. La fecundidad uruguaya ha presentado históricamente niveles bajos en el contexto regional. En 2004 franqueó el umbral de reemplazo por primera vez en la historia demográfica del país.

VI. La *educación es una variable clave para analizar los diferentes patrones de fecundidad*. Las mujeres con nivel educativo más bajo presentan un modelo reproductivo cuya descendencia supera la media nacional (edad media del primer hijo a edades tempranas), frente a las mujeres de nivel educativo alto (con niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y aplazamiento del calendario reproductivo).

VII. Existe una *brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad efectiva*. La insatisfacción con la fecundidad alcanzada, se constata especialmente entre las mujeres con mayores niveles educativos, una vez terminada su vida reproductiva estas mujeres declaran que hubieran deseado tener más hijos que los efectivamente tenidos. Por otro lado, hay una porción de mujeres con bajo capital educativo para quienes al cabo de su vida fértil el número de hijos alcanzado superó el número deseado.

VIII. No se han registrado cambios significativos en el perfil de la fecundidad adolescente. Son las adolescentes de los sectores más desfavorecidos las que dan cuenta de la casi totalidad de la fecundidad adolescente.

IX. En cuanto al *uso de métodos anticonceptivos* en relaciones sexuales recientes la frecuencia de uso es de 65% en varones y 62% en mujeres.

X. En materia de *acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva*, la captación temprana del embarazo alcanza al 58%, apreciándose diferencias significativas según el nivel educativo de la mujer. Respecto al número de controles, se señala que 1 de cada 5 mujeres tuvo menos de seis consultas de control (por debajo del número adecuado de controles, seis). El 99% de los partos asistidos en el 2008 fueron atendidos por profesionales en el sistema institucional de atención de la salud (médicos, 74%; parteras 26%) lo cual se acepta como un indicador de buena capacidad de respuesta institucional del sistema y de calidad de atención.

XI. El acceso a las prestaciones integrales en salud sexual y reproductiva en los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud es uno de los retos mayores en materia de políticas en salud sexual y reproductiva.

XII. La mortalidad general ha mantenido niveles similares en las últimas cuatro décadas, con tasas brutas del orden de 10‰ habitantes. El 82% de la mortalidad se produce a partir de los 60 años, en consonancia con su estructura envejecida. En lo que respecta a las muertes en adolescentes y jóvenes debe destacarse que están vinculadas

en su mayoría (aproximadamente el 60%) a las «causas externas»: accidentes de tránsito (22%), suicidios (18%) y homicidios (12,9%). Todas podrían considerarse como muertes precoces y evitables. 8 de cada 10 defunciones entre 14 y 24 años de son varones. Resulta preocupante el nivel de los suicidios en este grupo etario, en la medida que cada 4 días muere un joven o adolescente por esta causa en Uruguay.

XIII. En las últimas décadas se observa una *progresiva reducción de la tasa de mortalidad infantil*, alcanzando en 2010 por primera vez una cifra inferior a los dos dígitos (7,7‰). Además Uruguay se ha caracterizado por ser un país de baja mortalidad materna.

XIV. La *epidemia del VIH* presenta un patrón de distribución denominado «de tipo concentrada»: baja prevalencia de VIH en la población general (cifras inferiores al 1%) y alta prevalencia (superior a 5%), en poblaciones específicas con mayor vulnerabilidad y dificultades de acceso a los servicios de prevención y atención (en particular personas privadas de libertad, usuarios de drogas, trabajadores/as sexuales y hombres que tienen sexo con hombres). La prevalencia general es del 0,42%, (0,23% en mujeres y 0,68% en varones).

XV. La reemergencia de la sífilis gestacional y de la sífilis congénita se ha visibilizado recientemente como problema de salud pública, pasando del 1,3% de las mujeres embarazadas en el año 2003 al 3% en el 2007 y del 1,4% al 2,1% de recién nacidos con serología positiva en los mismos años.

XVI. La emergencia de los adolescentes y jóvenes como grupo prioritario se aborda a partir de tres temáticas que cobran especial trascendencia en el país: a) las dificultades del sistema educativo para retener a los adolescentes y jóvenes, ya que de cada tres adolescentes solo uno completa el segundo ciclo, otro abandona durante el segundo ciclo y otro no alcanza a completar el primer ciclo de enseñanza media, b) la transición a la adultez y en especial las dificultades para ingresar al mercado de trabajo como lo muestra que prácticamente la mitad de los desocupados tienen menos de 25

años y c) la salud sexual y reproductiva, con especial mención al embarazo y fecundidad adolescentes (en especial los no deseados).

XVII. Durante las últimas décadas, y en particular desde inicios de la década de 1990, las *estructuras familiares en Uruguay han experimentado cambios* intensos, entre otras razones, por la fuerte reducción de los matrimonios, el notable crecimiento de las uniones libres y el divorcio, el descenso reciente de la fecundidad y el proceso de envejecimiento. El 80% de los jóvenes que viven en pareja, están en unión consensual y en torno al 35% de los matrimonios culmina en divorcio, el doble que en los años ochenta. Aunque los hogares formados por parejas con hijos constituyen la categoría predominante, su representación cae sistemáticamente, a la vez que los hogares monoparentales muestran una tendencia paulatina al aumento. También se registra el incremento de los hogares unipersonales, en su amplia mayoría integrados por mujeres viudas.

XVIII. Entre las personas jóvenes, existe una *fuerte polarización en el calendario de formación de uniones y en el inicio de la vida reproductiva*. Mientras los jóvenes que tienen más años de educación inician cada vez más tarde su vida conyugal, a la vez que retrasan la llegada de los hijos, las personas con escaso capital educativo no han experimentando cambios en el calendario de la formación de pareja y en el inicio de la vida reproductiva.

XIX. La población uruguaya se caracteriza por su *fuerte condición urbana* y por la precocidad con la que ocurrió el proceso de urbanización. Un 94% de la población vive en centros urbanos.

XX. La estructura poblacional uruguaya se ha visto afectada por *los procesos de migración interna e internacional*. Desde la segunda mitad del siglo XX, el saldo migratorio internacional es negativo. Aproximadamente un 18% de los uruguayos vive en el exterior, siendo los principales destinos receptores Argentina, España y Estados Unidos. Se trata de una emigración joven, en la que predominan los hombres.

Desigualdades y ejercicio de derechos

El documento muestra importantes desigualdades por razones generacionales, de género, étnico-raciales y de hábitat.

xxi. *Desigualdades generacionales.* Uruguay pertenece al grupo de países en que el consumo en la niñez (en relación al de los adultos) es bajo o medio, con bajas transferencias públicas destinadas a los niños (en relación a otros grupos) y en el que las transferencias privadas, o sea, de los ingresos de los adultos de su entorno, son fundamentales para el financiamiento de los niños. Esto tiene efectos negativos sobre la movilidad y desigualdad futuras. En cuanto a las personas adultas mayores, las transferencias públicas netas son relativamente altas y juegan un rol importante en su financiamiento.

xxii. *Desigualdades de género.* Aunque la participación de las mujeres en el mercado de empleo se ha incrementado en la última década en 5 puntos porcentuales, la inequidad de género en las tasas económicas —tasa de actividad, tasa de empleo y tasa de desempleo— continúa prevaleciendo. En 2011 la tasa de empleo femenina fue 51,3%, 20 puntos porcentuales por debajo de la masculina, con diferencias aun mayores para las mujeres de las localidades menores a 5.000 habitantes y las del área rural. Además, las mujeres perciben en promedio el 90% de lo que perciben los varones por hora de trabajo en la ocupación principal. También se observa una muy baja participación de las mujeres en cargos de alta responsabilidad política. Uno de los ámbitos de desigualdad que se analiza con mayor preocupación es la violencia contra las mujeres y niñas. Durante 2011 se recibió una denuncia por violencia doméstica cada 33 minutos. Por otro lado, el cuidado de las personas dependientes recae fundamentalmente en el aporte invisible de las mujeres. Esto genera enormes dificultades para que éstas puedan acceder a mejores condiciones de desarrollo personal y profesional.

xxiii. *Desigualdades étnico-raciales.* La visibilidad estadística de grupos étnico-raciales es relativamente reciente en la historia del país. De acuerdo a los resultados del censo 2011, la población que

se identifica como negra o afrodescendiente en Uruguay ascendió a 255.073 (8%) y en comparación con el resto de la población, se destaca por tener una composición demográfica particularmente joven, de mayor fecundidad, con inicio de vida reproductiva más temprano y anterior inicio de vida conyugal. En promedio, presentan una situación netamente desfavorable en todos los indicadores relativos al desempeño educativo y económico, lo que se traduce en mayores tasas de informalidad y remuneraciones más bajas. Aun cuando una persona afrodescendiente tiene la misma educación, la misma experiencia y reside en la misma ciudad que una persona blanca, los salarios que percibe esta última son mayores.

xxiv. *Inequidades relacionadas con el hábitat.* Las poblaciones de menores recursos se ven forzadas a asentarse en zonas que presentan problemas de hábitat y de inadecuado acceso al agua y al saneamiento, son bajas e inundables y presentan problemas de contaminación asociados a actividades presentes y pasadas. También existen fenómenos de degradación ambiental vinculados a temas de distribución espacial de la población en relación a las vías de transporte, el desarrollo urbanístico no planificado y a factores económicos. Un ejemplo de esto es el desarrollo de la ciudad de la costa y las áreas costeras en Uruguay en ausencia de una planificación adecuada. En el medio rural, existen cuestiones de movilidad y desplazamientos de las poblaciones rurales vinculados a fenómenos productivos de gran escala, siendo el caso más paradigmático la forestación.

Desafíos y oportunidades

xxv. Para completar estos datos se realizaron entrevistas con actores políticos que apuntaron el *bajo crecimiento poblacional y el vaciamiento de las áreas rurales como los principales desafíos del país en materia de población*. Se constata la reciente visibilización de los asuntos de población en la agenda política, que precisa de investigación de calidad para que pueda orientarse tomando como base el proyecto de desarrollo país y el conocimiento acumulado y disponible a nivel nacional, regional e internacional. El déficit de información fue señalado como un grave problema para la toma de decisiones en

materia de políticas públicas así como para conocer el impacto de las mismas en el mediano y largo plazo. Y la realización del Censo 2011 se apuntó como un importante avance en este sentido.

xxvi. También se detecta que los discursos sobre los asuntos relevantes de población están en algunos casos contruados sobre estereotipos y carecen de sustento técnico y de profundidad en el análisis, lo cual genera sesgos importantes a la hora de identificar y evaluar la magnitud de los problemas. De esta forma la noción de fecundidad por debajo del reemplazo es mirada con un tono de alarma discordante con la real magnitud del problema y sus posibles efectos.

xxvii. Las tensiones entre políticas que estimulen la fecundidad o políticas que no la desestimulen, políticas integrales en salud sexual y reproductiva (incluyendo el acceso universal a la anticoncepción, la despenalización del aborto y el acceso al aborto legal), políticas de corresponsabilidad y su impacto en las desigualdades de género, fueron presentados por los entrevistados como *asuntos complejos pero que deben dirimirse en el marco del respeto de los derechos, decisiones y preferencias reproductivas de las personas*.

xxviii. Un problema identificado por varios entrevistados fue *la baja visibilidad e importancia asignadas al desarrollo infantil en particular en los primeros años de vida*.

xxix. El *Sistema Nacional de Cuidados* aparece como una apuesta estratégica con la necesidad de poner énfasis en la feminización de los cuidados y en la perspectiva de los sujetos de los cuidados. El proceso debería incluir, además, un debate sobre los modelos de seguridad social que favorezca los procesos de transición a la adultez.

xxx. También se observa como preocupante la *fragmentación y/o ausencia de bases de datos* relacionadas y coherentes en sus definiciones operativas,

el subregistro, las demoras en la generación y difusión de los datos como características de los sistemas de información, siendo éste uno de los problemas relevantes para la toma de decisiones en materia de políticas de población.

xxxi. El movimiento de personas en el territorio, la cohesión social y las garantías para el respeto y ejercicio de derechos humanos fue un tema identificado como prioritario para las políticas de población. El *acceso a oportunidades en el interior del país* está vinculado a las posibilidades de movilidad territorial y en este sentido se expresó la preocupación por la falta o el déficit de planificación estratégica a nivel nacional.

xxxii. Se detectan carencias en el análisis y en el debate sobre los cambios demográficos en Uruguay. Por ejemplo la caída de la fecundidad, las decisiones que afectan el comportamiento reproductivo y su relación con decisiones y desempeños en otros ámbitos (laboral, familiar, educativo), el impacto de la emigración en la sociedad y la economía uruguayas, el retorno de los migrantes de la reciente ola emigratoria y en general sobre el retorno de los migrantes uruguayos, los cambios ocurridos en la familia, su conexión con las transformaciones sociales y culturales, y más aún sus consecuencias sobre los distintos sectores sociales, sobre las relaciones entre las generaciones. Falta también información y análisis sobre la distribución social de la enfermedad y la muerte.

xxxiii. La *conformación de una Comisión Sectorial de Población* como un mecanismo formal intersectorial para discutir y aportar propuestas de políticas de población, se visualiza como un paso de gran importancia. Sin embargo, el hecho de que su integración se haya basado en el Gabinete Social hace que actores clave, como los organismos desconcentrados de la Educación, no tengan participación en la Comisión siendo ésta un área sensible para las políticas de población.

Marco conceptual para el análisis de situación en población¹

Introducción

Reducir la pobreza y las desigualdades sociales, promover el desarrollo económico y social, mejorar las condiciones y la calidad de vida de las personas, empoderar a las mujeres y afianzar la igualdad de género, mejorar la salud sexual y reproductiva, reducir la mortalidad infantil y materna, combatir y controlar la epidemia del VIH-sida, y garantizar la sostenibilidad del medioambiente son aspiraciones compartidas por la comunidad internacional, como revela el acuerdo global en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asimismo, asegurar el ejercicio de los derechos humanos y lograr una creciente capacidad de las personas para que estas puedan elegir, diseñar y desarrollar sus proyectos de vida son mandatos fundacionales de las Naciones Unidas. Esto es lo que indica la Declaración Universal de los Derechos Humanos y lo que refuerzan y amplían los posteriores tratados y convenciones internacionales, incluyendo una dimensión social.

Se trata, en definitiva, de promover el desarrollo humano, incorporando en pie de igualdad los aspectos sociales y económicos, tanto a nivel individual como colectivo.

El presente marco conceptual pone de manifiesto que, a través de diversas vías y mecanismos, los comportamientos de las personas y las tendencias agregadas —los dos componentes fundamentales que configuran la situación de la población— son relevantes para avanzar en la consecución de los objetivos —y las correspondientes metas— acordados por la comunidad internacional.

1 Basado en UNFPA, 2007.

Comportamiento y tendencias agregadas de la población: una visión de conjunto

La premisa de la que se parte es que el conjunto de la población —su crecimiento y distribución— es, sin lugar a dudas, el resultado acumulativo de acciones y circunstancias personales en cada situación concreta de lugar y tiempo.

Los comportamientos atañen a las decisiones y acciones personales que se relacionan directamente con la reproducción, la supervivencia y la movilidad, cuyo efecto conjunto constituye las tendencias agregadas de la población. Los determinantes fundamentales de este tipo de acciones, como los de todo comportamiento humano, estriban en la interacción entre las características individuales y las condiciones de vida de las personas en un determinado contexto familiar y social. Las tendencias agregadas de la población se refieren a colectivos y sus principales elementos son: el tamaño, el crecimiento, la estructura por edad y sexo y la localización de la población.

Tradicionalmente tales aspectos concentraban la preocupación pública y la atención de los expertos y los gobiernos, al punto que parte importante de las políticas de población procuraban alcanzar directamente objetivos a nivel macro como, por ejemplo, las metas cuantitativas en materia de crecimiento, o bien la búsqueda de una «equilibrada distribución» de la población en el territorio.

Sin embargo, a mediados de la década de los noventa, los Principios y Programa de Acción formulados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) ubican las políticas de población, las cuestiones de salud reproductiva y sexual y los derechos relacionados en el contexto más amplio de las políticas macroeconómicas, el desarrollo sostenible y las cuestiones de derechos humanos.

A partir de allí, el lenguaje de derechos se hace cada vez más presente. El amplio consenso alcanzado en la mencionada conferencia supuso un cambio de paradigma al centrar el foco de atención en las personas como sujetos de derechos: a partir de entonces, ha pasado a un primer plano la consideración de las condiciones de vida de las personas, sus capacidades y el grado de ejercicio de sus derechos, los cuales determinan en gran parte las opciones y los comportamientos individuales, que, como señalamos, dan lugar de manera agregada a las tendencias de la población.

Este cambio de enfoque no significa, ni debe significar, que las tendencias de la población tiendan a desaparecer como objeto de atención. De hecho, su relevancia para las políticas públicas puede aumentar, aunque por razones distintas a las del pasado, en particular por las nuevas cuestiones emergentes, como es el caso del envejecimiento, la importancia de la migración internacional y las presiones sobre el medioambiente.

Dar prioridad a los comportamientos de la población no significa desconocer las consecuencias agregadas de las mismas, como tampoco implica una preeminencia de los análisis micro en relación con los indicadores representativos de grupos, la búsqueda de regularidades o el análisis basado en efectos agregados. Sin embargo, sí abre otras opciones metodológicas y permite conectar mejor las políticas con las necesidades de las personas.

Lo que parece relevante destacar es que cuando la atención estaba centrada en las tendencias agregadas de la población este campo tendía a considerar ámbitos macro, como el desarrollo social y económico, mientras que ahora se incorporan otros ámbitos (micro), como la biografía personal y la trayectoria de las familias. Así, el enfoque centrado en los comportamientos individuales de la población permite una base más sólida para promover los derechos humanos que, por definición, conciernen a personas y abordan explícitamente algunos de estos comportamientos: el derecho a la salud —incluida la sexual y reproductiva—, el derecho a decidir libremente sobre el número y el espaciamiento de los hijos, la autonomía de la mujer, el derecho a la movilidad territorial, el acceso a un hábitat digno, entre otros.

Comportamientos, trayectorias personales y familiares

Los comportamientos de la población y las condiciones en que se producen deberían incorporarse explícitamente a la agenda y a las políticas públicas de desarrollo, por varias razones:

primero, porque conciernen a asuntos muy relevantes para la vida de las personas ya que se relacionan con acontecimientos que tienen implicaciones prácticas y significaciones socioculturales críticas para la reproducción, la supervivencia y la movilidad;

segundo, porque, en la medida en que atañen a derechos, existirá un fundamento permanente para acciones destinadas a garantizar su ejercicio, y, por ende, implican obligaciones del Estado que, a su vez, requieren de mecanismos para hacerlas exigibles y darles cumplimiento;

tercero, porque en la situación de Uruguay, como en muchos otros casos, no pocos de los comportamientos individuales de la población no son opciones elegidas o deseadas sino que reflejan inequidades en las condiciones de vida. Por ello, los nexos entre los comportamientos de la población y fenómenos como la pobreza y la desigualdad social, de género y étnica configuran una importante razón que justifica su incorporación a la agenda del desarrollo y la intervención de las políticas públicas para corregir las inequidades existentes y cambiar las condiciones desfavorables en que viven determinadas personas y familias.

Varias evidencias permiten afirmar que los comportamientos de la población son heterogéneos aun dentro de los países. Los datos disponibles indican que esto se explica por desigualdades sociales y económicas y sesgos culturales, muchas veces, discriminatorios. Estas desigualdades operan sistemáticamente perjudicando a los más vulnerables y reproduciendo así las inequidades sociales. Existe también una dimensión demográfica de las desigualdades y la pobreza que se manifiesta a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas. Los grupos de población con más necesidades básicas insatisfechas son quienes reproducen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Las personas más pobres tienen, además, alta vulnerabilidad demográfica, expresada por tasas de fecundidad total, adolescente y —en particular— no deseada más elevadas, al igual que mayores relaciones de dependencia, índices más altos de morbilidad infantil, y en general un más bajo estatus de la mujer. Además, son más vulnerables cuando migran y se localizan en zonas más inseguras, menos equipadas y con peor conectividad que aquellas donde residen las personas no pobres. En conjunto, todas estas características implican un cúmulo de adversidades.

La vulnerabilidad demográfica está asociada a las desventajas sociales de los grupos de población pobres y excluidos, las cuales limitan la acumulación

de recursos (incluido el capital humano) y el manejo de activos por parte de los hogares para el logro de sus propósitos o para hacer frente a cambios externos. El «círculo vicioso de la pobreza» tiene algunos eslabonamientos críticos relacionados con la vulnerabilidad de los pobres ocasionada por las desiguales condiciones de reproducción, supervivencia, género y hábitat, que finalmente limitan sus capacidades y el ejercicio de sus derechos para una plena inserción productiva y social.

Una particular «dinámica demográfica de la pobreza» hace que las familias pobres tengan una mayor carga de crianza pese a estar en las condiciones materiales más desfavorables para enfrentar los desafíos que ella implica. En suma, la situación de vulnerabilidad en que se encuentran los pobres les impide desarrollar sus capacidades y aprovechar las oportunidades que pudieran existir, así como los expone a riesgos y dificultades que erosionan sus posibilidades de salir de la pobreza.

Entre los mecanismos que tienden a perpetuar la pobreza, hay uno que tiene estrecha relación con las desigualdades de género. Por razones culturales e institucionales, muchas veces reforzadas por políticas públicas carentes de un enfoque de género, la carga de crianza no se distribuye equitativamente dentro de las familias ya que recae principalmente en las mujeres. Este es uno de los factores que contribuyen al papel subordinado de la mujer y, por ende, a la desigualdad de género.

Pero no solo eso, pues, según numerosas investigaciones empíricas recientes, una de las circunstancias que más protegen a las familias biparentales contra la pobreza es que los dos miembros de la pareja trabajen. En definitiva, la mayor fecundidad de los pobres, en gran medida no deseada, forma parte de los obstáculos de un sistema de género que tiende a perpetuar el papel tradicional de las mujeres y, a la vez, a inhibir la acción de uno de los principales mecanismos de superación de la pobreza: la participación laboral femenina.

Por último, la «dinámica demográfica de la pobreza» afecta de manera especial a algunos grupos particularmente postergados: un ejemplo de ello lo constituyen los pueblos afrodescendientes. Aunque, sin duda, sus comportamientos responden a determinados elementos culturales, resulta indiscutible que su falta de acceso a servicios básicos como la educación y su posición más vulnerable en el mercado de trabajo,

contribuye a su mayor vulnerabilidad y a la perpetuación de las inequidades étnico-raciales.

Recursos humanos y desarrollo

La relación entre los comportamientos de la población y el desarrollo económico y social tiene un pilar fundamental en los recursos humanos, que son el principal soporte de todo proceso de desarrollo. En efecto, en cada familia —y, por agregación, en cada país—, los recursos humanos disponibles, sobre todo la calidad de su salud y educación, son los que forman a las nuevas generaciones, los que llevan a cabo las tareas productivas y los que participan en la vida pública y política donde se definen los rumbos del desarrollo.

Los comportamientos son relevantes en el proceso formativo de las nuevas generaciones porque la posibilidad de criar a los hijos en condiciones adecuadas y su inserción y desempeño en el sistema educativo se relaciona con los patrones reproductivos, de traslado en busca de mejores horizontes y de asentamiento en condiciones dignas y seguras, y con las condiciones de salud de las personas.

La salud es considerada, además, como uno de los determinantes fundamentales del desarrollo, al punto que junto con la educación y el ingreso conforman los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, índice que ha ganado una amplia aceptación como un indicador de desarrollo mejor que el tradicional ingreso per cápita. La relación entre buenas condiciones de salud y ampliación de las capacidades y opciones de las nuevas generaciones está fuera de duda. Cabe destacar que esta relación atañe tanto a los niños y niñas —al punto que la salud es uno de los componentes del capital humano que comienzan a acumularse desde las primeras etapas de la vida— como a quienes participan en el proceso formativo, en particular a los progenitores, por cuanto una mala salud erosiona su desempeño en este proceso.

Está ampliamente documentado que los patrones de morbilidad y mortalidad influyen en la posibilidad de asistir a la escuela —y, en general, al sistema educativo— y en la «empleabilidad» y en el desempeño general de las personas en su trabajo. Esto va más allá de la salud exclusiva de los trabajadores, pues las enfermedades dentro de la familia también afectan a

las mujeres que, por las asignaciones asimétricas de género, tienden a cumplir los roles de cuidadoras de enfermos y discapacitados.

La fecundidad también desempeña un papel decisivo en el ámbito productivo. Además de la subrayada relación entre la inserción laboral femenina y el número de hijos, el momento en que estos se tienen incide sobre la trayectoria educativa y laboral. En particular, la maternidad precoz es un factor que dificulta la permanencia en la escuela y, como consecuencia, tiende a recluir a las adolescentes en las tareas domésticas.

Adicionalmente, los sesgos de género vuelven a operar y las mujeres trabajadoras deben enfrentar la «doble jornada» (en el trabajo y en la casa) que repercute sobre su desempeño y su calidad de vida. Los estudios sobre conciliación entre actividad reproductiva y productiva de las mujeres muestran que la carga reproductiva (o de cuidado de dependientes) es la principal causa de no entrada o de salida de las mujeres del mercado de trabajo. La estructura familiar y del hogar no tiene una incidencia significativa en la participación laboral masculina, pero influye mucho en la de las mujeres.

En general, las mujeres sin hijos perciben salarios mayores que las que sí los tienen, porque estas últimas suelen insertarse en el sector informal para compaginar su doble rol, por lo cual —entre otras desventajas— tienen menos acceso a la seguridad social. Por otro lado, la localización aislada o marginal de las familias más pobres ha sido un factor histórico de desmedro, invisibilización y lejanía de las mujeres respecto de los asuntos públicos y del poder.

Otro importante factor que influye sobre la trayectoria laboral de las personas es la migración, históricamente motivada por la búsqueda de trabajo. Pero, además, los desplazamientos migratorios repercuten sobre la oferta de trabajo y los niveles de empleo, tanto entre países (migración internacional) como dentro de ellos (migración interna).

Los comportamientos de la población también se relacionan con la participación social. Así, el papel reproductivo y doméstico asignado tradicionalmente a las mujeres ha conspirado contra su inserción en la vida pública. Por ello, una ampliación de su capacidad para decidir libremente en este plano aumenta su autonomía en términos individuales y sociales, aunque tal ampliación no es suficiente ya que se

requieren también oportunidades e instrumentos reales para materializar las decisiones.

Movilidad de la población y oportunidades

Históricamente, los comportamientos relacionados con la movilidad de la población —el desplazamiento dentro del país o hacia otros países— suelen ser (salvo cuando se trata de desplazamientos forzados) una de las estrategias que utilizan las personas y las familias para evadir la pobreza y buscar nuevas oportunidades —incluidos el mantenimiento o la extensión de su proceso formativo—; como contrapartida, un hábitat digno, en condiciones materiales y simbólicas idóneas, permite un contexto (tanto doméstico como comunitario) propicio para el cuidado y la formación de las nuevas generaciones. Por otro lado, no se puede desconocer que la migración puede erosionar el proceso formativo, sea porque quienes se desplazan son los encargados del mismo (la emigración de progenitores es frecuente en América Latina), o porque el proceso de inserción en el lugar de destino es infructuoso, o porque, desde el punto de vista de las personas que se quedan en el lugar de origen, se pierden recursos humanos, generalmente los más calificados.

Las tendencias agregadas

Las tendencias agregadas de la población, es decir, el tamaño, el crecimiento, la estructura por sexo y edad y la localización de la población, tienen efectos diversos que son relevantes para las políticas y las decisiones públicas. Por una parte, ejercen una decisiva influencia sobre la trayectoria de la fuerza de trabajo ya que determinan la cantidad de población activa potencialmente disponible, incluidos los condicionantes particulares, sobre la participación femenina. Por otra parte, determinan la evolución de los grupos de edad que son objetivo de las políticas en materia de educación, salud, seguridad social, vivienda, saneamiento, así como su perfil por sexo y localización, cuestiones clave para estimar las demandas sectoriales y su ubicación territorial.

Además, desde el punto de vista ambiental, las tendencias de la población, mediadas por factores —tan importantes como ellas— como los patrones de consumo, los avances tecnológicos y las políticas ambientales, influyen en la presión sobre los ecosistemas. También inciden, por diversos mecanismos, sobre parámetros económicos agregados fundamentales como la inversión, el ahorro, el consumo y la productividad.

Aunque tales efectos son complejos, el grueso de la teoría y de la evidencia sugiere que acelerados ritmos de expansión de la población y estructuras con altos índices de dependencia, en particular infantil, tienden a erosionar el desempeño económico de los países.

Por todas estas relaciones, las tendencias de la población tienen varias facetas de interés para los tomadores de decisiones. Por ende, no es extraño ni tampoco cuestionable que los gobiernos deseen influir sobre estas tendencias mediante políticas públicas que incidan en los determinantes de los comportamientos de la población.

En la mencionada Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), la comunidad internacional determinó que las políticas de población solo son aceptables si empoderan a los individuos y si se orientan a mejorar las condiciones de vida de las personas y fomentan los derechos humanos. Este nuevo énfasis en el ejercicio de la ciudadanía y en el empoderamiento de las personas se asocia a la tendencia paralela de mejorar la eficiencia y la gobernabilidad mediante la participación ciudadana y la descentralización, acercando así la implementación de políticas y programas a los propios ciudadanos.

Población y derechos de las personas

Los comportamientos de la población tienen vínculos directos con los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Estos vínculos se originan, por una parte, en la capacidad individual para actuar libre y reflexivamente en cuestiones relacionadas con asuntos tan críticos como la reproducción, supervivencia y movilidad territorial, y, por otra, en la forma en que el Estado aborda, a través de políticas públicas, la interrelación entre población y desarrollo.

En América Latina y el Caribe el enfoque de derechos humanos ha adquirido importancia como horizonte normativo y programático del desarrollo. Es cada vez más frecuente el despliegue de leyes especificando derechos o el impulso de esfuerzos sociales e institucionales dirigidos a formular políticas públicas desde este ángulo.

En términos más específicos, el enfoque de derechos humanos aplicado a los asuntos de población y desarrollo contribuye a que las medidas que se implementan presten atención a la situación específica de los individuos y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos, superando aquellas concepciones que no contemplan plenamente sus especificidades (las de las mujeres, de los indígenas, de las personas con discapacidad o de las personas mayores, entre otras).

Es decir, este enfoque amplía la titularidad de derechos humanos de todos los grupos poblacionales y coadyuva a que quienes otrora han sido excluidos sean considerados ahora sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana favoreciendo la cohesión social. Esto deriva en la adopción de convenciones específicas sobre algún grupo determinado de derechos, a fin de reafirmar la aplicación de aquellos derechos ya reconocidos en general en otros instrumentos internacionales.

En el ámbito de las libertades fundamentales, los derechos reproductivos —que incluyen el derecho a adoptar decisiones libres e informa-

das— son consustanciales a los comportamientos de la población, y deben ejercitarse sin coacción alguna y con disponibilidad de información, instrumentos y opciones relevantes. También son consustanciales: el derecho de las mujeres a vivir sin discriminación ni violencia de género, el derecho al libre desplazamiento dentro del territorio nacional —que atañe directamente a la migración interna— y el de los trabajadores migrantes y sus familias relativo a la migración internacional, y el derecho al trabajo y a la educación, todos ellos relacionados de manera particular con la dificultad de compatibilizarlos con la reproducción y la salud.²

Por último, las tendencias de la población también inciden en el ejercicio de los derechos, ya sea porque la localización de las personas puede constituir —de hecho constituye— un obstáculo para el acceso a los servicios o porque el crecimiento de la población o de determinados subgrupos genera presiones en materia de expansión de recursos destinados a programas sociales y en materia de sostenibilidad ambiental.

En resumen, tanto los comportamientos como las tendencias agregadas de la población son relevantes para la reducción de la pobreza y las inequidades, así como para el ejercicio de derechos. Por consiguiente, constituyen una condición importante a tener en cuenta para avanzar en la consecución de los objetivos acordados por la comunidad internacional, los cuales fueron plasmados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

2 Entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan se encuentran: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981), la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la Convención Internacional sobre la Protección de Todos los Derechos de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (2003).

Visión comprensiva de la situación del país y del avance en el cumplimiento de los acuerdos y objetivos internacionales

Las transformaciones demográficas

El cometido de esta sección es presentar un panorama muy general de las principales características poblacionales del país y situarlo en el contexto internacional. En las siguientes secciones del ASP se abundará en los componentes de la dinámica demográfica.

Uruguay inicia el siglo XXI con la transición demográfica completamente procesada. Desde principios de la década de 1990 se considera que el país culminó la etapa avanzada de la transición y se encuentra actualmente en un régimen pos transicional. Ello implica que alcanzó niveles de fecundidad reducidos, desde hace más de un quinquenio por debajo del nivel de reemplazo poblacional (la tasa global de fecundidad fue de 2 hijos por mujer en 2010) y que el nivel de mortalidad también es bajo. Según estimaciones del INE, la esperanza de vida al nacer alcanzó en 2010 la edad de 80 años entre las mujeres y 73 entre los varones. Estos valores sitúan a la población uruguaya entre los países de la región mejor posicionados en sus indicadores de mortalidad.

Estas tendencias, unidas a la importancia de la emigración internacional en la dinámica demográfica uruguaya, se tradujeron en un bajo crecimiento de la población y en el progresivo envejecimiento de la estructura de edades. El crecimiento de la población uruguaya ha sido muy moderado durante la mayor parte del siglo XX, acorde con el proceso lento y dilatado en el tiempo que tuvo la transición demográfica. A este ritmo lento le ha seguido recientemente una etapa de crecimiento prácticamente nulo, que se inicia a fines del siglo XX. El país creció a una tasa extremadamente baja en el período intercensal 1996-2004 (0,6%) y las cifras preliminares del censo 2011 indican que el crecimiento demográfico entre 2004 y 2011 fue también exiguo. En este resultado influyeron la progresiva reducción de la fecundidad y la nueva oleada emigratoria que registró el país a inicios de la década de 2000. Entre 2000 y 2006 se estima que se fueron en torno a 120.000 uruguayos.³ Esta tendencia comen-

3 Esta cifra surge de la sumatoria de saldos migratorios de uruguayos ingresados y salidos por el Aeropuerto Nacional de Carrasco. Debido a las características de la emigración uruguaya reciente, concentrada en destinos de larga distancia, este indicador ha sido considerado una aproximación confiable al saldo migratorio anual en Uruguay.

zó a revertirse solo muy recientemente, e incluso desde fines de la década de 2010 se observa un proceso de retorno de migrantes internacionales. A ello se suma que el país está recibiendo inmigrantes internacionales, que aun siendo un volumen escaso implica un cambio de tendencia que merece cierta atención, en la medida que Uruguay había dejado de ser receptor de población extranjera desde mediados del siglo XX.

En concordancia con su proceso de poblamiento y su historia, la imagen demográfica de Uruguay continúa siendo la de un país pequeño y con escaso o nulo crecimiento de la población desde hace varios años. Las cifras preliminares del censo de 2011 registran 3.251.000 personas residentes en el territorio uruguayo, apenas 10.000 personas más que el volumen registrado en el conteo de 2004.⁴

En el contexto latinoamericano Uruguay comparte junto con Argentina, Cuba, Costa Rica y Chile un perfil similar en cuanto al avance de la transición demográfica. El inicio de la transición de la fecundidad en Argentina y Uruguay tuvo lugar entre fines del siglo XIX e inicios del XX. Al promediar el siglo XX, la tasa global de fecundidad había alcanzado un valor cercano a los tres hijos por mujer, mientras que en el resto del continente el nivel de fecundidad rondaba los 6 hijos (Chackiel y Schkolnik, 1992). En los últimos veinte años, se ha registrado en la mayoría de los países de la región un fuerte descenso de la fecundidad y un acelerado proceso de envejecimiento. Con algunas excepciones, la mayoría de los países de América del Sur se acercan rápidamente a una fecundidad situada en el umbral de reemplazo o por debajo de éste y en consecuencia, muestran estructuras demográficas cada vez más envejecidas. Aun así, Uruguay continúa siendo el país más envejecido de América Latina.⁵

Los cambios ocurridos en la nupcialidad y las estructuras familiares en las últimas tres décadas, y su intensificación en el período reciente, combinados con el descenso de la fecundidad han contribuido a lanzar la discusión respecto a la emergencia de un régimen demográfico con características propias de la *segunda transición demográfica*.

El contexto económico

La economía uruguaya se ha caracterizado por fuertes discontinuidades en su desempeño, alternando períodos de crecimiento con períodos de recesión. Ejemplo de ello son las dos fuertes crisis ocurridas a inicios de 1980 y 2000 (Informe de Desarrollo Humano en Uruguay 2008). Luego de la recuperación de la recesión de la década de 1980, el producto por habitante creció durante casi toda la década de 1990, comenzando a caer a partir de 1998, cuando se instala un nuevo periodo de recesión, cuya cúspide se alcanza en 2002. A partir de mediados de 2003 comienza la recuperación y ya para 2006 el PBI per cápita había alcanzado el nivel previo al inicio de la crisis. La economía uruguaya continuó creciendo sistemáticamente, aun durante la crisis financiera internacional de finales de la década de 2000. Durante el quinquenio 2005-2009 la tasa de crecimiento anual de la economía fue de 6,2% (Informe de Coyuntura, 2009-2010) y en el año 2011 creció 5,7%.

A diferencia de la mayoría de los países de la región, que registraron un aumento de la desigualdad durante la década de los ochenta, Uruguay mantuvo sus bajos niveles de desigualdad relativa durante la llamada década perdida. Sin embargo, la desigualdad comenzó a aumentar de forma moderada a partir de 1995, y solo en 2006 se frenó esta tendencia. A pesar de contar con la mejor distribución de ingresos de la región, tanto en periodos de crisis como de expansión de la economía, se ha registrado una tendencia concentradora y las políticas redistributivas implementadas por el gobierno a partir de 2005 solo muy recientemente comienzan a mostrar sus efectos.

La década de 2000 se caracterizó por fuertes cambios en las condiciones económicas. A inicios de la década se desató una crisis económica de gran intensidad: entre 2001 y 2003 los ingresos per cápita del hogar cayeron 25%, el desempleo subió a 17% en 2002. Como resultado, la proporción de personas viviendo por debajo de la línea de pobreza llegó casi a 40% en 2003 (ver cuadro 1). A partir de este último año comienza la recuperación económica y el país entra en un ciclo de expansión que se mantiene hasta la actualidad. Además del vigoroso aumento

4 Debe hacerse notar que las cifras del conteo 2004 y el censo 2011 no son estrictamente comparables, ya que en 2004 no se incluyó la categoría de «moradores ausentes», que sí fue incorporada en el censo 2011.

5 Para una comparación de la situación uruguaya con el resto de los países latinoamericanos ver Chackiel y Schkolnik (2004).

del PBI, se registra una constante caída de la pobreza, que alcanza a 13,7% de las personas en 2011, el desempleo se reduce hasta alcanzar en torno a 6% en ese mismo año. Si bien es prematuro augurar una tendencia de reducción de la desigualdad, entre 2008 y 2011 los indicadores de desigualdad mostraron mejorías (Amarante, Colafranceschi y Vigorito, 2011; Alves *et al.*, 2010; INE 2012).

Tabla 1. Indicadores socio económicos seleccionados (Uruguay, 1990-2011)

Año	% Personas bajo la línea de pobreza (LP 2006)	Tasa de desempleo (%)	Índice de Gini (x 100)	PBI p/cápita (2005=100)
1990	25,5	8,6	41,9	78,3
1991	22,6	8,8	41,7	80,6
1992	21,6	8,9	44,9	86,5
1993	18,6	8,3	40,8	88,3
1994	18,0	9,2	42,3	94,2
1995	20,3	10,4	42,2	92,2
1996	21,5	12,0	42,8	95,9
1997	22,5	11,6	42,9	100,1
1998	21,6	10,1	43,9	104,1
1999	21,1	11,3	43,8	101,6
2000	23,0	13,6	45,5	99,2
2001	25,3	15,3	45,4	95,2
2002	31,6	17,0	45,8	87,8
2003	39,5	16,9	45,2	88,7
2004	40,0	13,1	46,0	93,2
2005	36,5	12,2	44,2	100,0
2006	33,8	11,4	46,3	104,1
2007	30,4	9,6	46,6	111,4
2008	22,8	7,9	46,2	120,6
2009	21,3	7,7	45,4	123,3
2010	19,5	7,1	44,2	
2011	13,7	6,0		

Fuente: Área de empleo e ingresos, IECON-FCEA; INE

En 1991 el desempleo se situaba en 8,9%; a lo largo de la década de 1990 aumentó de forma moderada, y durante la crisis económica y financiera de inicios de los 2000 llegó a su máximo, para luego comenzar a descender. Sin embargo, aun con valores históricamente bajos de desempleo, persisten algunas características estructurales del mercado de empleo uruguayo: una importante informalidad, concentración del desempleo en grupos vulnerables (mujeres, jóvenes y trabajadores poco calificados y afrodescendientes) (Amarante *et al.*, 2010). En función de estas características se considera que la inclusión de información relevante y actualizada en las desigualdades al interior del mercado de trabajo es crucial por dos razones: 1) la población obtiene sus ingresos fundamentalmente en el mercado de empleo, de modo que el acceso diferencial a puestos de trabajo (incluyen-

do la calidad del empleo) genera desigualdades en el bienestar económico y 2) están en juego los derechos de grupos vulnerables en un área clave del desempeño social y económico como es el trabajo.

El contexto socio-cultural

El acceso a la educación

Uruguay ha tenido un desarrollo temprano del sistema educativo en el contexto regional y, en particular, una fuerte expansión de la educación primaria a lo largo de todo el siglo XX. En el año 2007 el país se ubicaba entre los primeros cuatro países de la región en cuanto a matriculación de enseñanza primaria con 97,3%. Asimismo se constata que en 2006 94,4% de los escolares lograban culminar el quinto año de enseñanza primaria. Debe destacarse que desde inicios del siglo pasado el acceso a la educación primaria presenta niveles similares entre varones y mujeres.

En consecuencia, desde hace varias décadas es escasa la población sin instrucción en Uruguay. En 2011, según datos de la Encuesta Continua de Hogares (INE), 1,7% de la población mayor de 14 años era analfabeta (no podía leer ni escribir un párrafo), con un valor más alto entre la población masculina (2,1%) frente a la femenina (1,4%). La tasa de alfabetización en la población joven (15 a 24 años) alcanzaba a 99% en 2011, la más alta de la región (INE, 2011).

Los indicadores globales del país enmascaran sin embargo inequidades entre diferentes grupos poblacionales, los niveles de alfabetización, los años de estudio alcanzados, las tasas de asistencia y de egreso, son mayores entre las mujeres, en la capital del país y entre los grupos de mayores ingresos. Debe destacarse, que la principal expresión de las desigualdades educativas se observa en los niveles medio y superior del sistema educativo. Si bien el acceso a la educación secundaria se masificó durante el siglo XX, la permanencia en este ciclo y la culminación del ciclo que habilita el ingreso al ciclo de educación superior es uno de los problemas sociales más relevantes que enfrenta el país desde hace algunos años. En el apartado «Los adolescentes y jóvenes y su emergencia como un grupo prioritario» de este informe, orientado a estudiar la situación de los jóvenes, se presenta información más detallada en torno a esta problemática.

La diversidad racial y étnica del país ha sido un aspecto poco presente en la agenda social y política. Solo en los últimos años este tema ha cobrado importancia, en función de la movilización de los colectivos de afrodescendientes y en menor medida de la aparición de grupos que reclaman el reconocimiento de la identidad indígena del país.

Estas mismas movilizaciones fueron clave en lograr que los organismos oficiales incluyeran la dimensión étnico-racial en sus principales instrumentos de recolección de información de la población. La pregunta sobre ascendencia racial está incorporada al formulario de la Encuesta Continua de Hogares desde 2006 y ha sido incluida por primera vez en el censo de población de 2011.

Los análisis que han surgido de la información recabada a partir de las encuestas de hogares son consistentes en mostrar una situación claramente desfavorable de la población afrodescendiente en todas las dimensiones consideradas: la asistencia educativa es muy inferior a la de la población no afro en los niveles de educación secundaria y terciaria, el nivel de pobreza es el doble y las condiciones en el mercado de empleo son sistemáticamente peores (mayor desempleo, mayor precariedad, menor acceso a seguridad social, peores salarios a iguales condiciones de edad y educación) (Bucheli y Cabella, 2007).

Tabla 2. Indicadores de desigualdad según ascendencia racial (país urbano, 2006)

Pobreza	Ascendencia		
	Afro o negra	Blanca	Total
0-14	66,3	44,2	47,5
15-34	50,4	26,9	29,5
35-64	38,6	17,7	19,6
65 y +	19,6	7,3	8,0
Total	50,1	24,4	27,0
<i>Indicadores de mercado de trabajo</i>			
Tasa de actividad	66,1	60,1	60,8
Tasa de empleo	56,8	53,8	54,1
Tasa de desempleo	14,1	10,5	10,9
Cobertura seg. social en el empleo	51,6	66,5	65,0
<i>Indicadores de educación</i>			
Asistentes 14-17 años	68,4	80,5	79,1
Asistentes 18-24 años	22,3	40,7	38,9
Repitió al menos un año (Montevideo)	46,0	18,0	21,0

Fuente: Bucheli y Cabella, 2007

Si bien la movilidad educativa ha sido mayor entre las personas afrodescendientes, no hubo avances en la reducción de las brechas educativas raciales. La desigualdad racial, medida a través de las diferencias entre los logros educativos de la generación actual de adolescentes y sus padres, se ha mantenido constante entre ambas generaciones. Ello significa que no ha habido avances sociales en la disminución de la desigualdad racial y que el sistema educativo no contribuyó a disminuir la brecha racial (González y Sanromán, 2010).

El contexto político e institucional

En el año 1985 Uruguay concretó la salida del período dictatorial que interrumpió la democracia desde 1973, período en el cual se produjo un fuerte deterioro del ejercicio de derechos y del nivel de vida de la población.

El proceso de recuperación democrática puso el foco en reconquistar el ejercicio de los derechos políticos de la población y el fortalecimiento de las instituciones democráticas del Estado. Con el transcurso de las diferentes administraciones democráticas que se sucedieron en forma ininterrumpida y con alternancia de distintos partidos políticos en las administraciones de gobierno, se fueron incorporando lentamente a la agenda política y social, la implantación y profundización del ejercicio de derechos de segunda y tercera generación.

En el año 2005 el acceso del Frente Amplio (coalición de partidos de izquierda y centro izquierda) al gobierno nacional abrió una nueva etapa de la vida institucional del país, calificada como de signo progresista. Durante la primera administración de este partido político se implementó el Plan de Emergencia, destinado a mitigar los efectos del empobrecimiento y la exclusión social, que padecía un tercio de la población bajo el nivel de pobreza, 10% de la cual se ubicaba por debajo de la línea de indigencia. Las políticas implementadas desde el Ministerio de Desarrollo Social (creado por dicha administración) luego del Plan de Emergencia tuvieron su continuidad en el denominado Plan de Equidad.

La presente administración de gobierno ha puesto el foco en la problemática de los núcleos duros de exclusión social y en la realidad del interior del

país en lo que respecta a sus desventajosas asimetrías con la capital. El tema de la vivienda ha ocupado un lugar privilegiado en los anuncios iniciales del gobierno, que pretende impactar en la población más pobre a través del Plan Juntos o «Plan Nacional de Integración Socio-Habitacional Juntos» estableció la emergencia sociohabitacional de la población en situación de pobreza extrema a través de un decreto y una ley. El programa se orienta a atender a la población con mayor deterioro socioeconómico y falta de oportunidad de acceso a la vivienda. Hasta el momento el plan ha sido muy discutido, y es escasa la información sobre el ritmo de avance en su ejecución.

El gobierno nacional impulsó entre 2005 y 2009 un conjunto de reformas que en la dirección de configurar una **matriz de protección social**, cuya prioridad era la mejora de las condiciones de vida de la población, con énfasis en los procesos de inclusión social, el ejercicio de derechos y la construcción de ciudadanía. Entre los procesos de reforma más relevantes se pueden señalar:

- ü **Reforma tributaria**, centrada en la implantación de un Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas (IRPF), que ha modificado el sistema de tributos personales, tendiendo a que «paguen más los que tienen más» en consonancia con el programa de gobierno. Con fuertes críticas iniciales de la oposición y exigencia de ajustes desde los propios sectores del gobierno, esta herramienta ha transitado un proceso de aceptación progresiva.
- ü **Reforma sanitaria**, con la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que fortaleció la capacidad de rectoría del Estado, aumentó la cobertura sanitaria de la población, fortaleció el efector público a la vez que instaló una lógica de complementación público-privado, y triplicó la proporción de la población integrada a la Seguridad Social con cobertura del Fondo Nacional de Salud.
- ü **Reforma educativa**, la reforma educativa es considerada un factor clave pero su implementación ha tenido marchas y contramarchas. Su producto de mayor impacto fue la implementa-

ción del Plan Ceibal, que universalizó el acceso a computadoras entre todos los escolares de enseñanza primaria del sector público, y de algunos institutos privados que adhirieron a la iniciativa. Persisten desafíos vinculados sobre todo a la enseñanza media, en la cual se detectan altos niveles de deserción y discusiones respecto a la calidad de los contenidos así como a la calidad y cantidad de infraestructura disponible.

- ü **Reforma de la Seguridad Social**, que amplió la cobertura de las asignaciones familiares a las embarazadas, y aumentó los montos destinados a niños y adolescentes, exigiendo como contraprestación la inserción y permanencia de los mismos en el sistema educativo.
- ü **Políticas de empleo**, que reinstalaron los «consejos de salarios»⁶ lo cual tuvo alto impacto en la mejora y la recuperación salarial. Se constataron avances en la sindicalización y recuperación de derechos en colectivos de trabajadores postergados como los trabajadores rurales (jornada de 8 horas) y del servicio doméstico. Los niveles de desempleo tuvieron un descenso sostenido, llegando a 6% en el promedio de 2011, la tasa más baja en los últimos 25 años.
- ü **Políticas de igualdad de género**, dirigidas a superar las brechas entre varones y mujeres en distintos planos de la vida nacional. Se fortaleció la institucionalidad de género en el país, mediante la instalación del Instituto Nacional de las Mujeres en el Ministerio de Desarrollo Social y la aprobación por ley del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (2007-2011). Se crearon *mecanismos de género* en distintos ministerios, tendientes a la transversalización de género en las distintas líneas programáticas y estratégicas contenidas en el Plan.

En lo que respecta al proceso de **reforma del sector salud**, merecen ser señalados algunos de los aspectos que han sentado las bases de una nueva institucionalidad.

Los documentos oficiales y los proyectos de ley que han viabilizado la reforma identifican que la razón de ser de ese proceso, es el cambio de modelo

6 Ámbitos de negociación tripartita, con presencia estatal, de los trabajadores y de los empresarios.

en la atención, gestión y financiamiento de las instituciones integrantes del naciente Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Los aspectos vinculados al cambio en el modelo de financiamiento de las instituciones han sido ampliamente discutidos en ámbitos políticos, sociales, académicos y en los medios masivos de comunicación. Básicamente se ha centrado en la creación del FONASA, al cual se vierten los aportes del Estado, de las empresas y de los hogares. El aporte de los hogares se viabiliza como un porcentaje del salario que varía entre 3% y 6%, según la presencia o no de hijos en el núcleo familiar, acercándose a la noción de asociar el mayor aporte al mayor nivel de ingresos.

El FONASA es el que paga a los prestadores integrales integrados al SNIS, según dos modalidades:

- ü Cápita, cuyo monto varía según riesgo por edad y sexo. Se observan los mayores montos en niños, mujeres en edad reproductiva y adultos mayores.
- ü Metas prestacionales, que configuran un incentivo económico para desarrollar el cambio de modelo de atención, centrado en el mantenimiento de la salud de las poblaciones con enfoque preventivo.

La población con cobertura de la seguridad social, elige libremente el prestador integral, y el FONASA es quien paga.

Gasto social, con énfasis en educación y salud

La situación y evolución del gasto público social, en particular la participación del gasto en salud y educación, constituyen elementos centrales de la capacidad del Estado para cumplir con su función redistributiva y en consecuencia para evaluar su papel en el acceso a los recursos públicos de los distintos sectores de la población.

El gasto en salud en Uruguay creció 23,2% en términos reales entre los años 2004 y 2008, alcanzando 2.410 millones de dólares en 2008, lo cual representa 7,6% del PBI.

La relación gasto en salud-PBI presenta una tendencia decreciente en el período analizado, pasando de 10,9% en 2004 a 7,6% en 2008. Sin embargo, esto no significa que se verifique una disminución de los recursos ejecutados en salud ya

que la caída está relacionada con el desempeño del producto el cual creció casi 32% en el período en términos reales.

En este mismo período el gasto en educación aumenta 45% en términos constantes, y en 2008 alcanza a representar 3,7% del PBI, casi un punto más respecto al año inicial.

La distribución por componentes del gasto público social en 2008 muestra que 51% se orienta a gastos de seguridad social (de esta proporción 70% se destina a jubilaciones y pensiones). La salud ocupa el segundo lugar, con una participación de 21% y le sigue la educación con 17% del total.

Si bien en términos reales el gasto en seguridad social tuvo un pequeño crecimiento, debe notarse que entre 1998 y 2008 se reduce su peso en el total del Gasto Público Social (GPS).

Otro aspecto que cabe destacar es la evolución de la prioridad fiscal en los últimos años. La prioridad fiscal es el cociente entre el gasto público social y el gasto público total, y da cuenta del dinero que el Estado destina a solventar la cobertura social de la población. De acuerdo a los datos del Observatorio Social (2010) en 2008 la prioridad fiscal fue de 75%, 14 puntos porcentuales más alta que en 2004, momento a partir del cual el indicador comienza a recuperarse luego de la caída asociada a la crisis de inicios de 2000.

De acuerdo a un estudio presentado en 2010 (Llambí y otros), la desigualdad de ingresos se redujo en el año 2008, como resultado del efecto combinado de la implementación de la reforma de la salud, el aumento del gasto en educación y el rediseño del plan de Asignaciones Familiares (principal programa de transferencias en dinero hacia los hogares). En términos globales, estos cambios en el gasto público social contribuyeron a reducir 5% la desigualdad de ingresos. El estudio muestra también que aumentó el GPS específico destinado a mujeres y a jóvenes.

Finalmente, debe destacarse la importancia de los retornos de la educación en la tendencia concentradora que se registró desde fines de la década de los noventa (mediante el aumento del diferencial salarial entre los que acumularon más años de estudio) y que solo parece revertirse muy recientemente (Amarante *et al.*, 2010).

La deserción del sistema educativo de las generaciones de adolescentes y jóvenes de los estratos menos favorecidos emerge como uno de los prin-

cipales problemas que enfrenta el país. Los niveles de equidad de la población uruguaya dependerán en buena parte de la atención que se preste a este problema en los próximos años.

Avances en los acuerdos y objetivos internacionales:

CIPD/ODM y otras cumbres y conferencias internacionales

Para analizar el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos por el Estado uruguayo ante el Sistema de Naciones Unidas en las agendas de políticas de población, derechos humanos y reducción de la pobreza se dispone de una serie de informes que dan cuenta de los avances registrados: sobre las recomendaciones de la ICPD⁷ (López, Furtado, Abracinskas, 2009), sobre el cumplimiento de las metas planteadas por los ODM,⁸ (Naciones Unidas, Uruguay), sobre la aplicación de CEDAW (Inmujeres, Mides, 2009) y sobre las Metas UNGASS⁹ (MSP 2009) y CERD¹⁰ 2011 También se dispone de informes de monitoreo de los acuerdos realizados por la sociedad civil, en particular merecen destacarse los realizados por la Comisión Nacional de Seguimiento de las Conferencias de Cairo y Beijing (CNS Mujeres) desde el año 1998 (CNS, 1998; CNS 2005; CNS 2006; CNS 2009) y los realizados por MYSU en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva (MYSU, 2007; MYSU 2008; MYSU 2009; MYSU 2010).

Uruguay adoptó sin reservas las recomendaciones emanadas de las Conferencias Internacionales del Sistema de Naciones Unidas que tuvieron lugar en la década de los noventa en sus programas de acción así como las declaraciones acordadas en las sucesivas instancias convocadas para su revisión a cinco, diez y quince años de su realización.

En particular, merece destacarse la adopción del Programa de Acción de la CIPD (Cairo, 1994) y el Plan de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Un hecho destacable fue la

ratificación del protocolo facultativo de CEDAW y su promulgación por ley en el año 2001. Respecto a los ODM el país asumió una posición activa en el desarrollo de medidas para cumplir con las metas acordadas.

El país ha desarrollado diversas acciones para avanzar en las recomendaciones del Plan de Acción (PA) de la CIPD. Hay consenso en distintos actores implicados en su implementación y monitoreo, al señalar que el impacto de la CIPD en el país ha sido significativo y que hay un *antes y un después de El Cairo* (López Gómez, Furtado, Abracinskas, 2009)

Si bien se registran progresos importantes, resta aún mucho por hacer para cumplir plenamente con los objetivos y metas del PA en el país. Para ello se requiere de voluntad política para impulsar con visión estratégica una serie de medidas enfocadas desde una política nacional moderna de población y desarrollo, con capacidad para articular e integrar distintos componentes y objetivos de la CIPD.

Se pueden registrar progresos muy importantes desde 1994 a la fecha. Se avanzó en la construcción de la institucionalidad de género tanto a nivel nacional como en algunos gobiernos departamentales y se dispone de planes nacionales y departamentales para la igualdad de oportunidades y derechos. Asimismo hubo avances importantes en la legislación: en 2002 se aprobó la ley de violencia doméstica y en 2009 fue promulgada una ley que previene el acoso sexual en los ámbitos laborales y educativos y protege a sus víctimas. También en 2009, luego de una prolongada discusión fue aprobada una ley de cuotas parlamentarias, que contempla la participación equitativa de ambos sexos en los órganos electivos y en la dirección de los partidos políticos. Esta ley será aplicada integralmente en las elecciones nacionales y departamentales de 2014 y 2015.

En salud sexual y reproductiva (SSR), se avanzó en la implementación de servicios y en la existencia de normativas y guías clínicas en sus distintos componentes. Desde 2008 se cuenta con una ley marco de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva que establece que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, fortalece

7 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo, 1994.

8 Objetivos de Desarrollo del Milenio, Nueva York, 2000.

9 <http://www.un.org/ga/aids/> UN GA Special Session on HIV/AIDS.

10 Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.

las normativas vigentes en SSR y les otorga carácter de ley (Ley 18.426). Esta fue reglamentada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en setiembre de 2010 y se está diseñando su implementación en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Respecto a temas vinculados a la dinámica de la población, hay una mayor visibilidad de asuntos de relevancia para el país como migración, envejecimiento y transformaciones en las familias, sistema de cuidados y uso del tiempo en el trabajo remunerado y no remunerado.

En el año 2010 se crea la Comisión Sectorial de Población, a través del decreto 180/2010, coordinada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y con la participación de los gabinetes del área social. Esta comisión tiene por objetivos asesorar al Poder Ejecutivo en el diseño y ejecución de políticas públicas vinculadas a los temas poblacionales y demográficos.

El principal aprendizaje en estos dieciocho años de implementación del PA en Uruguay, es que —al igual que en otros países de la región—, se está *«frente a un proceso con un horizonte temporal mucho más lejano que el establecido en 1994 en El Cairo»* (Jaspers Fajjer, 2009).

Los avances registrados son producto de la interacción de diferentes actores: gobiernos, Estados, sociedad civil organizada, instituciones académicas, organismos de cooperación internacional, han jugado y juegan un papel relevante para el desarrollo del país y de la región. Según el documento reciente elaborado por Jaspers Fajjer (2009):

En los gobiernos ha recaído la responsabilidad principal de llevar adelante políticas y de asegurar los recursos para su implementación. Los organismos bilaterales y multilaterales de cooperación han brindado apoyo técnico y financiero para tales fines, y principalmente, han constituido los ámbitos donde dar seguimiento a lo acordado en la CIPD. La sociedad civil organizada ha cumplido en la región un excepcional rol de veeduría de la implementación del Programa de Acción, aportando insumos técnicos y participando activamente en el debate político. Los organismos de financiamiento internacional fueron fundamentales a la hora de facilitar la movilización de recursos necesarios para la ejecución de las políticas y también brindaron aportes técnicos relevantes...

Respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se han constatado avances dispares tanto hacia las metas globales planteadas para el 2015, como para las metas nacionales

ajustadas definidas de acuerdo a la realidad particular del país y su contexto regional.

En lo referente al ODM 1, se destaca que la pobreza y el hambre están en descenso, pero preocupa que los niños y jóvenes sean los grupos menos favorecidos por los avances. A partir de 2004 se constata una importante reducción en los niveles de pobreza y pobreza extrema (indigencia), que pasó de 40% de personas pobres en 2004 a 13,7% en 2011; en el mismo período se pasó de 4,9% de indigentes a 0,5%. La meta de menos de 14,1% de pobres ya fue alcanzada y la desaparición de la indigencia en 2015 es un logro posible con alta probabilidad. Sin embargo el fenómeno de infantilización de la pobreza determina que la disminución constatada sea de inferior magnitud en la población de menores de 14 años. La pobreza entre los menores de 6 años (26,1%) prácticamente duplica la observada en la población general. La desnutrición infantil expresada en bajo peso para la edad, afecta a un número desproporcionadamente alto de niños según los niveles de riqueza nacional alcanzados, con el consiguiente desafío de implantar políticas de redistribución de la riqueza.

Por otra parte, mientras que en la población general las metas referidas a desempleo y a empleo de calidad (aquel que incluye la seguridad social), ya han sido prácticamente alcanzadas, en la población de mujeres y en el quintil de 20% de personas más pobres, queda aún un importante camino por recorrer para alcanzar las metas planteadas por el país.

En el ODM 2, el gran desafío es la educación de nivel secundario y superar las inequidades según el nivel de ingresos. El país ha generado grandes avances en educación inicial logrando que en el año 2008, 96,7% de los niños de 5 años de edad estuvieran vinculados a ámbitos educativos, mientras que este indicador solo lograba en 1991 un guarismo de 76,5%. A los 3 años de edad, solo 42,6% asistía a instituciones educativas en 2005, mientras que en 2008 lo hacía 53,5%. La matrícula en educación primaria es muy elevada, llegando a una tasa neta de 97,8% en 2007. Sin embargo, si bien en 2006 se registraba que 94,4% culminaba 5º año de primaria, entre el quintil más pobre de la población de 18 a 20 años 13,8% no había logrado terminar la primaria, lo cual aleja la ilusión de la universalización de la educación primaria.

En lo que respecta a la enseñanza media básica y media superior se observa en el país un estancamiento, con tasas de egreso que no superan 70% para la primera, y no han llegado nunca a más de 37,5% en la educación media superior. Las brechas de inequidad son en este plano muy notorias, ya que la culminación del ciclo básico es 40% más baja en los jóvenes más pobres, respecto de los pertenecientes al quintil de mayores ingresos; en lo que refiere al egreso de la educación media superior, este es casi 5 veces menor entre los más pobres. El gran desafío del país es reducir los altos niveles de abandono o desvinculación de la enseñanza media, que resultan paradójicos por el desarrollo económico alcanzado y por los altos niveles de ingreso al sistema educativo.

Debe señalarse una inequidad de género que afecta negativamente a los varones, ya que a diferencia de otros países de la región, las mujeres uruguayas logran un mayor índice de egreso en todos los niveles educativos.

En lo que refiere al ODM 3, debe destacarse que la meta nacional se ha planteado en términos de *eliminar las disparidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisivos públicos y privados*. En términos de indicadores esto se traduce en participación y autonomía económica de las mujeres, y paridad en materia de representación y poder político.

Si bien las mujeres presentan una tasa de actividad y empleo 20 puntos menor a la de los hombres y una tasa de desempleo superior, se observa una mejora en la situación de las mujeres en el mercado laboral al comparar los datos de 2007 con los de 2011. Las mujeres ingresan en mayor proporción al mercado laboral y si bien las tasas de desempleo han descendido en ambos casos, en mayor medida ha disminuido para las mujeres.

Otra desigualdad de género aún vigente se refiere a la brecha de ingresos entre hombres y mujeres. Las remuneraciones entre hombres y mujeres con similares niveles de instrucción, se mantiene aún en el orden de 10%. Se constata con preocupación que la brecha salarial no ha descendido entre las personas de más alto nivel educativo: cuando las mujeres tienen 16 y más años de estudio perciben 74% de lo que perciben los varones con igual nivel educativo (Inmujeres Mides, 2011).

En estos planos se observa inequidad social y de género, ya que la sobrecarga que significa la inser-

ción en el mercado laboral a la vez que se mantienen las tareas de trabajo no remunerado, es mayor entre las mujeres más pobres. Esto instala el desafío de implementar procesos tendientes a la redistribución del trabajo no remunerado entre varones y mujeres, y desarrollar un Sistema Nacional de Cuidados para las personas dependientes (primera infancia, enfermos, discapacitados y tercera edad).

En lo que respecta a la participación de las mujeres en los ámbitos de decisión política debe señalarse que se han observado más avances en los comicios departamentales, que en lo que refiere a la representación en los tres Poderes del Estado: en el Poder Ejecutivo solo 14% son ministras, en el Poder Legislativo 13% senadoras y 15% diputadas y en el Poder Judicial, la Suprema Corte de Justicia no tiene en su integración mujeres ministras (Inmujeres, 2011b) La ley de cuotas N° 18.476 aprobada en marzo de 2009, promete modificaciones para el 2014, año en que se implementará su aplicación.

Respecto al ODM 4 son notorios los avances del país en lo que refiere a la mortalidad infantil, que alcanzó en 2010 el valor de 7,7‰ nacidos vivos y en el 2011 el valor provisorio que difundió el MSP de 8,9‰ nacidos vivos, aunque persisten brechas reducibles de mortalidad al comparar con realidades similares a la uruguayana, como la de Chile. Asimismo se logró descender a prácticamente la mitad la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años que en 1990 era de 23,4‰, y en 2008 bajó a 12,6‰, si bien para lograr la meta de *reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años*, habrá que mantener en los próximos años la tendencia descendente y aumentar su ritmo de reducción. Resolver la infantilización de la pobreza y mejorar la captación precoz y control de las embarazadas, están en la base de estas posibilidades.

El ODM 5 de *mejorar la salud materna*, ha mostrado avances en el logro de la meta planteada ya que la razón de mortalidad materna descendió de 38 por 100.000 nacidos vivos en 1991 a 25 por 100.000 nacidos vivos en 2010.

La reducción de la muerte materna ha estado vinculada a un conjunto de mejoras en el campo de los servicios de salud sexual y reproductiva:

- ü La amplia cobertura de métodos anticonceptivos modernos brindados gratuitamente a las mujeres en los centros de salud del subsector públi-

co, que llevó a que tres de cada cuatro mujeres uruguayas use un MAC, de acuerdo a los datos obtenidos en la Encuesta Género y Generaciones (Uruguay, 2004).

- ü El desarrollo de la asesoría pre y pos aborto en el marco de las Iniciativas Sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo. A partir de un inicio focalizado en la principal maternidad pública del país (Centro Hospitalario Pereira Rosell), en 2004 una ordenanza del Ministerio de Salud Pública habilitó estas prestaciones en todos los servicios, y sus contenidos han sido incorporados en la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva aprobada en 2008, de reciente reglamentación en setiembre de 2010.
- ü El país ha mantenido a pesar de los avatares económicos y sociales, un porcentaje de 99% de partos institucionales.

Permanecen como desafíos la captación precoz del embarazo y el adecuado control del mismo, particularmente entre las mujeres más pobres, así como la extensión del control puerperal y la eliminación de los abortos realizados en condiciones de riesgo, ya que se constata que todas las muertes maternas están vinculadas a causas evitables. El desafío de las inequidades territoriales entre

Montevideo y el interior también permanece en la agenda de asuntos a abordar.

Respecto al ODM 6 debe señalarse que en Uruguay la epidemia presenta un patrón de distribución denominado «de tipo concentrada»: baja prevalencia de VIH en la población general (0,42%) y alta prevalencia (superior a 5%), en poblaciones específicas (MSP, 2011). Cabe destacar que el acceso a los antirretrovirales por parte de las personas que viven con VIH-sida ha registrado avances en los últimos años.

El ODM 7 vinculado a garantizar la sustentabilidad ambiental, plantea la problemática del aumento constatado en el uso de plaguicidas, fertilizantes y herbicidas que aumentó la degradación del suelo y el agua. El cultivo de soja ha estado vinculado a estos fenómenos. En 30% del territorio se observa algún nivel de erosión.

Otro aspecto que merece especial atención es el vinculado a los asentamientos precarios de población y el acceso a la vivienda saludable. En Montevideo ha aumentado el número de personas que viven en asentamientos, pasando de 121.168 en 1998 a 144.707 en 2006. El fenómeno se ve agravado por el hecho de que los más jóvenes, menores de 20 años, son 49% de esta población. La actual administración ha puesto el foco en esta problemática planteada como una prioridad de gobierno, que busca brindar respuestas a través de su Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, la Agencia Nacional de Vivienda y el Plan Juntos.

La dinámica de población y la salud sexual y reproductiva en el contexto de los procesos económicos y sociales

Esta sección tiene por cometido trazar las principales líneas del perfil demográfico del país, con especial mención a sus vinculaciones con los avances producidos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Los cambios en las variables demográficas suelen expresarse tanto en el largo como en el corto plazo. A pesar de que este informe analiza la evolución de la situación de la población durante la última década, también se considerarán las transformaciones demográficas durante un período más amplio.

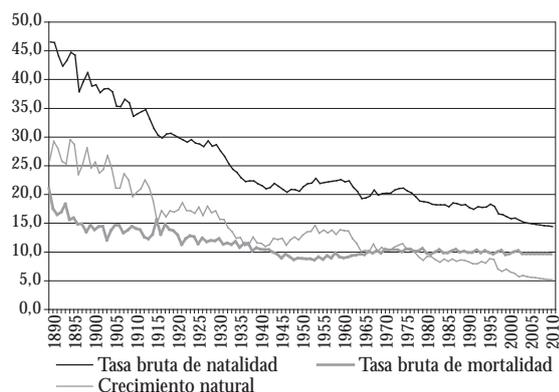
Existe una vasta documentación sobre los cambios demográficos ocurridos en Uruguay. Afortunadamente se cuenta con series de registros continuos (principalmente estadísticas vitales) y encuestas de hogares, que permiten delinear con suficiente profundidad histórica y muchas veces en detalle, las características de la dinámica demográfica y las especificidades de los distintos grupos sociales y etarios.

Recientemente, en consonancia con el mayor interés que ha despertado la situación demográfica del país en el ámbito de decisión política y en la sociedad en general, se ha acumulado una producción creciente de análisis sobre la cuestión demográfica. Así, en esta última década se cuenta con diversos informes y publicaciones elaboradas en universidades, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y organismos internacionales.

Trayectoria y crecimiento de la población, en el marco de la transición demográfica

La cronología del cambio demográfico en Uruguay es usualmente catalogada como precoz, en la medida que el inicio de la transición demográfica se remonta a fines del siglo XIX. Esta particularidad ha diferenciado su dinámica demográfica de la de los otros países latinoamericanos (exceptuando a Argentina) y de la mayoría de los países no industrializados. Las transformaciones demográficas que acompañaron la modernización de la sociedad y los cambios sociales propios de la industrialización y la urbanización, constituyen en su conjunto el proceso conocido como primera transición demográfica. Este proceso implica el pasaje de un equilibrio de población caracterizado por el bajo crecimiento demográfico, sostenido por altas tasas de mortalidad y natalidad a otro régimen también de crecimiento bajo o nulo, pero en este caso producido por la combinación de tasas bajas de natalidad y mortalidad.

Gráfico 1. Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural (Uruguay, 1890-2006). Tasas por mil



Fuente: Cabella y Pellegrino, 2009

El temprano descenso de la fecundidad determinó que el país fuera configurando una estructura demográfica crecientemente envejecida, intensificada por la reversión del patrón migratorio; Uruguay pasó de ser una sociedad receptora hasta mediados del siglo XX, para transformarse en un país de emigración, lo que restó población en edades jóvenes a la estructura demográfica. Muy recientemente, esta tendencia ha vuelto a modificarse, resultando nuevamente superior el número de inmigrantes de retorno y no nacionales en relación a los emigrantes.

En términos generales, puede decirse que Uruguay tiene una población pequeña en relación al territorio y que ésta es una característica de la historia demográfica del país. La población urugua-

ya censada en 1908 apenas superaba el millón de personas. El censo siguiente, realizado en 1963 estimó que la población alcanzaba a 2.6 millones, en 1975 aumentó a 2.8 millones, en 1985 a 2.95 y en 1996 a 3.2 millones de habitantes.

De acuerdo al conteo realizado en 2004, la población uruguaya era aproximadamente 3.300.000 personas. Entre 1996 y 2004 la tasa de crecimiento se situó en torno a 0,2%. La lentitud en el crecimiento demográfico, característica del país en las últimas décadas, se vio acentuada en el primer quinquenio de la década de 2000. En 2001 la tasa de crecimiento exponencial de la población fue cercana a cero y en los dos años siguientes tuvo signo negativo, principalmente como consecuencia de la fuerte ola emigratoria que acompañó la crisis económica desatada a inicios de la década. El INE estima tasas de crecimiento positivas, aunque bajas, para el último quinquenio de la proyección. Al momento de la redacción de este informe se hicieron públicos los resultados preliminares del Censo 2011, los cuales confirman la tendencia de lento crecimiento.

En la tabla 3 se presenta la evolución de los principales indicadores demográficos del país desde mediados de la década de 1996 hasta el año 2010.

La tasa bruta de natalidad ha mostrado un descenso importante entre 1996 y 2004, en razón de una fuerte disminución de los nacimientos durante ese período. A partir de 2005 se observa la estabilización tanto de la natalidad como de la fecundidad. No ha

Tabla 3: Indicadores demográficos seleccionados (Uruguay, 1996-2010)

Año	Población Total	Crecimiento exponencial (por mil)	TBN	TGF	TBM	Esperanza de vida al nacer		TMI Total	% Población menor de 15 años Total	% Población 65+años	
						Varones	Mujeres			Varones	Mujeres
1996	3.235.549		18,2	2,5	9,6	69,9	78,0	17,5	25,5	10,8	14,6
1997	3.256.182	5,4	17,8	2,4	9,3	70,4	78,3	16,9	25,3	10,8	14,7
1998	3.273.777	4,6	16,5	2,3	9,7	70,1	78,0	16,5	25,2	10,9	14,8
1999	3.288.819	3,7	16,4	2,3	10,0	70,1	78,0	14,4	25,0	10,9	14,9
2000	3.300.847	2,3	16,0	2,2	9,2	71,0	79,0	14,1	24,9	10,9	15,0
2001	3.308.356	0,1	15,7	2,2	9,4	71,2	78,8	13,9	24,7	10,9	15,1
2002	3.308.527	-1,5	15,8	2,2	9,7	71,1	78,8	13,6	24,5	10,9	15,2
2003	3.303.540	-0,5	15,4	2,2	9,9	71,2	78,8	15,0	24,4	10,9	15,2
2004	3.301.732	1,2	15,1	2,1	9,4	71,7	78,9	13,2	24,2	10,9	15,3
2005	3.305.723	2,6	14,9	2,0	9,4	72,0	79,4	12,7	23,9	11,0	15,4
2006	3.314.466	2,8	14,8	2,0	9,4	72,1	79,5	10,5	23,7	11,0	15,6
2007	3.323.906	3,0	14,7	2,0	9,4	72,3	79,6	11,9	23,4	11,0	15,7
2008	3.334.052	3,3	14,6	2,0	9,4	72,4	79,7	10,6	23,1	11,1	15,8
2009	3.344.938	3,5	14,5	2,0	9,4	72,6	79,8	9,6	22,9	11,1	15,9
2010	3.356.584	3,6	14,4	2,0	9,4	72,7	79,9	7,7	22,6	11,1	15,9

Fuente: Proyecciones de Población, Revisión 2005, Instituto Nacional de Estadística, excepto tasa de mortalidad infantil, datos del MSP

sido estimado el impacto de la emigración sobre la natalidad uruguaya, pero en la medida en que las corrientes se componen fundamentalmente de personas jóvenes, es esperable que la emigración haya contribuido a disminuir el número de nacimientos.

En los últimos años la reducción de la natalidad y de la fecundidad se desacelera, y prácticamente se puede decir que ambos indicadores están estancados. Los nacimientos también muestran un estancamiento, oscilando en torno a los 47.000 desde el año 2006.

Considerando las tendencias de largo plazo, es esperable que el país mantenga tasas de crecimiento cercanas a cero en los próximos años, aun cuando puedan observarse ciclos puntuales de mayor aumento de las tasas.

Cambios en la situación de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la fecundidad

En este apartado se presentan los datos más significativos sobre la situación de la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en servicios de anticoncepción y acceso a métodos anticonceptivos y atención institucional del embarazo y parto y la relación con indicadores sobre fecundidad (fecundidad adolescente y fecundidad no deseada). Para ello se utilizan fuentes oficiales, estudios académicos y otros realizados por organizaciones no gubernamentales.

La fecundidad uruguaya ha presentado históricamente niveles bajos en el contexto regional. En consonancia con el inicio temprano de la transición de la fecundidad, el promedio de hijos por mujer era un poco menor a tres a mediados del siglo XX, la mitad respecto a las estimaciones para inicios de ese siglo.

De acuerdo a las cifras publicadas por el INE, en 2004 la fecundidad uruguaya franqueó el umbral de reemplazo por primera vez en la historia demográfica del país. En ese año la tasa global de fecundidad alcanzó el valor de 2.08 hijos por mujer. Aunque aún es prematuro establecer si este valor responde a un cambio estable en el nivel de la fecundidad de la población u obedece a efectos coyunturales, la monotonía del descenso de la TGF registrada desde 1996 sugiere que la población uruguaya está procesando un cambio significativo en sus pautas reproductivas.

A pesar de que, respecto al promedio latinoamericano, el país registra niveles bajos de fecundidad desde hace ya varias décadas, cabe señalar que existen diferencias sociales y territoriales significativas en el comportamiento reproductivo uruguayo. Si bien estas brechas no tienen la magnitud observada en algunos países del continente latinoamericano de transición más tardía, las diferencias entre sectores dan cuenta de la polarización social en las pautas de fecundidad.

Según estudios nacionales (Varela *et al.*, 2008) estas transformaciones están relacionadas con los grupos sociales ubicados en los dos extremos del nivel educativo. Según estas autoras la educación es una variable clave para analizar los diferentes patrones de fecundidad. Las mujeres con nivel educativo más bajo presentan un modelo reproductivo cuya descendencia supera la media nacional, con patrones característicos de la primera transición demográfica (edad media del primer hijo a edades tempranas), otro sector de mujeres se aproxima a finalizar dicha transición y un tercer grupo, asociado a nivel educativo alto, presenta patrones propios de la segunda transición demográfica (con niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y aplazamiento del calendario reproductivo).

Cabe destacar que el descenso reciente de la fecundidad ha cobrado una gran relevancia en el país, en la medida que existe preocupación, tanto en el medio académico como político, respecto a las consecuencias sociales y demográficas de este nuevo ajuste de la fecundidad. En particular, las inquietudes giran en torno a la viabilidad futura de una población pequeña y envejecida y a la recarga sobre el sistema de seguridad social que implicaría un descenso sostenido de la fecundidad. Se espera entonces que un análisis demográfico exhaustivo de la reducción de la natalidad y la fecundidad recientes contribuya a delimitar más precisamente las características y la eventual continuidad de este fenómeno.

Otro aspecto de la fecundidad uruguaya que debe considerarse en profundidad es la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad efectiva. De acuerdo al estudio de Peri y Pardo (2008) un sector de las mujeres uruguayas tiene menos hijos que los deseados. La insatisfacción con la fecundidad alcanzada, se constata especialmente entre las mujeres con mayores niveles educativos, una vez terminada su vida reproductiva estas mujeres declaran que hubie-

ran deseado tener más hijos que los efectivamente tenidos. Por otro lado, hay una porción de mujeres con bajo capital educativo que declara la situación inversa, es decir que al cabo de su vida fértil el número de hijos alcanzado superó al número deseado. Un aspecto que merece destacarse de este informe es que los autores destacan que ha aumentado la cantidad de mujeres cuya fecundidad es menor a la deseada.

Finalmente, cabe destacar que en las últimas décadas la fecundidad de las adolescentes uruguayas, que tradicionalmente presentaba un nivel significativamente más bajo respecto al promedio de los países de la región, ha aumentado su nivel. Si bien su evolución ha sido fluctuante y en los últimos años se observa una reducción de la tasa (que pasa de 71 a 60‰ entre 1996 y 2004), el fenómeno de la maternidad adolescente ha despertado preocupación entre diversos actores. Entre otros aspectos, cabe destacar que son las adolescentes de los sectores más desfavorecidos las que dan cuenta de la casi totalidad de la fecundidad adolescente y que en general la maternidad en este período de la vida se asocia con la falta de estímulos para permanecer en el sistema educativo. Este aspecto es crucial en la medida que el mercado de trabajo absorbe con mayor intensidad a las personas más calificadas, quienes además obtienen mayores ingresos.

La relación entre los cambios que se registran en la fecundidad, los modelos reproductivos observados y el impacto de las políticas que se han desarrollado en Uruguay a partir de la CIPD en materia de género y acceso a la salud sexual y reproductiva, la promoción de derechos y más específicamente las prestaciones en anticoncepción en servicios de salud requieren estudios específicos aún no disponibles en el país.

Uruguay no ha instrumentado estudios de DHS (encuestas de demografía y salud, sigla por su denominación en inglés) y de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos. El estudio nacional más reciente fue el Proyecto Género y Generaciones: Reproducción biológica y social de la población uruguaya realizado entre los años 2004-2006 y que fuera coordinado de manera interinstitucional por organismos gubernamentales, no gubernamentales, académicos y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). El mismo ofrece información relevante sobre diversos tópicos vinculados a la población y SSR. Por su parte, el Observatorio Nacional en

Género y SSR, programa implementado por MYSU produce desde 2007 información sobre acceso y uso de servicios en SSR, en particular demanda no satisfecha en anticoncepción (MYSU 2008; 2009). Según el informe Género y Generaciones (2005) el uso de métodos en relaciones sexuales recientes mostró una frecuencia de 65% en varones y 62% en mujeres.

Distintos estudios son coincidentes respecto a la distribución del uso de MAC: entre 50 y 55% (métodos hormonales, ACO); 28% de preservativo masculino; entre 15 y 20% (DIU). El acceso a ligadura tubaria se ubica en menos del 10% y de vasectomía no se dispone de información (Género y Generaciones, 2006; MYSU 2008; MYSU 2009). El estudio del año 2009 del Observatorio en Género y SSR mostró que el uso habitual de MAC se ubicó entre 70 y 75% para mujeres usuarias de servicios públicos de salud. Según el mismo estudio las adolescentes y las mujeres mayores de 36 años son quienes reportan un menor uso (MYSU 2009).

La edad media de inicio de las relaciones sexuales fue de 15,3 años entre los varones, mientras que entre las mujeres se ubicó en los 18,7 años para el año 2004 según el Informe Género y Generaciones. Entre los varones este indicador no mostró mayores variaciones en los diferentes estratos socioeconómicos. En las mujeres se observó una diferencia de casi tres años entre la edad media de inicio en el nivel socio económico alto (media: 20,3) y el bajo (media: 17,5). Según este estudio, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de los varones se mostró independiente del nivel educativo, mientras que en las mujeres se observó una diferencia significativa entre las que lograron ingresar en el nivel terciario con 12 años de estudio o más (media: 19,8), respecto a aquellas que no lograron completar los estudios secundarios (media: 17,7).

Las diferentes generaciones de varones evidencian un comportamiento similar respecto a la edad de inicio de sus relaciones sexuales ya que adolescentes, hombres jóvenes y adultos, mayoritariamente ubicaron su inicio sexual entre los 15 y los 17 años.

Las mujeres en cambio mostraron un cambio generacional respecto a la edad de inicio de su vida sexual, ya que la proporción que se inició sexualmente entre los 15 y 17 años mostró una disminución progresiva al aumentar la edad. En las mujeres de 40 a 59 predominó el inicio sexual entre los 18 y 19 años, mientras que en las de 25 a 39 las edades

de inicio se concentraron claramente entre los 15 y 17 años.

En cuanto al acceso a prestaciones en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud, los informes más recientes disponibles provienen del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, programa desarrollado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) con el apoyo de UNFPA. Según su Informe 2009, los resultados obtenidos mediante un estudio cuanti-cualitativo para conocer el grado de implementación y acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva en servicios de salud a nivel nacional, muestra que, en términos generales, los profesionales poseen un alto conocimiento de las normas y guías clínicas vigentes (las cuales refieren a anticoncepción reversible, embarazo, parto, puerperio, prevención de aborto inseguro, detección y atención de violencia doméstica y sexual, prevención de cáncer genito-mamario, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH-sida). Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos no se puede afirmar lo mismo en las usuarias encuestadas quienes manifiestan un alto conocimiento de algunas normas y un bajo conocimiento de otras. El conocimiento de las normas y guías clínicas no se correlaciona con su implementación por parte de los profesionales ni con su exigibilidad por parte de las mujeres. El informe ofrece información novedosa sobre barreras funcionales, organizativas, socio-culturales y económicas para el acceso a los servicios y prestaciones en salud sexual y reproductiva.

Por su parte, el Informe «Logros y desafíos de la equidad en salud en Uruguay» (MSP, 2010), señala que en materia de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y de acuerdo a la información aportada por el Sistema Informático Perinatal (SIP) para el año 2007, un valor global de 58% en la captación temprana del embarazo (durante el primer trimestre de embarazo), apreciándose diferencias significativas según el nivel educativo de la mujer. Aquellas con educación terciaria alcanzan 85% de captación, mientras que aquellas con nivel educativo bajo (primaria incompleta) la cifra se ubicó en 40%. Respecto al número de controles, se señala que 1 de cada 5 mujeres tuvo menos de seis consultas de control (por debajo del número adecuado de controles, seis). Al igual que con respecto a la captación temprana del embarazo, el número de controles se diferencia por nivel educativo de la mujer; 4 de

cada 10 mujeres con nivel educativo bajo presentan menos de seis controles, mientras que las mujeres con nivel educativo alto presentan seis controles o más. En cuanto a la atención institucional del parto, 99% de los partos asistidos en el 2008 fueron atendidos por profesionales en el sistema institucional de atención de la salud (médicos, 74%; parteras 26%) lo cual se acepta como un indicador de buena capacidad de respuesta institucional del sistema y de calidad de atención. Finalmente respecto a la disponibilidad de una canasta básica de métodos anticonceptivos en los servicios de salud, el informe señala que desde 2005 se realiza la dispensación sin costo de métodos a toda la población que se asiste en los servicios de ASSE. La compra de métodos durante los últimos años se ha realizado con el apoyo técnico de UNFPA e incorporado en las líneas presupuestales del MSP.

El acceso a las prestaciones integrales en salud sexual y reproductiva en los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud es uno de los retos mayores en materia de políticas en salud sexual y reproductiva. La reglamentación realizada por parte del MSP en setiembre de 2010 de la ley 18.426 de Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva establece la obligatoriedad a todos los efectores del SNIS de incorporar prestaciones en salud sexual y reproductiva a partir de enero de 2011. Ello busca garantizar mejores condiciones para el acceso a los métodos anticonceptivos reversibles y no reversibles, a la atención en violencia doméstica y sexual, a la atención ante embarazos no deseados y prevención de aborto inseguro, a la atención de la salud sexual y orientación en asuntos vinculados a la vida sexual, entre otros. En 2010 fueron publicadas las pautas para la implementación de las prestaciones en salud sexual y reproductiva dirigida a los servicios de salud del SNIS, por parte de la Junta Nacional de Salud, del Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP y de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva.

La ley 18.426 (diciembre 2008) y su correspondiente decreto de reglamentación para su implementación (aprobado en setiembre de 2010) significan un avance importante en materia de acceso a la salud sexual y reproductiva, al «blindar» y darle rango jurídico mayor a un conjunto de normativas sanitarias y guías clínicas vigentes en el país desde hacía varios años en materia de salud sexual y reproductiva. La

universalización de las prestaciones es un paso muy importante en la garantía de derechos.

En el año 2012 la Comisión Especial Parlamentaria correspondiente aprobó una iniciativa de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo, por lo cual durante el correr del año será sometido a votación en la Cámara de Diputados, reabriendo la discusión sobre la (des)penalización del aborto en el país que había sido objeto de veto presidencial en 2009.

Cambios en la mortalidad y la morbilidad general, infantil y en la niñez y materna

Esta sección aborda la evolución de los indicadores de mortalidad, sus determinantes estructurales, sociales, culturales y demográficos, así como los significados sanitarios y políticos de los datos. Con este objeto se revisan y analizan fuentes oficiales nacionales e internacionales (MSP; INE; documentos de la ENIA, OPS), académicas (Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar) y de organizaciones de la sociedad civil (MYSU, SMU). Asimismo, se busca mostrar la distribución social de la enfermedad y la muerte en la población uruguaya, así como también contrastar los datos con las políticas orientadas a combatir estas desigualdades.

Desde inicios del siglo XX, los indicadores de la mortalidad en Uruguay han dado cuenta del buen desempeño de la salud de su población. Durante la mayor parte del siglo pasado, Uruguay ocupó posiciones de liderazgo entre los países de América Latina en los principales indicadores de mortalidad: la esperanza de vida y la mortalidad infantil. Si bien en las últimas décadas el avance en el combate contra la mortalidad registrado en Cuba, Costa Rica y Chile y el estancamiento relativo de Uruguay implicaron la pérdida de su liderazgo, el país continúa mostrando valores favorables en ambos indicadores en el contexto regional. Entre los avances destacables, cabe consignar que durante el último quinquenio la reducción de la mortalidad infantil permitió que el país se encuentre a escasos puntos de alcanzar el objetivo del milenio para este indicador.

La evolución de la esperanza de vida

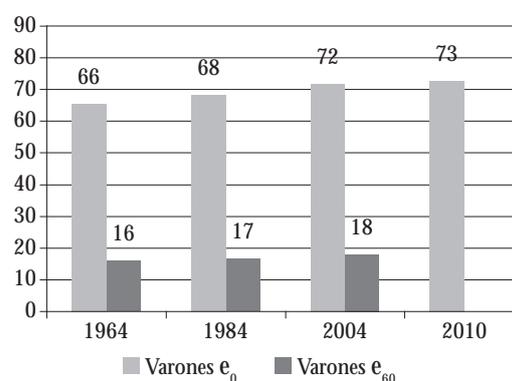
De acuerdo a las estimaciones del INE, la esperanza de vida al nacer en 2010 alcanzó 76,2 años

en el promedio de la población (80 años entre las mujeres y casi 73 años entre los hombres). Estas cifras, estimadas con base en proyecciones, indican el aumento de un año de vida desde 2004, último dato censal de población por edad disponible. Cabe destacar que entre 1996 y 2004, ambos años censales, también se registró el aumento de un año de vida en el indicador que refleja la esperanza de vida a los 60 años de ambos sexos.

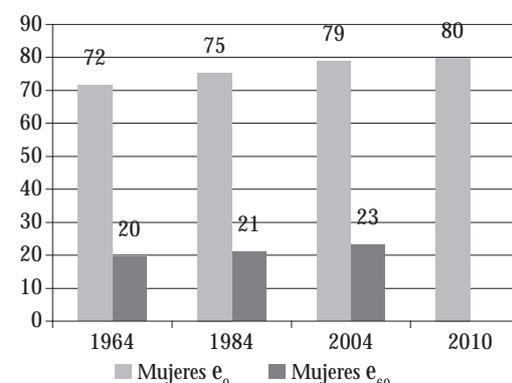
En el gráfico 2 se representa la esperanza de vida al nacer y a los 60 años en el último medio siglo. Entre 1964 y 2004 la expectativa de vida de la población uruguaya experimentó ganancias considerables, aun partiendo de niveles que ya eran bastante altos para el promedio de América Latina. Los hombres ganaron seis años de vida entre 1964 y 2004 en la esperanza de vida al nacer (66 a 72 años) y las mujeres ganaron 7 años. También se registraron ganancias en el indicador que expresa los años que se espera vivir una vez alcanzados los 60 años, reflejando las

Gráfico 2. Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 60 años por sexo (Uruguay, años seleccionados)

Varones



Mujeres



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, elaborado con base en estadísticas vitales de MSP y datos censales

mejoras en la mortalidad de los adultos mayores. Los hombres aumentaron dos años su expectativa de vida a los 60, mientras que este indicador mostró un crecimiento de tres años entre las mujeres.

En suma, la evolución de la mortalidad uruguaya ha mostrado un desempeño razonable en el último medio siglo. No obstante, podría esperarse que la tasa de crecimiento del indicador de esperanza de vida mostrase un ritmo más acelerado, en función del desempeño observado en países que en la década de 1980 mostraban niveles similares al uruguayo (Chile y Costa Rica por ejemplo).

La brecha entre mujeres y varones, que ya a mediados del siglo XX mostraba una ventaja femenina de seis años en la esperanza de vida al nacer y de 4 años en el indicador de expectativa de vida a los 60 años, continuó acentuándose. En 2004, las mujeres podían esperar vivir siete años más que los varones al momento de su nacimiento y una vez alcanzados los sesenta, la distancia es todavía importante, marcando una diferencia de cinco años a favor de las mujeres, con una expectativa de vida de 23 años, frente a 18 años entre los varones.

Las tasas de mortalidad general por edad y causas

La mortalidad general ha mantenido niveles similares en las últimas cuatro décadas, con tasas brutas del orden de 10‰ habitantes. Según el Informe elaborado por la División Economía de la Salud del MSP, la tasa de mortalidad general por todas las causas fue de 10,1‰ habitantes para el 2007, correspondiendo 51,8% de las muertes al sexo masculino. 82% de la mortalidad se produce a partir de los 60 años, como es característico de las poblaciones con la composición de edad y sexo como la uruguaya, en etapas avanzadas de su transición demográfica (MSP, 2010).

A lo largo del siglo XX, en línea con los fuertes avances logrados en el combate contra la letalidad de las enfermedades, la mortalidad experimentó reducciones a todas las edades. A medida que el país fue avanzando en el proceso de transición epidemiológica, cuyos inicios se remontan a fines del siglo XIX, la muerte comenzó a trasladarse hacia edades progresivamente más tardías, y la mortalidad en la niñez y la juventud comenzó a transformarse en un evento cada vez más raro.

A pesar de que los cambios más impactantes en la mortalidad por edades se procesaron en la prime-

ra mitad del siglo XX, en los últimos veinte años la mayoría de los grupos de edad continúan registrando avances. Entre 1980 y 2009, las curvas de mortalidad por edad muestran reducciones considerables, especialmente entre las mujeres, a excepción de los grupos de jóvenes (15 a 24 años), en todas las edades se registran ganancias en ambos sexos.

En lo que respecta a la mortalidad en adolescentes y jóvenes debe destacarse que están vinculadas en su mayoría (aproximadamente 60%) a las «causas externas»: accidentes de tránsito (22%), suicidios (18%) y homicidios (12,9%). Todas podrían considerarse como muertes precoces y evitables y sumaron 2.383 adolescentes y jóvenes fallecidos en el período 2005-2009.

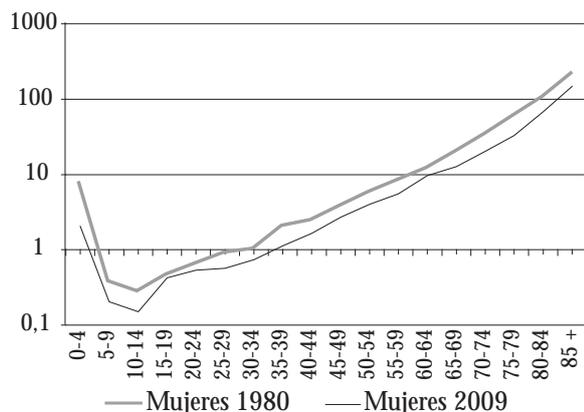
Un aspecto que debe ser tomado en cuenta en la prevención de las muertes en esta etapa de la vida, es el predominio de los varones (8 de cada 10 defunciones entre 14 y 24 años), lo cual puede vincularse con la mayor exposición a la violencia (por homicidio y accidentes de tránsito) a la que están sometidos los varones así como a los comportamientos de riesgo asociados a los estereotipos de género. Asimismo, resulta preocupante el nivel de los suicidios en este grupo etario, en la medida que cada 4 días muere un joven o adolescente por esta causa en Uruguay. Debe notarse que a pesar de que la intensidad de la mortalidad es significativamente más importante entre los varones en estos grupos etarios, la mortalidad femenina de las adolescentes y jóvenes tampoco ha experimentado avances entre 1980 y 2009.

En el resto de los grupos de edad, si bien la mortalidad de los varones se redujo, la intensidad del descenso ha sido menor que entre las mujeres, contribuyendo a ensanchar la brecha de mortalidad por sexo. Usualmente, en el proceso de descenso de la mortalidad se espera que las mujeres obtengan mayores ganancias que los varones, sin embargo la ventaja femenina comienza a reducirse cuando se alcanzan niveles muy altos en la esperanza de vida, en Uruguay no se vislumbra la reducción de los diferenciales de mortalidad por edad, lo que se expresa en un aumento de la brecha en la esperanza de vida.

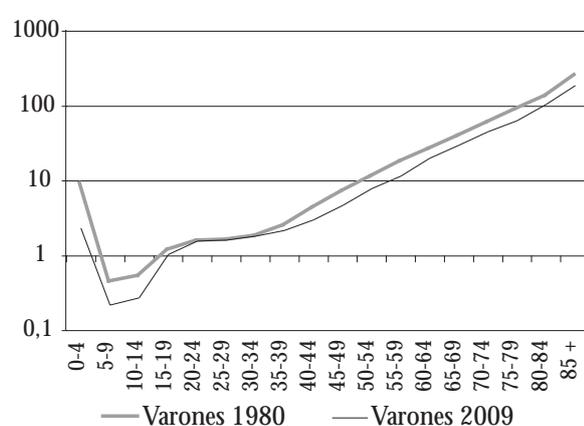
En el gráfico 3 se observa como a medida que avanza la edad, las ganancias en las tasas de mortalidad femenina entre 1980 y 2009 fueron sistemáticamente mayores, incluso se observa que las mujeres experimentaron mejoras más intensas que los varones en edades en que la mortalidad es tan alta que suele equipararse en ambos sexos.

Gráfico 3. Tasas de mortalidad por edad en 1980 y 2009 (Uruguay). Tasas por mil

Mujeres



Varones



Fuente: Elaborado con base en información de estadísticas vitales de UINS-MSP

En la próxima sección se aborda el análisis de las tendencias en el perfil de la mortalidad por causas, cuyos cambios explican la evolución de la mortalidad por edad.

Morbi-mortalidad y transición epidemiológica

La distribución de la mortalidad por causas, según edad y sexo, así como los escasos datos de morbilidad con que se cuenta, debido a las limitaciones en los sistemas de registro, son herramientas fundamentales para la toma de decisiones sobre las prioridades en el cuidado de la salud de los uruguayos.

A principio del siglo XX, 40% de las muertes ocurría en menores de 5 años. Más de 35% de las

muertes de la población general estaban vinculadas a enfermedades infecciosas o respiratorias, mientras que 10% era causado por enfermedades cardiovasculares y los tumores daban cuenta de 3% de las defunciones. Ya en 1915 se iniciaba en el país el descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles, llegando a solo 2% en el momento actual. Desde mediados del siglo XX se observa en forma estable una estructura de mortalidad por causas en que las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar y los tumores el segundo lugar con aproximadamente un cuarto del total de las muertes anuales. Las muertes por debajo de los 5 años solo ocurren en 4% de los casos.

Tabla 4. Distribución relativa de las defunciones según grandes grupos de causas de muerte (Uruguay, años seleccionados). En porcentaje

	1900	1952	2000	2009
Infecciosas y parasitarias	23,6	8,3	2,1	2,2
Sistema circulatorio	10,3	30,1	33,6	29,6
Tumores (neoplasias)	3,3	19,4	24,7	24,5
Sistema respiratorio	9,1	5,6	8,1	10,1
Aparato digestivo	3,5	6,8	4,1	4,1
Causas externas	4,6	6,1	6,6	6,7
Sistema nervioso	4	2	2,9	4,1
Otras enfermedades	7,9	13,9	10,5	10,2
Causas mal definidas	33,7	7,8	7,4	8,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaborado con base en estadísticas vitales de UINS-MSP

Para el año 2009, las primeras cuatro causas de muerte representan 71% de la mortalidad y son, por orden decreciente en términos de mortalidad proporcional: enfermedades del aparato circulatorio (30%), tumores (25%), enfermedades del aparato respiratorio (10%) y causas externas, incluyendo accidentes de tránsito (7%) (DIGESA, Unidad Nacional de Información en Salud). Si bien es una estructura estable de la distribución de las causas de mortalidad, se constata desde el año 2004 un sostenido descenso del peso de las enfermedades cardiovasculares.

También existen diferencias por sexo en la distribución por causa. Si bien las cuatro causas más frecuentes son comunes a ambos sexos, todas tienen mayores tasas en los hombres, observándose la mayor diferencia en las causas externas.

La distribución de la mortalidad por causa según la edad presenta diferencias importantes. En

menores de 40 años y mayores de 5 años, los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte. A partir de los 40 años las patologías cardiovasculares y oncológicas ocupan el primer lugar. Si bien las patologías cardiovasculares son la primera causa para varones y mujeres, predominan levemente en los varones y en las mujeres es más intensa la mortalidad por patologías cerebro vasculares.

Según la OPS, en la región de las Américas las tasas de mortalidad por cáncer más elevadas se observan en Uruguay, Barbados, Perú, Argentina y Chile. El cáncer representa un creciente aumento de la carga de morbilidad en América del Sur. De hecho, a excepción de Argentina y Uruguay, donde el riesgo es mayor, la probabilidad de contraer cáncer antes de los 65 años edad en los países sudamericanos es aproximadamente de 10 a 12,4%; ello ha determinado que al menos 400.000 personas murieran de cáncer en América del Sur en 2005.

Es de notar que Uruguay tiene la tasa de mortalidad más elevada por cáncer de pulmón entre los hombres en la región: la tasa ajustada por edad en el quinquenio 2002-2006 alcanzó un valor de 46,6 casos por 100.000 habitantes (Barrios *et al.*, 2010). Esto puede vincularse con las elevadas tasas de consumo de tabaco en el país, ya que en el año 2006 al menos 37,2% de los hombres y 28,6% de las mujeres fuman cigarrillos diariamente. El mayor promedio de cigarrillos diarios se observa entre los 35 y los 44 años, y asciende a 16 por día (MSP, 2006).

Se constata, sin embargo, una tendencia al descenso en la mortalidad por cáncer en ambos sexos. Según datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, la tasa de mortalidad por cáncer en hombres ha pasado de 198,34 por 100.000 habitantes en el quinquenio 1994-1998 a 187,16 por 100.000 habitantes en el quinquenio 2002-2006. Entre las mujeres, la tasa se redujo de 112,32 por 100.000 a 105,74 por 100.000 en los mismos períodos.

En las mujeres predomina la mortalidad por tumores de mama (22,9 por 100.000) y colo-rectales (12,8 por 100.000), el tercer lugar lo ocupa el cáncer de cuello de útero. En los varones predomina como causa de muerte el cáncer bronco-pulmonar y en segundo lugar el de próstata (22,32 por 100.000) (Barrios *et al.*, 2010).

En términos de la realidad epidemiológica, según el mencionado informe, el país presenta rasgos de lo que se conoce como «polarización tan características demográficas, ambientales, socioeconómicas y culturales claramente diferenciadas que implicarán necesidades y resultados también diversos en términos de salud, como por ejemplo Rivera y Montevideo (MSP, 2010).

Morbilidad

En cuanto al análisis del perfil de la **morbilidad** es necesario aproximarse desde diversas fuentes, destacándose la carencia de un sistema único de registro de morbilidad. Se cuenta con información proveniente de los Estudios de Egresos hospitalarios y del Estudio de Factores de Riesgo para ECNT, realizados desde la División Epidemiología del MSP.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan 46% de la morbilidad. Dentro de los costos directos de la atención sanitaria, las enfermedades crónicas representan más de 60% del total. En los costos indirectos deben considerarse el ausentismo laboral, discapacidad, viudez, orfandad y pensiones por invalidez. (MSP, 2010).

El informe consultado sobre egresos hospitalarios 2008, se basa en la información solicitada de la codificación CIE-10, edad, sexo, días de estadía, fecha de ingreso/egreso y condición al alta (alta o fallecido) a 11 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) de Montevideo, 9 IAMCs del Interior del país y 5 Seguros Privados Integrales, que permitieron analizar un total de 139.007 egresos. Las cinco primeras causas de egreso fueron embarazo, parto y puerperio (14,7%), enfermedades del sistema digestivo (11,1%), enfermedades del sistema circulatorio (9,8%), enfermedades del sistema respiratorio (9,3%) y los tumores (8,9%).

En la distribución por sexo, en varones las 5 primeras causas fueron enfermedades del sistema digestivo (13,8%), enfermedades del sistema circulatorio (13,0%), enfermedades del sistema respiratorio (11,9%), traumatismos, envenenamientos y sus causas externas (10,2%) y tumores (9,2%). Para mujeres las 5 primeras causas de egreso fueron embarazo, parto y puerperio (25,2%), enfermedades del sistema digestivo (9,1%), tumores (8,6%), enfermedades del sistema genitourinario (8,2%) y del sistema circulatorio (7,6%).

En el año 2006 se realizó en Uruguay la Primera Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). La encuesta se realizó en una muestra representativa de la población urbana adulta de Uruguay (25 a 64 años), elaborada por técnicos del INE. Aplicando la metodología STEPS de OPS-OMS, se encuestaron 2.010 personas en 9 localidades. Sus resultados permitieron poner de manifiesto datos muy relevantes sobre algunos factores de riesgo prevalentes en la población para las ECNT, que a su vez configuran en sí mismos, elementos constitutivos del perfil de morbilidad del país. Entre ellos se destacan:

- ü Presión arterial elevada en 30,4% de la población (33,4% en hombres; 27,5% en mujeres).
- ü Sobrepeso y/o obesidad en 56,6% de la población (60,1% en varones; 53% en mujeres).
- ü Prevalencia de glucosa en sangre elevada de 5,5% en población general (6,2% en varones y 4,7% en mujeres).
- ü Prevalencia de colesterol elevado en sangre de 29,2% en el total de la población, con 31,3% en varones y 27,3% en mujeres.

Otros factores de riesgo para ECNT, mostraron la siguiente distribución:

- ü El sedentarismo está presente en 35% de la población, mientras que 38% tiene un elevado nivel de actividad física. Las mujeres son más sedentarias (40,7%) respecto de los varones (29%).
- ü El consumo de frutas y/o verduras se mostró insuficiente en 85% de la población, con datos similares en ambos sexos.
- ü Respecto al consumo de alcohol, se destaca que el abuso de bebidas alcohólicas¹¹ es más frecuente en los varones (17,4%) respecto de las mujeres (7,9%). En relación a la variación por grupo etario, se observan los mayores niveles de abuso en los varones de 25 a 34 años (23,3%) y en las mujeres de 35 a 44 años (8,7%).

Solo 2,7% de la población adulta estudiada estaba libre de factores de riesgo para ECNT, mientras

que 56,8% presentaba en forma simultánea tres factores de riesgo o más.

Un aspecto que merece mayor atención es el estudio de las condiciones de vida y de la salud durante la vejez. Dado que la esperanza de vida se desplaza hacia edades más avanzadas, la calidad de la salud durante la vejez es cada vez más relevante, por lo que el indicador de la esperanza de vida es insuficiente para dar cuenta de las condiciones de salud de las poblaciones envejecidas. Desde inicios de la década de 1970, la OMS recomienda la desagregación de la esperanza de vida en distintas situaciones de salud, proponiendo que los países suministren estimaciones no solo de la esperanza de vida general de la población, sino también de los años vividos sin discapacidad y sin enfermedades crónicas inhabilitantes. Uno de los resultados que interesa destacar es que cuando se dispone de estimaciones de esta naturaleza, la ventaja femenina que se aprecia en el nivel de mortalidad disminuye sensiblemente o incluso desaparece. Si se considera el promedio de años vividos sin discapacidad, la esperanza de vida femenina al nacer supera solo en uno o dos años a la masculina (OMS, 2003) incluso comparando países con niveles de mortalidad muy dispares.

En Uruguay no hay disponibles estimaciones nacionales de la esperanza de vida con buena salud y libre de discapacidades. Los datos de la encuesta sobre discapacidad realizada por el INE entre 2003 y 2004 revelan que 7,6% de la población total vive con al menos una discapacidad, esta cifra alcanza a 25% entre la población de 65 (25,9% en la población femenina, y 22,5% entre los varones), (Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, 2004). De acuerdo a los datos de la encuesta SABE (OPS-OMS) realizada en 2001 a personas de 60 y más años residentes en Montevideo, 31% de los varones y 21% de las mujeres declaran no padecer enfermedades crónicas relevantes (hipertensión, artritis, diabetes, enfermedades de corazón y pulmón) (Rossi y Triunfo, 2004). En este mismo estudio, también con base en los datos de la encuesta SABE, se encuentra que las mujeres, junto con las personas sedentarias, las que tienen bajo nivel educativo y las que están cubiertas únicamente por el sistema público de salud, son las que declaran

11 Abuso por ingesta (*bingedrinkin*g): En varones: 5 o más vasos de bebida alcohólica en un día, en los últimos 7 días. En mujeres: 4 o más vasos de bebida alcohólica en un día, en los últimos 7 días.

presentar mayores riesgos sanitarios. No se ha reeditado en el país la encuesta SABE, lo que determina la falta de disponibilidad de información actualizada sobre la salud y la discapacidad de una población cuya importancia relativa es creciente a medida que se acentúa el proceso de envejecimiento demográfico.

La Encuesta de Hogares Ampliada en 2006 (ENHA), incorporó un módulo específico sobre salud. Entre las preguntas que componen el módulo, se incluyó un conjunto de ítems para estimar la proporción de personas que al momento de la encuesta padecían ciertas enfermedades crónicas y/o limitaciones permanentes. De acuerdo a los datos surgidos de este módulo 46% de las mujeres y 39% de los varones adultos mayores tenía al menos una de las siguientes enfermedades: asma, diabetes o hipertensión (Paredes *et al.*, 2010). La ENHA permitió también evaluar que existe una importante proporción de adultos mayores que tienen al menos una limitación permanente para ver, oír o desplazarse, y/o limitaciones mentales severas: 22% de los varones y 26% de las mujeres (Paredes *et al.*, 2010).

El censo de población de 2011 incluyó preguntas sobre discapacidad, por lo que se espera que la difusión de sus resultados permita avanzar sustantivamente en el estudio de la prevalencia de discapacidad entre adultos mayores y su distribución social. Asimismo, la información de población de este nuevo censo permitirá estimar nuevas tablas de mortalidad (recuérdese que desde 2005 en adelante se trata de proyecciones).

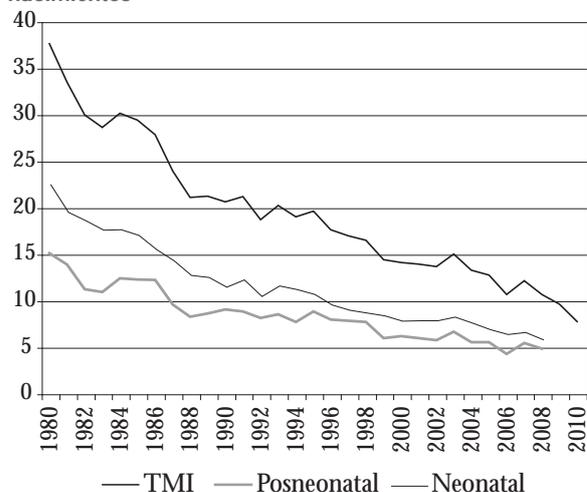
La evolución de la mortalidad infantil

La mortalidad infantil en Uruguay ha mostrado históricamente niveles bajos. A inicios del siglo XX, la tasa de mortalidad infantil se situaba entre las más bajas del mundo, y a pesar de dos largos períodos de estancamiento en el correr del siglo XX (Birn *et al.*, 2010), el país mantuvo niveles de mortalidad infantil muy inferiores a los de la región. En los primeros años del Novecientos, la TMI fluctuaba en torno a 100‰, al promediar el siglo XX se había reducido a 50‰, al iniciarse la década de 1990 su valor era inferior a 20‰ y en 2010 se alcanza por primera vez una cifra inferior a los dos dígitos (7,7‰). Uruguay se ubica según estas cifras en el séptimo lugar en el continente y en el segundo lugar en América del Sur, después de Chile (MSP, 2010). Cabe destaca que

con este nivel de la TMI el país en 2010 está muy cerca de alcanzar la meta de 6,9‰, fijada entre las metas del milenio.

En el periodo reciente, la TMI mostró fluctuaciones que interrumpieron su evolución favorable de los años precedentes. En 2003, luego de la intensa crisis económica de inicios de la década, se observó un aumento de la tasa a 15‰, y su reducción a 13,4 en 2004, en 2008 la mortalidad infantil llega a 10,6‰. En el largo plazo se ha observado que los períodos de crisis económicas tuvieron repercusiones negativas sobre la mortalidad infantil durante el siglo XX y XXI, mientras que el gasto en salud, y en mayor medida el gasto público, contribuyeron a mejorar su desempeño. Un estudio reciente muestra que distintas medidas orientadas no solo a mejorar directamente la salud infantil, sino otras asignaciones de gasto público con impactos positivos en el bienestar de la infancia (vivienda, saneamiento, programas de nutrición infantil, etcétera) han tenido efectos considerables en la reducción de la TMI (Perazzo, 2011).

Gráfico 4. Evolución de la tasa de mortalidad infantil por componentes (Uruguay, 1980-2010). Tasas por mil nacimientos

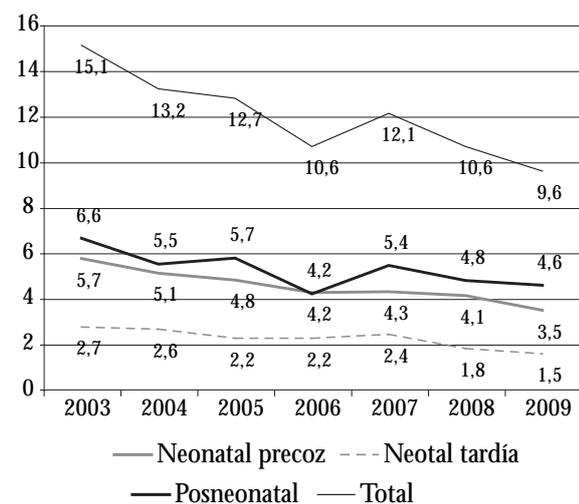


Fuente: Instituto Nacional de Estadística, elaborado con base en estadísticas vitales del MSP

Las condiciones sanitarias, nutricionales y de atención médica han permitido un notorio y sostenido descenso de la mortalidad infantil en el largo plazo. Desde fines de la década de 1970 la TMI muestra una reducción sostenida. Acorde con su descenso, se observa también el crecimiento de la importancia relativa del componente neonatal en el

total de las defunciones infantiles. Este aumento es indicativo de que las defunciones ocurren progresivamente en torno al nacimiento, lo que puede interpretarse como la reducción de las defunciones infantiles evitables, que tienden a ocurrir preferentemente en el periodo posneonatal. Sin embargo, aún hay un margen importante para combatir las muertes evitables de menores de un año. De acuerdo al director del Programa Niñez del MSP (Dr. Giachetto) existe una porción de la mortalidad posneonatal, principalmente ocurrida en domicilio, que debería poder evitarse. Los estudios de auditoría de las muertes infantiles ocurridas en domicilio ponen de manifiesto que la vasta mayoría de estas defunciones, ocurre por enfermedades evitables y en sectores de bajos recursos (Rodríguez *et al.*, 2008; 1998).

Gráfico 5. Evolución reciente de la tasa de mortalidad infantil por componentes (Uruguay, 2003-2009). Tasas por mil nacimientos



Fuente: elaborado con base en estadísticas vitales del MSP

El análisis según edad de las tasas de mortalidad entre cero y un año permite constatar que todos los componentes contribuyeron a la reducción reciente de la mortalidad infantil, aunque se destaca la importancia del componente neonatal precoz, que representa las defunciones ocurridas antes de cumplir los siete días de vida. Por sí sola, la mortalidad neonatal precoz contribuye a reducir en 2 puntos la TMI, un valor idéntico a la contribución de la mortalidad en el periodo posneonatal (desde los 28 a los 364 días). Este resultado es coherente con la evolución reciente de la mortalidad por causa de la mortalidad

infantil, en el que se pone de relieve la importancia de los logros obtenidos en el combate de las causas de muerte que afectan a los recién nacidos. La tasa de mortalidad de las causas que aglutinan las enfermedades originadas en el periodo perinatal (estas incluyen las complicaciones durante el parto y la prematuridad), se redujo prácticamente a la mitad (6,4 a 3,7‰ nacimientos). Debe tomarse en cuenta que en términos relativos las defunciones ocurridas por estas causas involucran en torno a 40% del total de las muertes ocurridas durante el primer año de vida, por lo que los logros alcanzados en la reducción de este componente tienen un fuerte impacto sobre la mortalidad infantil total.

Tabla 5. Evolución de las tasas de mortalidad infantil por causa (Uruguay, 2003-2009). Tasas por mil nacimientos

Grupos de causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Respiratorias e infecciosas	1,7	1,3	1,2	0,9	1,3	1,2	0,9
Afecciones originadas en el período perinatal	6,4	5,6	5,0	4,7	4,9	4,3	3,7
Malformaciones congénitas	3,4	3,2	3,2	2,6	2,4	2,7	2,3
Causas mal definidas	1,6	1,2	1,5	1,1	1,7	1,5	1,3
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1,2	1,1	0,8	0,5	0,9	0,5	0,5
Resto	0,8	0,8	1,1	0,8	0,9	0,5	0,9
Total	15,1	13,2	12,7	10,6	12,1	10,6	9,6

Fuente: Elaborado con base en estadísticas vitales del MSP

Entre 75 y 80% de las defunciones ocurridas antes de alcanzar los siete días de vida (mortalidad neonatal precoz) se relacionan con las dificultades del prematuro y problemas durante el parto (afecciones perinatales). Le siguen en importancia las malformaciones congénitas, el resto de las causas tiene un papel marginal en este componente, con valores que no llegan a superar un dígito. La reducción del peso de las muertes por afecciones perinatales que se observa en el período podría estar relacionada con la puesta en práctica de programas orientados a captar los embarazos más precozmente. En el periodo neonatal tardío se mantiene la estructura de las defunciones, pero con una significativa reducción de las defunciones por causas perinatales, cuya contrapartida es el aumento de la participación de las malformaciones congénitas o anomalías cromosómicas. Este grupo de enfer-

medades puede considerarse como la porción más difícil de evitar de la mortalidad infantil, en la medida que su reducción se asocia mayormente con la aplicación de técnicas costosas y estrechamente dependientes de campos muy especializados del desarrollo de la medicina.

Tabla 6. Distribución porcentual de las defunciones infantiles según componente y causa de muerte

<i>Componente neonatal precoz</i>							
Grupos de causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Respiratorias e infecciosas	0,7	0,0	0,9	0,5	1,0	1,0	1,2
Afecciones originadas en el periodo perinatal	80,0	76,8	72,9	74,5	75,2	70,6	74,8
Malformaciones congénitas	16,9	20,1	25,8	23,5	22,3	27,8	23,3
Enfermedades mal definidas	1,0	1,2	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0
Causas externas	1,0	1,6	0,4	0,5	1,0	0,5	0,0
Resto	0,3	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Defunciones	290	254	225	200	202	194	163
<i>Componente neonatal tardío</i>							
Grupos de causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Respiratorias e infecciosas	2,9	0,8	2,9	1,0	1,8	2,4	0,0
Afecciones originadas en el periodo perinatal	56,5	49,6	57,1	57,1	62,3	64,3	50,7
Malformaciones congénitas	30,4	38,2	31,4	31,4	19,3	29,8	35,6
Enfermedades mal definidas	4,3	2,3	3,8	3,8	9,6	1,2	8,2
Causas externas	4,3	6,1	2,9	1,9	4,4	1,2	2,7
Resto	1,4	3,1	1,9	4,8	2,6	1,2	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Defunciones	138	131	105	105	114	84	73
<i>Componente posneonatal</i>							
Grupos de causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Respiratorias e infecciosas	24,2	23,0	18,8	21,3	21,8	23,0	18,6
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4,5	6,6	3,7	7,6	4,3	5,3	6,5
Malformaciones congénitas	24,5	21,9	22,5	21,3	18,3	21,2	21,4
Enfermedades mal definidas	21,5	20,1	24,7	23,4	26,5	30,1	26,0
Causas externas	14,9	15,3	11,8	11,2	14,4	9,3	9,3
Resto	10,4	13,1	18,5	15,2	14,8	11,1	18,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Defunciones (valores absolutos)	335	274	271	197	257	226	215

Fuente: elaborado con base en estadísticas vitales del MSP

A pesar de que el componente posneonatal se ha reducido con el paso del tiempo, aún hay un margen de acción importante en el combate contra las principales causas asociadas a esta mortalidad. El grupo de enfermedades infecciosas y respiratorias (compuesto casi en su totalidad por las enfermedades respiratorias) representa durante el período estudiado entre un quinto y un cuarto de las muertes posneonatales. Le siguen en importancia las causas mal definidas, entre las que se cuenta la muerte súbita del lactante, ocurrida principalmente entre niños mayores de un mes. Este grupo, junto con el resto de las causas ha ganado relevancia, indicando una mayor dispersión de las causas, que quizás pueda interpretarse como un escollo para combatir la mortalidad posneonatal. Finalmente, cabe hacer notar la participación relativa de la mortalidad por malformaciones congénitas en este componente, que podría explicarse por la extensión de la sobrevivencia de los niños que nacen con malformaciones, favorecida por los avances en la tecnología médica. Este fenómeno ha sido corroborado en los países en que la mortalidad infantil es baja o muy baja y contribuye a poner en discusión la adecuación de la relación entre mortalidad durante el periodo posneonatal y la evitabilidad de las muertes.

En 2009 (último dato disponible según región) se observa una variación de la TMI según área geográfica relativamente importante. La tasa fue más baja en Montevideo (8,5‰) que en el total del país. Por encima del promedio nacional se ubicaron los departamentos de Durazno (13,8‰), Cerro Largo y Salto (12,7‰), Lavalleja (11,8‰), San José (11,2‰) Más allá de que algunas variaciones responden a que en algunos departamentos ocurren muy pocos nacimientos y muy pocas muertes, lo que puede provocar fluctuaciones anuales que distorsionen la tendencia, la diferencia entre los diferentes departamentos sugiere la necesidad de analizar inequidades vinculadas a la distribución territorial de la población y su acceso a bienes y servicios diversos.

Asimismo los datos de Montevideo ocultan diferencias entre diversas zonas de la ciudad, constatándose cifras de mortalidad infantil superiores a 10‰ en los municipios A, D y F, donde se concentran las familias con mayores índices de pobreza y exclusión social.

Desde la perspectiva de las políticas públicas en el campo específico de la atención a la infancia, los

expertos plantean que hay dos vertientes de desafíos: la importancia para el desarrollo que reviste la inversión en infancia, y la estrecha relación que existe entre los vaivenes de la política económica y la situación de la niñez. Hay evidencia de que los niños que crecen en familias de bajos ingresos enfrentan riesgos variados en su desempeño físico y su desarrollo cognitivo, lo que afecta también aspectos emocionales y de relacionamiento social. Están más expuestos a padecer un bajo peso y altura para su edad, vinculados al déficit nutricional, mayores índices de morbilidad, y resultados malos o deficientes en su trayectoria educativa.

Las políticas públicas dirigidas a mejorar la situación de los hogares más pobres influyen directa e indirectamente en la situación de bienestar que puedan alcanzar los niños. Entre otros aspectos se señala la importancia de las medidas orientadas a mejorar la cobertura y calidad de servicios públicos que benefician a los niños, como los de salud y educación y las medidas que impactan sobre la economía de los hogares, ya que los niños se ven afectados por cambios en el ingreso y los activos de las familias. Se ha señalado que la infancia es un grupo etario dependiente, cuyo desarrollo está sujeto a los entramados de protección que ofrecen las familias, las comunidades y el Estado, y en el cual cobra particular importancia la matriz de protección social generada por la articulación de las diferentes reformas impulsadas desde el Estado en las últimas administraciones. En Uruguay los niños se concentran mayoritariamente en hogares más pobres, cuyos miembros activos dependen de los ingresos laborales. En su mayoría estos miembros son individuos de baja calificación, registran una mayor propensión a caer en el desempleo y un bajo nivel educativo que obstaculiza su inserción laboral. (De Armas, 2008).

Si bien no hay estudios que permitan discriminar qué factores incidieron en la caída reciente de la mortalidad infantil, cabe suponer que las medidas específicas hacia la infancia implementadas en la salud, se conjugaron con un ciclo económico favo-

rable y con una serie de medidas orientadas a mejorar la protección social y estimular la reducción de las desigualdades.

La evolución reciente de la mortalidad materna

Uruguay se ha caracterizado por ser un país de relativamente baja mortalidad materna en comparación con el resto de los países de la región.¹² Entre otros factores, el bajo nivel de este indicador suele adjudicarse al desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna iniciadas a mediados del siglo XX. Estas políticas promovieron el temprano y adecuado control del embarazo y la atención institucional del parto, cuya cobertura es prácticamente total desde hace varios años (superior a 98%). Sin embargo, el retraso en la implementación de políticas integrales hacia la salud de las mujeres y en particular en salud sexual y reproductiva, implicaron que en el sistema de atención de salud haya perdurado durante muchos años una actitud pasiva frente al período del puerperio y frente a las complicaciones derivadas de los abortos realizados en condiciones de riesgo, ambas situaciones directamente relacionadas con la muerte materna.

La mortalidad materna es un problema relevante para la salud pública y el desarrollo de los países y una circunstancia particularmente dura para las familias. Las consecuencias psicológicas del impacto de la muerte de estas mujeres en sus familias y en especial en los hijos han sido exploradas en varios estudios reportados por OMS a través del uso de la técnica de autopsias verbales (AV). Sin embargo en nuestro país, este tipo de investigaciones no se han realizado aún, así como tampoco se han analizado sistemáticamente los factores (sociales, culturales, sanitarios) que han incidido para que estas mujeres tuvieran una muerte precoz evitable.

En el año 2006, el Ministerio de Salud Pública (MSP) aprobó la creación de la *Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de*

12 La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio y aborto (MSP, Ordenanza N° 751, 20/11/06). La Comisión comenzó a funcionar en mayo de 2007 integrada por representantes de la Dirección General de la Salud (DIGESA, MSP), de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Sociedad de Ginecología del Uruguay, Facultad de Medicina y Escuela de Parteras de la Universidad de la República y del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, MIDES). La Comisión trabajó mediante un procedimiento de búsqueda activa y pudo registrar un número 50% superior de muertes maternas en comparación con los registros anteriores, sugiriendo la existencia de sub-registro para los años previos a 2007. De todas formas, puede observarse que existen.

El informe elaborado por la Comisión presenta la serie de mortalidad materna desde 1980 a 2009. El MSP no cuenta con la historia clínica de las mujeres que han fallecido en los años anteriores al 2007, por lo que es poca la información que la Comisión pudo obtener de estas muertes. No obstante se pudo recabar el número de ellas por causa de aborto provocado en condiciones de riesgo (APCR) y su frecuencia relativa a partir del año 1999, lo cual se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 7. Mortalidad materna y mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo (Uruguay, 1995-2010)

Año	Nacimientos	Muertes maternas	Razón (p/10.000 nacimientos)	Muertes maternas por APCR	% del total
1995	56.695	13	2,3		
1996	58.862	11	1,9		
1997	56.344	17	3,0		
1998	54.760	11	2,0		
1999	54.004	6	1,1	1	17
2000	52.770	9	1,7	0	0
2001	51.959	19			
2002	51.953	18	3,5	5	28
2003	50.631	11	2,2	6	55
2004	50.052	9	1,8	1	11
2005	46.944	11	2,3	2	18
2006	47.410	6	1,3	2	33
2007	47.373	14	3,0	2	14
2008	47.484	4	0,8	0	0
2009	47.152	16	3,4	0	0
2010	47.420		2,5		

Fuente: MSP, 2009

En el quinquenio 1995-1999 las complicaciones relacionadas con el aborto provocado causaron 27,4% de las muertes maternas totales en Uruguay. En ese período se produjo un cambio de formularios: hasta 1996 se discriminaban las causas obstétricas directas de mortalidad materna y a partir de 1997 se comenzó a presentarlas agrupadas. En los años 1998 y 1999, cuando volvieron a discriminarse las causas obstétricas directas, en un total de 25 muertes maternas, las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro causaron 36% de la mortalidad materna, constituyéndose en la primera causa de muerte materna, seguida en segundo lugar por «otras causas directas de mortalidad materna» con 24% del total (Briozzo y cols., 2002).

Según el informe, si se analizan las causas de muerte materna desde el año 1999 hasta el año 2009, se puede observar que la mortalidad materna como consecuencia del aborto provocado en condiciones de riesgo ha tenido variaciones en el período. Se observa claramente un pico ascendente en los años 2001 y 2003 y luego una estabilización en 1 a 2 muertes por año (MSP, 2009).

Según se señala en el informe:

(...) surge la pregunta del motivo por el cual la razón de mortalidad materna comienza a disminuir a partir del año 2003 pese a que la crisis económica se profundiza en los años posteriores y se mantiene por algunos años más; las explicaciones de este hecho son especulativas pero es importante tener en cuenta que esta disminución es principalmente debida a un descenso de la mortalidad secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo. Desde esta perspectiva, creemos que al menos existen dos factores que podrían haber tenido incidencia en la disminución de muertes por aborto provocado. Uno de los factores podría ser la aparición en el mercado de la droga Misoprostol y la popularización de su uso. Es sabido que esta droga provoca la interrupción del embarazo con un riesgo bajo de complicaciones comparado con otros métodos de interrupción. Actualmente la gran mayoría de los abortos se practican con esta droga, autogestionados por las propias usuarias e inclusive las clínicas clandestinas están utilizándolo para sus interrupciones. El segundo factor es más discutible, pero creemos que ha habido un cambio en los equipos de salud los cuales cada vez son más receptivos y comprensivos ante la mujer en situación de embarazo no deseado. Este cambio de actitud ha motivado que estas mujeres sean incluidas en el sistema sanitario en vez de ser excluidas; algunas concurriendo al sistema de salud a solicitar información sobre las distintas opciones ante un embarazo no deseado y otras, una vez interrumpido el embarazo, concurriendo al sistema para evitar las complicaciones. (MSP, 2009)

Finalmente, el incremento de mortalidad materna producido en el año 2009 se debió a muertes por complicaciones secundarias a la infección de la influenza H1N1 y las restantes presentaron características epidemiológicas similares a años anteriores vinculadas al período de puerperio. (MSP, 2009).

Situación y tendencias del VIH-sida y otras ITS¹³

En este apartado se presenta la información oficial proveniente de los informes de vigilancia epidemiológica realizados por el Ministerio de Salud Pública, los cuales permiten observar la situación y tendencias de las infecciones de transmisión sexual y en particular VIH-sida.

En Uruguay la epidemia presenta un patrón de distribución denominado «de tipo concentrada». Cuando se habla de epidemias concentradas se hace referencia a epidemias que presentan baja prevalencia de VIH en la población general (0,42%) y alta prevalencia (superior a 5%), en poblaciones específicas. La epidemia de VIH-sida registró su primer caso en Uruguay en 1983; mantiene una prevalencia menor a 1% en la población general y se concentra en las poblaciones más expuestas y vulnerables alcanzando cifras mayores a 5% en estas poblaciones. Afecta a 5,5% en personas privadas de libertad (5,5%), HSH (9%), HSH trabajadores sexuales (8%), hombres y mujeres consumidores de cocaína no inyectable (9,5%), hombres y mujeres usuarios de drogas inyectables (18%), trabajadores sexuales (19,3%: 8% *taxi boys* y 36,5% trabajadoras sexuales transexuales).

También se observan mayores tasas en Montevideo, departamentos turísticos, portuarios y zonas de frontera

Según el estudio de seroprevalencia en la población general mayor de 15 años, realizado en 2008 por el equipo del Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA) y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DLSP), se encontró una prevalencia de VIH de 0,42%, (0,23% en mujeres y 0,68% en varones).

Evolución de las notificaciones de VIH-sida

Desde 1983 hasta diciembre del 2010 se han notificado un total acumulado de 9.835 casos de VIH y 4.144 casos de sida. La notificación en VIH-sida adquiere características especiales, ya que si bien son diferentes etapas de una misma enfermedad, desde el punto de vista epidemiológico es importante contar con información de los pasajes de estadio, a modo de evaluar el impacto de los tratamientos y las políticas nacionales.

Resultados de los casos de VIH notificados durante el periodo 1991-2010

Entre 1991 y 2010 se registraron 9.210 notificaciones de casos de VIH de los cuales 60% corresponden a personas del sexo masculino (5.577) y 39% a casos del sexo femenino (3.585).

Se puede afirmar que la tasa de notificaciones de VIH ha tenido un crecimiento sostenido en el período analizado, mientras que la tasa de notificaciones de sida muestra una tendencia a estabilizarse.

El año 2010 se caracterizó por presentar las tasas más altas de notificaciones de VIH de todo el período analizado, con cifras de 25,56 por 100.000 habitantes. El número de casos de VIH notificados a DEVISA desde 1991 fue mayoritariamente en el sexo masculino. La tasa de notificación de VIH para el sexo masculino en 2010 es casi el triple de la observada en 1991. La notificación de VIH para el sexo femenino en 2010 cuadruplica la del año 1991.

El número de casos de sida, al igual que el número de casos de VIH notificados, es mayor en el sexo masculino. La tasa de notificación de sida para el sexo masculino en 2010 es casi el doble que la observada en 1991. La tasa de notificación de sida para el sexo femenino en 2010 es siete veces superior a las notificaciones del año 1991.

En relación a la edad, el VIH-sida es una enfermedad que afecta a personas jóvenes, con una mediana global de 33 años para VIH y de 38 años para sida; existe un predominio de casos de VIH en el grupo de 24 a 34 años, mientras que en los casos

13 Extracto del Informe UGPFM a CONASIDA/MCP del 14/9/2011 y del Informe de la situación nacional de VIH-sida, Dirección General de la Salud, División Epidemiología Programa ITS/Sida-DEVISA-DLSP.

de sida, este predominio se encuentra en el grupo de 35 a 44 años.

En el grupo de 15 a 24 años continúan predominando las notificaciones de VIH en el sexo femenino y en los grupos de edades mayores a 35 años predominan las notificaciones de casos de sexo masculino. Una de las hipótesis que podría explicar este hecho, es que a esas edades, los hombres comienzan a tener un mayor contacto con el sistema de salud por otros motivos, generándose una oportunidad para el testeo en VIH.

En la pirámide de población de los casos notificados de sida se observa un mayor número de casos de personas del sexo masculino, en todos los grupos etarios mayores de 15 años.

Distribución geográfica de los casos de VIH y sida en Uruguay notificados a DEVISA

Más de 73% de los casos notificados de VIH o sida se concentran en Montevideo. Al analizar las tasas por 100 mil habitantes, los departamentos del interior con mayores tasas de notificaciones de VIH corresponden a los fronterizos o con mayor actividad turística (Rivera, Artigas, Maldonado y Rocha).

Vías de transmisión

Al considerar la evolución del mecanismo de transmisión de VIH en el período 1991-2010, se observa una tendencia al aumento en la vía de transmisión sexual y una disminución en la transmisión sanguínea. Esto último podría reflejar el cambio en los patrones de consumo de sustancias ilegales.

Transmisión del VIH en población pediátrica

El VIH en los menores de 15 años puede ser adquirido por vía sanguínea, sexual o vertical. La transmisión vertical es por lejos la principal vía de transmisión de VIH en niños a nivel mundial, regional y en nuestro país. En los últimos 6 años se observa un descenso en el número de niños infectados a nivel nacional. En 2010 se notificaron 4 niños cuyo mecanismo de transmisión fue madre-hijo, 3 residen en Montevideo y uno en Canelones. Los recién nacidos recibieron AZT al nacer y todos recibieron alimentación artificial.

Como aun no se cuenta con el dato de las embarazadas VIH positivas que se asisten en todos los centros del país, no es posible calcular la tasa de transmisión vertical en Uruguay.

Mortalidad por sida

La tendencia de la tasa de mortalidad por sida presenta un aumento lento y progresivo desde 1991, que tiende a estabilizarse entre 2003 y 2006 y a descender lentamente en los últimos 2 años. El sexo masculino es el más afectado en todo el periodo.

Dentro de las enfermedades oportunistas registradas en las notificaciones de sida las 5 más frecuentes en los pacientes con sida son las neumonías por P Carinii, candidiasis orofaríngea, tuberculosis, neumonías bacterianas y toxoplasmosis.

Políticas de salud destinadas a enfrentar el VIH

En lo que refiere a las políticas de salud destinadas a enfrentar el VIH-sida, en 1987 el decreto 345 crea el Programa Nacional de sida en la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP) que en la administración de gobierno 2005-2010, se redefine como Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y sida, por ordenanza ministerial 288/del año 2005. Desde este programa se han elaborado guías clínicas y ordenanzas para el diagnóstico y tratamiento anti-retroviral y monitorización de adultos y embarazadas que han sido adecuados para la atención pediátrica. Entre las responsabilidades del Programa se incluyen la promoción, el monitoreo y el control del cumplimiento de la normativa vigente en las prestaciones de salud.

Desde 1988, Uruguay ha establecido la obligatoriedad del control de sangre y hemoderivados (decreto 233/988) para los servicios de todo el país. Así como desde 1997 el decreto N° 295, estableció la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la serología para VIH en su primer control obstétrico y de resultar positiva iniciar el tratamiento anti-retroviral, para disminuir la transmisión vertical. Desde entonces ha ido generando normativa que ha garantizado la universalidad de acceso al tratamiento, entre otras.

En 2005 se crea el Mecanismo Coordinador País como un espacio de articulación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y académicas en la definición de las políticas nacio-

nales sobre VIH-sida y en la elaboración de propuestas país ante el Fondo Global de lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Este mecanismo en mayo de 2008, mediante decreto presidencial se recrea como Comisión Nacional de Lucha Contra el sida (CONASIDA) constituyéndose en un consejo consultivo para las políticas públicas elaboradas y aprobadas por el MSP, con el cometido de garantizar el acceso universal, la atención integral, la prevención, asistencia y apoyo a las personas con VIH-sida. Dicha Comisión oficia desde entonces como MCP-Mecanismo Coordinador País ante el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. La CONASIDA tiene carácter interministerial e intersectorial, estando constituido tanto por organismos del Estado como de la sociedad civil y la cooperación internacional.

La CONASIDA-MCP, ha presentado a la Ronda 10 del Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis el Proyecto denominado «Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH-sida de las poblaciones más vulnerables en Uruguay», el cual fue aprobado en diciembre de 2010.

El mismo está orientado a las poblaciones más vulnerables en los últimos años: personas trans (travestis, transgénero, transexual) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El Receptor Principal es la entidad con la cual el Fondo Mundial firma el acuerdo de subvención y es legalmente responsable de la ejecución del Convenio de Subvención a nivel local, incluida la supervisión de los subreceptores y las comunicaciones con el MCP sobre el avance de la subvención.

La CONASIDA-MCP en Uruguay, durante la fase de propuesta de la Ronda 10, ratifica el financiamiento de «doble vía» con dos receptores principales: a nivel estatal, la Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial para el Sida del Ministerio de Salud Pública (UGPFM-MSP), y a nivel no estatal, la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII). Ambos son los responsables de implementar el Proyecto Ronda 10.

Esta propuesta representa el compromiso de Uruguay para dar un paso crítico en la respuesta a la epidemia de VIH, centrándose en las poblaciones más afectadas y vulnerables y, sin embargo, menos atendidas: hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo trabajadores sexuales

(HSH), con prevalencia de VIH de 9%; y personas transgénero (trans, con prevalencia de 37% entre las dedicadas al trabajo sexual).

En países con epidemia concentrada, como es el caso de Uruguay, es necesaria una respuesta efectiva a los retos epidemiológicos y sociales de VIH-ITS, focalizando en estos grupos más expuestos a la infección, en particular profundizando en políticas multisectoriales. En esta propuesta se está utilizando el Marco de Acción de ONUSIDA para Acceso Universal de Poblaciones HSH y Trans a la Prevención y Atención de VIH2, basado en tres líneas estratégicas: (a) la protección y promoción de los Derechos Humanos, (b) las intervenciones basadas en evidencias y (c) el desarrollo de capacidades y alianzas, incluyendo a los mismos grupos vulnerables.

Asimismo, para el caso de las intervenciones referidas al sector salud, se propone utilizar el paquete de algoritmos de atención propuesto por OPS para esta población (OPS, 2010). En este sentido, un porcentaje muy elevado del presupuesto nacional en VIH se destina al financiamiento del tratamiento, y solo 0,6% se asigna a poblaciones más expuestas. A pesar de los progresos alcanzados en el país, todavía se identifican importantes necesidades, deficiencias y brechas en la respuesta nacional hacia estos grupos que abarcan los servicios de salud, la situación de las organizaciones comunitarias vinculadas a estas poblaciones, la articulación multisectorial, y los sistemas de información estratégica para la comprensión y la vigilancia de la epidemia en Uruguay. Así, por ejemplo se observa que en el año 2009 56% de las trabajadoras sexuales trans y 90% de los trabajadores sexuales masculinos no recibe ninguna atención de salud (MSP-FCS, 2009).

Sífilis

Respecto a la **sífilis gestacional (SG)** y **sífilis congénita (SC)**, su reemergencia como problema de salud pública fue visibilizado con claridad en 2008 a partir de una investigación realizada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), por el Programa Nacional de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública (MSP) en colaboración con el Centro Latinoamericano de Perinatología-Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP-SMR) (Hortal *et al.*, 2008). A partir de datos del Servicio Informático Perinatal (SIP) se puso en evidencia una

incidencia creciente de gestantes y recién nacidos con VDRL reactivo, que pasó de 1,3% de las mujeres embarazadas en el año 2003 a 3% en el 2007 y de 1,4% a 2,1% de recién nacidos con serología positiva en los mismos años. El informe planteaba la importante sub-notificación en todo el país, que no permitía cuantificar la magnitud del problema (Agorio *et al.*, 2009).

Tabla 8: Incidencia de recién nacidos con VDRL positivo sobre el total de registros con VDRL realizado en RN, según región y subsector de cobertura. SIP (Uruguay, 2008)

Subsector de cobertura	Total de registros con datos consignados de VDRL realizado en RN	Nº de RN con VDRL +	Tasa de incidencia %
Público Montevideo	6.496	239	3,7
Público Interior	3.275	32	1,0
Privado Montevideo	7.830	16	0,2
Privado Interior	9.685	28	0,3
Uruguay	27.286	315	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SIP. MSP (N = 40975)

Estudios posteriores muestran que una importante subnotificación aún existe a pesar de la vigencia del decreto 64/004 que establece la notificación obligatoria e inmediata a Vigilancia Epidemiológica del MSP de todos los óbitos y RN con SC. De un total de 58 recién nacidos con serología positiva identificados en el CHPR entre octubre de 2007 y enero de 2008, solamente 44,6% fueron notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. Los datos disponibles muestran un aumento de la SG casi de 100% entre el 2004 y el 2008, el cual se ha producido tanto en el sector público como privado de atención de la salud. Pero, en el primero, la magnitud es muy superior, lo cual pone de manifiesto que se trata de un problema centrado en la población más pobre.

El análisis de características socio demográficas y de control del embarazo muestra que las categorías poblacionales no difieren sustancialmente en el subsector público y privado en relación a la distribución de la enfermedad, salvo respecto al nivel de instrucción que marca claramente a una población especialmente vulnerable entre las usuarias del sector público. Respecto al control de embarazo, se comprueba que la población más afectada por la

SG es la de mujeres sin control prenatal del subsector público. En cuando a la SC se observa un claro incremento tanto en Montevideo como en el interior pero solo en el subsector público. El subsector privado de todo el país muestra una reducción de la SC a pesar del incremento en la SG. La explicación para este hecho parecería estar relacionada a que la SG es tratada en tiempo y forma adecuadas en el sector privado lo que redundaría en una curación clínica y serológica, que conlleva a una reducción de la SC (López y Benia, 2010).

Reestructuración etaria con especial referencia al envejecimiento¹⁴

El objetivo de esta sección es mostrar el proceso de envejecimiento del país y delinear los principales desafíos y problemas que plantea la estructura envejecida. El envejecimiento por un lado refleja la capacidad de gran parte de la población para alcanzar el número de hijos deseados y por otro da cuenta de los logros obtenidos en materia de salud.

En este informe interesa clarificar que vejez y envejecimiento no son fenómenos similares. El envejecimiento concierne a toda la población, en especial a los cambios en la relación cuantitativa y cualitativa de los distintos grupos de edades. La vejez por su parte se ocupa de un grupo que tiende a tener una participación mayor en el total de la población a medida que esta envejece.

Además de la reducción del ritmo de crecimiento de la población, entre las consecuencias más relevantes de la transición demográfica se encuentran los cambios producidos en la estructura de edades; su importancia ha sido tal que algunos demógrafos los han reunido bajo el término «transición estructural de las edades» (Pool *et al.*, 2005). Este concepto busca poner de relieve los efectos del proceso de reducción progresiva de las cohortes de nacimiento a partir de los cambios generados por el descenso de la fecundidad y en menor medida por la mejora de la mortalidad, y en algunos países por los efectos de la migración. La transición estructural de las edades se

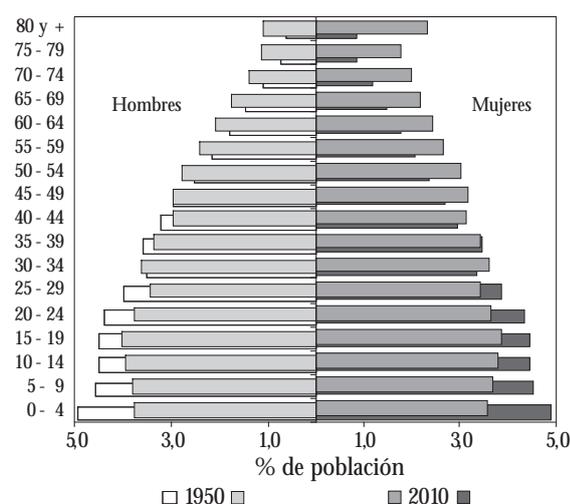
14 Esta sección está basada en Cabella y Pellegrino (2009).

concentra en los efectos de la transición demográfica sobre la estructura de edades, destacando el pasaje de poblaciones relativamente jóvenes hacia otras caracterizadas por el envejecimiento demográfico. Desde esta perspectiva se busca enfatizar las modificaciones que la transición demográfica ha provocado sobre el equilibrio entre las generaciones e identificar los problemas que las sociedades deben enfrentar ante esta nueva realidad demográfica, caracterizada por el aumento progresivo del peso de los adultos mayores (Wong y Carvalho, 2005).

Al iniciarse la década de 1960 Uruguay había procesado las primeras etapas de la transición demográfica, y ya para esa época se visualizan los cambios propios de la transición estructural de las edades.

Uno de los indicadores más utilizados en demografía para medir el nivel de envejecimiento de las poblaciones es la proporción de personas de 60 ó 65 y más años de edad en el total de la población. Se considera que una sociedad tiene una estructura de edad envejecida cuando la proporción de personas de 60 o más años alcanza 7%. Uruguay ya superaba ese umbral en la década de 1960. El censo de 1963 arrojó una proporción de 11,6% de personas de 60 y más años y de 7,6% de 65 y más años. De acuerdo a los datos del censo anterior, realizado en 1908, las personas de 60 y más años eran 4,7% del total de la población y las de 65 y más eran 2,9%.

Gráfico 6. Pirámide de edades de la población. (Uruguay, 1950 y 2010)



Fuente: Celade, 2008

Las pirámides de edades de 1950 y 2010 expresan los grandes cambios demográficos que tuvieron lugar durante las seis décadas transcurridas entre ambas fechas. Si bien la pirámide de 1950 ya muestra una estructura que tiende al envejecimiento, todavía es posible ver como la base es ancha y se reduce a medida que aumenta la edad. Ello refleja que a mediados del siglo XX la natalidad aún contribuía a mantener una población con una proporción importante de niños y jóvenes, y en la que el reemplazo de las generaciones estaba asegurado. A la inversa, la pirámide de 2010, que representa la estructura demográfica actual, presenta una base significativamente más angosta y una reducción sucesiva de las generaciones más nuevas, dando cuenta del fuerte descenso de la natalidad en los últimos años. Entre la mortalidad y la fecundidad, la migración internacional ejerce efectos sobre la estructura de edades, que en función de su signo (inmigración o emigración), acentúan los rasgos de la estructura demográfica. En la pirámide actual uruguaya se destaca el afinamiento de los grupos de edad entre los 20 y los 29 años, y en menor medida entre los 30 y los 44, producto de la emigración reciente. Por otra parte, la emigración de jóvenes resta también población en edades reproductivas, reduciendo el potencial reproductivo de la población y contribuyendo a su envejecimiento.

La evolución de las tasas de crecimiento de los distintos grupos de edades pone de manifiesto los cambios que se han producido en la estructura de edades de la población uruguaya. De hecho, su comportamiento diferencial es el que explica la transición estructural de las edades. En el gráfico 6 se observa que los grupos etarios de niños y adolescentes son los que más han disminuido su ritmo de crecimiento, alcanzando tasas negativas entre 1990 y 2010. En el otro extremo, la tasa de crecimiento del grupo de edad que comprende a las personas de 60 y más años es la que presenta la mayor tasa de crecimiento, aun cuando su ritmo de crecimiento se ha ido desacelerando a medida que la población total también ha crecido a ritmos significativamente menores desde 1970.

Por su parte, los grupos etarios intermedios, es decir aquellos de los que se espera que su trabajo contribuya a sostener a la población denominada dependiente, en los dos últimos períodos han mostrado un crecimiento que está muy por debajo de las tasas de crecimiento del grupo de 65 y más años.

Tabla 9. Tasas de crecimiento según grupo de edad (Uruguay, 1950-2010). Tasa por mil habitantes

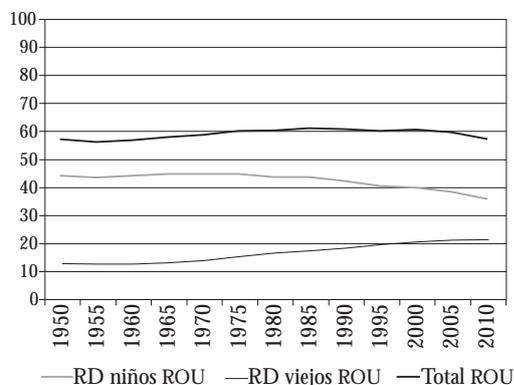
Grupo de edad	1950-1970	1970-1990	1990-2010
0-14	11,4	1,6	-3,2
15-39	7,3	4,5	4,1
40-59	15,8	2,1	7,6
60+	15,8	17,1	9,1
Total	11,3	5,0	4,0

Fuente: elaborado con base en información de CELADE, 2008a

Las relaciones de dependencia demográfica son indicadores que también permiten evaluar el equilibrio entre la población que está en edad de trabajar y la que no lo está.

La relación de dependencia total se calcula como el cociente entre la sumatoria de los grupos de 0 a 14 años y de 65 y más años, sobre el total de la población entre 15 y 64 años. Los otros dos indicadores representan el peso de cada grupo de dependientes, menores y adultos mayores sobre la población en edad de trabajar. En el gráfico 7 se representa la evolución de la relación de dependencia a los largo de los últimos 60 años. Como puede apreciarse en el gráfico, la relación de dependencia total experimentó cambios muy moderados, manteniéndose cercana a 60% durante la mayor parte del período. Esta estabilidad fue el resultado de las tendencias contrapuestas en el peso de las poblaciones dependientes de jóvenes y adultos mayores. El aumento del peso del grupo de 65 y más años fue compensado por la reducción de la importancia relativa de las franjas etarias de niños y adolescentes. En los últimos años el fuerte descenso de la fecundidad ha determinado un leve descenso de la proporción de dependientes, pero en el largo plazo se espera que el aumento de la proporción de adultos mayores aumente su participación relativa en el grupo de población dependiente (Paredes, 2008).

Gráfico 7. Evolución de las relaciones de dependencia demográfica. (Uruguay, 1950-2010). En porcentaje



Fuente: elaborado con base en información de CELADE, 2008a

La lentitud con que se procesó la reducción en la tasa de crecimiento de la población uruguaya propició un equilibrio favorable entre las edades en el periodo considerado, permitiendo el mantenimiento de relaciones de dependencia positivas en términos relativos a los observados en esos años entre los países latinoamericanos. A modo de ejemplo, la relación de dependencia total en Brasil en 1965 era de 90%, es decir que por cada cien personas en edad de trabajar, había 90 fuera de las edades activas.

Los adolescentes y jóvenes y su emergencia como un grupo prioritario

La emergencia de los adolescentes y jóvenes como grupo prioritario se aborda a partir de tres temáticas que cobran especial trascendencia en el país: a) las dificultades del sistema educativo para retener a los adolescentes y jóvenes, b) la transición a la adultez y c) la salud sexual y reproductiva, con especial mención al embarazo y fecundidad adolescentes (en especial los no deseados).

Los adolescentes y jóvenes en el sistema educativo: acceso y permanencia

Desde la década de 1970 los jóvenes y adolescentes uruguayos están obligados a completar el ciclo básico de la educación secundaria y a partir de 2008 la Ley General de Educación estipuló la obligatoriedad de la educación media completa. Sin embargo, la sociedad está lejos de garantizar estos estándares a los jóvenes uruguayos.

Uno de los principales problemas que enfrenta el país desde hace algunos años refiere a las dificultades de retención de los adolescentes en el sistema educativo. La situación es particularmente grave en la medida que la información disponible revela que de cada tres adolescentes solo uno completa el segundo ciclo, otro abandona durante el segundo ciclo y otro no alcanza a completar el primer ciclo de enseñanza media (ANEP/ CODICEN, 2010). El mal desempeño de este indicador, ha significado que el país se rezagara en términos de tasas de egreso de la educación secundaria respecto a varios países latinoamericanos. A modo de ejemplo, en 2007 todos los países del Mercosur superaban a Uruguay en la tasa de finaliza-

ción de secundaria, luego de 15 años de estancamiento de la tasa de egreso de este nivel (PNUD, 2010).

Si bien la cobertura de la educación media mejoró sustantivamente en las localidades del interior del país, en términos generales la educación secundaria enfrenta problemas estructurales severos. El estancamiento en las tasas de egreso del nivel medio se relaciona con crecientes niveles de repetición, ausentismo y abandono de materias, y en general con trayectorias educativas marcadas por sucesivos fracasos y escaso desarrollo de los aprendizajes (ANEP/CODICEN, 2010). Hasta el momento las respuestas que ha dado el sistema educativo han sido poco eficaces y puede decirse que el deterioro de la capacidad de las instituciones educativas para retener a las generaciones jóvenes es uno de los problemas de población que el país enfrenta y deberá enfrentar en el futuro.

Entre otras consecuencias, si continúan estas tendencias es posible que Uruguay no logre mantener, menos aún mejorar, las tasas de egreso del ciclo terciario. De acuerdo a los datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2008, 8% de los varones y 13% de las mujeres entre 25 y 29 años habían completado la educación terciaria. Esos valores aumentaban a 9 y 14% respectivamente entre las personas de 30 a 34 años.

En relación a la calidad de la educación media, la incorporación de Uruguay al Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (PISA) ha permitido disponer de indicadores comparativos

con la región y los países de la OCDE respecto a las competencias básicas en lectura, matemática y ciencias. De acuerdo a los resultados de la ronda 2006, a pesar de que los estudiantes uruguayos obtuvieron promedios más altos que los estudiantes de Argentina Brasil y México,¹⁵ sus puntajes fueron muy inferiores al promedio de los países de la OCDE (PNUD, 2010). Cabe destacar, que 46% de los participantes uruguayos no lograron niveles de suficiencia en las pruebas de matemática, más del doble que el valor presentado por los países de la OCDE (21%), aunque significativamente más bajo que en Brasil y Argentina (72% y 64% respectivamente). El estudio de Boado y Fernández (2010), basado en una encuesta de panel realizada en 2007 a una muestra de estudiantes evaluados por PISA en 2003, puso de manifiesto la fuerte relación entre las competencias adquiridas hasta los 15 años y las chances de completar la enseñanza media. A modo de ejemplo, solo 19% de los adolescentes de 15 años que en 2003 tuvieron un desempeño inferior al umbral de alfabetización matemática, habían logrado completar la enseñanza media superior cinco años después.

Finalmente, la desigualdad observada en los logros educativos según sector social, pone de manifiesto otra de las deudas que tiene el país respecto a la generación de jóvenes y adolescentes. En efecto, los magros resultados educativos logrados por el país están vinculados con las desigualdades en el acceso, permanencia y calidad de la educación en función de la pertenencia

Tabla 10. Tasas de egreso del sistema educativo por grupos seleccionados según distintos indicadores de desempeño socio económico (Uruguay, 2008)*

<i>Sexo</i>	<i>Varones</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>
Porcentaje de jóvenes de 14 y 15 años que culminaron primaria	90		95		92
Porcentaje de jóvenes de 17 y 18 años que culminaron ciclo medio básico	63		73		68
Porcentaje de jóvenes de 21 y 22 años que culminaron ciclo medio superior	32		42		37
<i>Área de residencia</i>	<i>Montevideo</i>		<i>Interior</i>		<i>Total</i>
Porcentaje de jóvenes de 17 y 18 años que culminaron ciclo medio básico	69		68		68
Porcentaje de jóvenes de 21 y 22 años que culminaron ciclo medio superior	45		30		37
<i>Pobreza (línea 2006)</i>	<i>Pobres</i>		<i>No pobres</i>		<i>Total</i>
Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años que culminaron primaria	92		98		97
Porcentaje de jóvenes de 20 y 24 años que culminaron ciclo medio básico	33		72		66
Porcentaje de jóvenes de 20 y 24 años que culminaron ciclo medio superior	6		36		32
<i>Quintil de ingreso</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>
Porcentaje de jóvenes de 17 y 18 años que culminaron ciclo medio básico	41	60	73	86	95
Porcentaje de jóvenes de 21 y 22 años que culminaron ciclo medio superior	8	20	33	47	70

Fuente: Elaborado con base en De Armas y Retamoso, 2010,* excepto indicador de pobreza que refiere a 2006-2007

15 De los países latinoamericanos incluidos en el programa PISA solamente Chile superó con poca distancia el promedio uruguayo en las pruebas de lectura y ciencias, no así en matemática.

social. Todos los estudios focalizados en el análisis y la cuantificación de las diferencias de oportunidades según el origen social, coinciden en señalar que las brechas educativas alcanzan niveles de gran magnitud entre los adolescentes y jóvenes uruguayos.

Mientras que la cobertura de la educación primaria alcanza a 97% de los jóvenes que tenían entre 15 y 19 años en 2008, dejando escaso margen para las variaciones en función de las variables consideradas, los niveles de finalización en el ciclo secundario presentan grandes disparidades según estrato social. Si se considera la pobreza de ingresos, se observa que entre los jóvenes de 20 a 24 años que pertenecen a hogares situados por debajo de la línea de pobreza, solo un tercio culminó el ciclo básico y apenas 6% completó la secundaria. Ello implica que solo 6 de cada cien jóvenes pobres estarían en condiciones de ingresar al ciclo de enseñanza universitaria. Esos valores alcanzan 72 y 36% respectivamente entre los jóvenes que viven en hogares no pobres. Las tasas de egreso según quintil de ingreso per cápita de los hogares muestran que hay en el país una fuerte relación entre el bienestar económico de los hogares y la acumulación de capital humano: cuanto más alto el quintil de ingreso más alta es la chance de haber culminado la enseñanza media, sin excepciones. Ese gradiente determina que los extremos presenten brechas educativas de gran magnitud, a modo de ejemplo, el nivel de finalización del ciclo básico es universal en el último quintil (95%), mientras que solo alcanza a 40% entre los jóvenes del primer quintil. En este mismo grupo de ingresos (20% más pobre de la población), la tasa de egreso del ciclo medio superior es 8% cifra que contrasta fuertemente con el valor alcanzado por los jóvenes pertenecientes a hogares del último quintil (70%). Desde 2008 se está registrando un aumento de la tasa neta de asistencia de los adolescentes, este aumento es más pronunciado entre el grupo de 12 a 14 años, pero también se nota en el grupo de 15 a 17 años, que había registrado una fuerte caída entre 2003 y 2007. Entre los aspectos positivos de la reversión de esta tendencia puede señalarse que el aumento se registra con mayor intensidad en el primer quintil de ingresos, lo que se está evaluando como un eventual efecto del plan de asignaciones familiares (Perazzo, 2012).

De acuerdo a los datos que surgen de la Encuesta Nacional de Juventud (2008), existe también un

fuerte vínculo entre el clima educativo del hogar y la probabilidad de finalizar la educación media, con significativas distancias entre sectores. Entre los jóvenes de 20 a 24 años, solo 14% termina secundaria si pertenece a un hogar con clima educativo bajo, mientras que este indicador asciende a 82% si el hogar presenta clima educativo alto (Filarido, 2010). De Armas y Retamoso (2010) llaman la atención sobre el hecho de que a pesar de que Uruguay es uno de los países más igualitarios en el contexto de América del Sur, las brechas educativas son más amplias que en países como Chile o Brasil, caracterizados por una fuerte desigualdad económica y social.

En términos del desempeño educativo diferencial por sexo, cabe destacar que las mujeres han presentado durante los últimos años mejores resultados que los varones en las tasas de egreso y en los indicadores de rezago y aprendizaje. Finalmente, de la lectura de la tabla se desprende que no hay diferencias en los niveles de finalización del primer ciclo según área de residencia, pero existen fuertes obstáculos para la culminación del ciclo medio superior entre los jóvenes que residen en los departamentos del interior del país.

La experiencia de los jóvenes en el sistema educativo se vincula con el calendario y la forma en que se procesan las distintas transiciones que marcan el tránsito hacia la vida adulta. De acuerdo a los datos de la ENAJ 2008, la salida del hogar ocurre más tardíamente entre quienes acumulan mayor capital educativo, la llegada del primer hijo también se retrasa y lo mismo ocurre respecto a la entrada al mercado laboral, especialmente entre los varones (Filarido, 2010; Ciganda, 2008). Si bien no es sencillo establecer vínculos directos entre la condición socioeconómica y el tiempo y la intensidad de las transiciones, parece bastante razonable suponer que los jóvenes que provienen de hogares aventajados tienen fuertes estímulos para prolongar sus años de educación, retrasando la llegada de otros cambios propios del tránsito a la vida adulta.

Los jóvenes y adolescentes en el mercado laboral

El inicio de la vida laboral entre los jóvenes y adolescentes es uno de los jalones que marcan el tránsito hacia la vida adulta y, para la gran mayoría, el principal canal de acceso a los recursos y la

independencia económica. De hecho, la emancipación del hogar de origen está en gran medida determinada por la capacidad de obtener recursos del mercado laboral.

Los jóvenes, junto con las mujeres son los grupos sociales que experimentan mayores dificultades de inserción en el mercado laboral. Al igual que en el resto del mundo, los principales problemas que enfrentan estos grupos son el desempleo y la falta de cobertura de seguridad social. Otra particularidad referente a los jóvenes, es que en general el inicio de la vida laboral suele procesarse de forma intermitente y ocupando puestos precarios o de escasa calificación. En general, los jóvenes experimentan las dificultades de enfrentarse por primera vez al mercado laboral y son los que primero sufren los efectos de las crisis económicas sobre el mercado de empleo. En la tabla 11 se presenta la evolución de la tasa de desempleo y de la proporción de trabajadores que no cuenta con derecho a jubilación. Este último indicador suele ser considerado como un indicador de la calidad del empleo o de su nivel de precariedad.

Tabla 11. Indicadores de mercado de empleo entre los adolescentes y jóvenes (Uruguay). Tasa de desempleo (en porcentaje)

Año	Tasa de desempleo			Porcentaje de trabajadores sin derecho a jubilación		
	14-17	18-24	25-34	14-17	18-25	25-35
2000	45,2	28,4	12,1			
2001	48,2	32,0	14,2	90,9	46,0	31,5
2002	51,3	36,2	16,4	93,5	50,1	33,9
2003	50,1	36,6	16,9	95,8	54,7	37,4
2004	48,4	30,7	12,9	97,1	57,5	37,5
2005	46,1	27,0	12,7	95,7	50,5	35,6
2006	40,7	27,4	10,7	95,6	44,7	30,8
2007	37,0	23,3	9,0	95,6	42,3	29,0
2008	32,1	20,0	7,6	94,5	38,9	27,6
2009	27,5	20,3	7,8	94,4	37,1	24,9
2010	29,0	19,2	6,6	94,3	35,0	23,1

Fuente: Perazzo, 2012. Elaborado en base a la ECH

En primer lugar se observa que la tasa de desempleo es considerablemente más alta entre los grupos más jóvenes y que a pesar de su caída sistemática a partir del año 2004, los más jóvenes se beneficiaron menos que el grupo 25-34 de la generación de empleo que acompañó a la reactivación económica. A pesar de que la tasa de desempleo en Uruguay presenta uno de los niveles más bajos de su historia, un tercio de los jóvenes que buscan trabajo entre 14 y 17 años y un quinto entre los que tienen 18 a 24 años no logran insertarse en el

mercado de empleo. De hecho, prácticamente la mitad de los desocupados tienen menos de 25 años (Perazzo, 2012).

En Uruguay el trabajo de los menores de 15 años es ilegal y las regulaciones del trabajo realizado entre los 15 y los 18 años son estrictas, lo que contribuye a explicar que la casi totalidad de los empleos del grupo de menores de 18 cuente con cobertura de seguridad social (Espino y Leites, 2010). En el siguiente grupo, la proporción de trabajadores sin protección social disminuye considerablemente entre el inicio y fin de la serie considerada, a pesar de que sigue siendo mucho mayor que en el grupo de los trabajadores de 25 a 35 años. En 2000 casi la mitad de los jóvenes entre 18 y 24 años no tenían empleos formales y en los peores años de la crisis esta proporción supera con creces 50%. Sin embargo, a diferencia del grupo de los más jóvenes, esta franja etaria se benefició de los esfuerzos por combatir la informalidad del empleo de los últimos años, aunque a un ritmo menor que los trabajadores de más edad. En términos generales, puede decirse que los jóvenes son altamente vulnerables a los efectos del ciclo económico sobre el mercado de empleo.

La acumulación de capital humano juega un rol preponderante en la capacidad de entrar al mercado de trabajo y mantenerse en él. Todos los estudios sobre la relación entre desempleo y educación y entre nivel de remuneraciones y educación ponen de manifiesto que los años de educación son un predictor del desempeño en el mercado laboral y que su importancia aumentó en Uruguay durante las últimas décadas (Espino y Leites, 2008; Alves *et al.*, 2009). En los últimos años, por ejemplo, la educación terciaria es uno de los principales factores explicativos de la desigualdad salarial (Alves *et al.*, 2009). Si se consideran los problemas que enfrentan grandes sectores de la población para cumplir con los requerimientos mínimos educativos estipulados por ley, parece obvio que las generaciones actuales de jóvenes presentarán performances muy polarizadas en el mercado de empleo en función de la capacidad de sus familias de origen de garantizarles su permanencia en el sistema educativo.

Una de las principales tendencias del mercado laboral en las últimas décadas ha sido el fuer-

te crecimiento de las tasas de actividad femenina, que junto a la estabilidad de la tasa masculina, ha contribuido a reducir la brecha de género en este indicador. A su vez, el aumento de los años de educación de las nuevas generaciones entre las mujeres ha contribuido a mejorar la calificación de la oferta de trabajo femenina. Sin embargo, las mejores performances femeninas en el sistema educativo no se reflejan luego en el rendimiento salarial en el mercado laboral; a pesar de que tienen mayores tasas de egreso y mejores niveles en los indicadores de desempeño educativo, las jóvenes obtienen salarios peores que sus pares masculinos (Filardo, 2010).

Igualmente, a pesar de que la participación en el mercado laboral es cada vez más importante en la estructuración de las trayectorias femeninas, aún se registran fuertes diferencias de género en la edad y secuencia de eventos que jalonan la transición hacia la vida adulta (entrada al mercado laboral, salida del hogar de origen, formación de la familia). Un estudio reciente muestra que el trabajo continúa siendo el principal pilar de organización del curso de la vida en los varones jóvenes (entrada al mercado laboral, salida del hogar de origen, formación de la familia), en tanto que entre las mujeres jóvenes la formación de la familia toma preeminencia frente al trabajo (Videgain, 2012). El estudio pone en evidencia que esta diferencia se mantiene aun controlando por estrato social, la estructuración del tránsito a la adultez es más parecida entre mujeres con distintos niveles educativos que a la de sus pares varones con igual nivel educativo.

El trabajo de Filardo (2010) pone en evidencia que las mujeres con nivel educativo bajo y medio ingresan antes al mercado laboral que aquellas que alcanzaron nivel terciario. A los 18 años más de la mitad de las mujeres en los estratos educativos bajo y medio (58% y 55% respectivamente) tuvieron un trabajo de al menos tres meses de duración, mientras que entre sus pares que tienen estudios terciarios solo un cuarto experimentó esta transición. Sin embargo, esta relación se revierte en las edades más tardías, en la medida que las mujeres con más educación tienen más chances de haber tenido un empleo estable a los 25 años de edad (91% de las mujeres con educación superior y 94% de las mujeres con educación media) mientras que las que solo completaron la primaria enlentecen significativamente su

ingreso al mercado laboral a medida que avanza la edad. Este aplanamiento es atribuido a la mayor concentración de las mujeres con menos educación formal en las tareas domésticas y de cuidado, en detrimento de su inserción en el mercado de trabajo (Filardo, 2010).

*La salud reproductiva, la fecundidad
y la salida del hogar de origen*

El inicio de la vida reproductiva constituye otra de las dimensiones que se procesan con mayor intensidad durante la juventud y en menor medida en la adolescencia. La edad a la que ocurre este evento, así como su relación con otros hitos relevantes de la transición a la adultez (salida del hogar de origen, formación de la pareja) tiene consecuencias importantes para el bienestar actual y futuro de los jóvenes y sus hijos. Esta sección se concentra en describir las principales tendencias de la fecundidad entre las jóvenes de 15 a 25 años, con especial énfasis en la fecundidad adolescente.

Ya se hizo alusión a lo largo de este trabajo al descenso de la fecundidad que tuvo lugar en Uruguay desde mediados de la década de 1990, cuya estabilización comienza a verse solo muy recientemente. Uno de los factores que contribuye a explicar la caída de la fecundidad es la reducción que experimentó la fecundidad adolescente (Varela *et al.*, 2008) En 1996 la tasa de fecundidad del grupo de mujeres de 15 a 19 años era 71‰, diez años después el valor de tasa es 63‰.

De acuerdo a los datos de ENAJ (2008) —recuérdese que esta fuente se aplica a las personas entre 12 y 29 años—, a los 20 años, un tercio de las mujeres ya tuvo su primer hijo y entre los varones solo 10%. A los 25 años la proporción de mujeres que fueron madres es la mitad del total y a los 29 alcanzan los dos tercios. A los 29 años, 45% de los varones tuvo al menos un hijo (Filardo, 2010). En este mismo trabajo, se muestran las fuertes variaciones en la edad de la maternidad, en función del capital educativo. Así a los 18 años, un tercio de las mujeres que tienen primaria aprobada ya tuvieron su primer hijo, mientras que esa proporción se alcanza a los 29 años entre las mujeres que culminaron educación de nivel terciario.

Diversos estudios documentan la fuerte relación existente entre el bajo desempeño socioeconómico, y muy especialmente el desempeño educativo y la

fecundidad temprana. En un trabajo reciente, basadas en la ENAJ, Varela y Fostik (2010) muestran que la vasta mayoría de las madres adolescentes crecieron en hogares con clima educativo bajo (74% de sus madres tiene 6 o menos años de educación) y están fuertemente representadas en los hogares que no superan la línea de pobreza (88%). Asimismo, la vasta mayoría no está inserta en el sistema educativo (85%) y alcanzó niveles educativos significativamente más bajos que el promedio de la generación. Otro aspecto que merece atención respecto a las madres adolescentes es el contexto de vulnerabilidad en que se produce su tránsito a la vida adulta. De acuerdo a las autoras:

La condición de madres en esta etapa del ciclo de vida introduce a las mujeres de manera anticipada y precaria a la vida adulta. De las transiciones características de la vida adulta, mayoritariamente estas adolescentes solo cursan la salida escolar, que se sucede por abandono y no por finalización del mismo. Prácticamente no acceden al mercado de trabajo, no logran emanciparse y formar un hogar propio y la formación de la pareja es muy baja (Varela y Fostik, 2010: 46).

Entre los resultados más relevantes de esta investigación se destaca que solo 16% de las madres declara estar conforme con la edad a la que fue madre, el resto manifiesta que hubiera preferido comenzar su vida reproductiva más adelante. Este hallazgo resulta de particular importancia para el enfoque de las políticas de salud reproductiva y merece ser estudiado con mayor atención, en la medida que otras fuentes de información han arrojado resultados similares. Por ejemplo, un estudio cualitativo realizado en 2004 revela que la mayoría de las madres adolescentes siguieron adelante con embarazos no deseados (Amorín y otros, 2006).

Entre otros aspectos, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es de las dimensiones que ha merecido mayor atención por parte de las políticas orientadas a atender la salud reproductiva y cuya efectividad es clave para evitar embarazos no deseados, especialmente entre los grupos con menor acceso a métodos de anticoncepción.

De acuerdo a los datos relevados en la ENAJ (2008), casi la totalidad de los jóvenes entre 15 y 29 años conocen al menos un método anticonceptivo eficiente. 87% de los varones y 96% de las mujeres saben de la existencia de las pastillas anticonceptivas

y entorno a 95% entre varones y mujeres conocen el preservativo masculino. También la proporción de quienes declaran recurrir a algún método es alta, 92% declara que habitualmente usa métodos anticonceptivos. El preservativo masculino es el método más utilizado entre adolescentes y jóvenes (48%), seguido por las pastillas anticonceptivas (37%).

Cabe señalar que a pesar de que la vasta mayoría de los jóvenes que iniciaron su vida sexual manifiestan protegerse habitualmente de eventuales embarazos, la proporción de los que efectivamente usaron un método de control durante la última relación sexual es sustantivamente menor a la declarada en la pregunta de uso habitual. 63% de los encuestados, de ambos sexos, se protegió en el último encuentro sexual. Este valor se reduce a 47% entre quienes tenían pareja estable. Varela y Fostik (2010), usando la misma fuente de información, constatan que existe un comportamiento particularmente inconsistente entre las adolescentes que eran madres: cerca de 40% de ellas no había usado algún método anticonceptivo durante su última relación, a pesar de que 88% declaró protegerse habitualmente con algún método.

Tabla 12. Tasas de pobreza según grupo de edad (Montevideo y Uruguay, 2011). En porcentaje

Grupo etario	Total país	Montevideo
Menos de 6 años	26,1	33,5
De 6 a 12 años	24,9	32,3
De 13 a 17 años	22,8	31,1
De 18 a 64 años	11,1	13,5
De 65 y más	4,3	6,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2012, línea de pobreza 2006

En el año 2011, 26% de los niños menores de 6 años y 25% de adolescentes entre 13 y 17 años vivían en hogares situados por debajo de la línea de pobreza, en oposición a 4% de los mayores de 65 años que se encuentran por debajo de este umbral. Si bien es usual que la relación entre las generaciones de los más jóvenes y los más viejos, en lo que refiere a la seguridad económica, sea favorable a los adultos mayores, en el caso de Uruguay la distancia ha sido vista como particularmente grande. La constatación de que en nuestro país los niños y adolescentes se encuentran en situación de desigualdad frente a las generaciones mayores, los sitúa en la agenda de políticas públicas como

una población prioritaria por estar más desprotegida frente al riesgo social. Por otro lado, plantea el desafío de atender la situación de los niños y adolescentes, sin comprometer el bienestar de los adultos mayores. En otras palabras, el tema se concentra en lograr cierta equidad generacional en el marco de recursos acotados.

Cambios en las estructuras familiares

Existe una creciente disponibilidad de fuentes para estudiar los cambios procesados en las familias uruguayas. En este apartado se considera el proceso de cambio familiar desde mediados de la década de 1980, y luego se hará énfasis en las características registradas en la última década.

Durante las últimas décadas, y en particular desde inicios de la década de 1990, las estructuras familiares en Uruguay experimentaron cambios particularmente intensos. Existe una creciente producción de investigación en torno a la transformación de la formación de las familias, los cambios en su estructura y, también se comienza a tener más información y análisis respecto a los cambios en la dinámica interna de funcionamiento, en especial en lo que atañe al reparto de roles entre mujeres y varones, en términos de participación en el mercado de trabajo y en el trabajo doméstico.

La fuerte reducción de los matrimonios, acompañada del notable crecimiento de las uniones libres y el divorcio se destacan como las principales tendencias que reflejaron la transformación de las formas de convivencia. Por otro lado, el descenso reciente de la fecundidad y el proceso de envejecimiento constituyen otros dos factores de fuerte impacto sobre la estructura de los hogares.

Los cambios ocurridos en la nupcialidad tuvieron una dimensión importante. En pocos años, hubo una gran reducción de los matrimonios (en términos absolutos pasaron de cerca de 24.000 a 12.000 anuales entre 1985 y 2005); esta reducción fue acompañada por el crecimiento de las uniones consensuales, particularmente entre los jóvenes. Actualmente y según los datos de la Encuesta de Hogares, en torno a 80% de

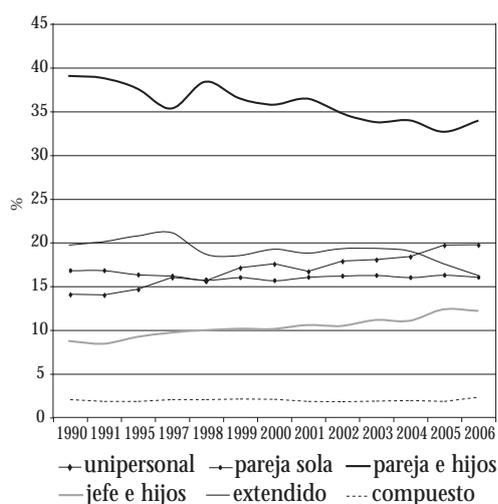
los jóvenes que viven en pareja, están en unión consensual. Si bien esta proporción desciende en las generaciones más viejas, de todas formas su crecimiento es importante en todas las edades. Si entre los más jóvenes este tipo de unión responde a la elección de la unión libre como forma de entrada en la vida conyugal (posteriormente legalizada o no) en las edades intermedias y adultas se suman también las parejas que vuelven a entrar en unión luego de una ruptura. En efecto, el divorcio y la ruptura de uniones en general, es otra de las tendencias que marca la evolución reciente de la familia uruguaya. De acuerdo a los últimos datos disponibles (2002) en torno a 35% de los matrimonios formados actualmente culmina en divorcio. El valor del indicador era la mitad a mediados de los años ochenta.

Todos estos cambios, sumados a las transformaciones demográficas tuvieron impactos sobre la composición de las estructuras familiares.

Las transformaciones en las estructuras familiares, en la medida que acompañan procesos sociales estructurales, se producen de forma paulatina. Solo en el largo plazo suelen apreciarse grandes transformaciones en las formas de convivencia cotidiana. A modo de ejemplo, de acuerdo a la tesis de Talcott Parsons, las transformaciones que llevaron a la primacía de los hogares nucleares como modelo de vida familiar, se procesaron a lo largo de un siglo acompañando el proceso de modernización de las sociedades. Asimismo, los cambios que acarrió la modernidad tardía, cuyo correlato en términos de la vida familiar se tradujo en la serie de transformaciones conocida como segunda transición demográfica, se visualizaron nítidamente en las estructuras familiares al término de 20 años de cambios.

Entre 1990 y 2006 se observan cambios relevantes en la estructura de los hogares (ver gráfico 8). Si bien durante todo el período los hogares formados por parejas con hijos constituyen la categoría predominante, su representación cae sistemáticamente, a la vez que los hogares monoparentales muestran una tendencia paulatina al aumento. El gran aumento del divorcio y las separaciones conyugales ocurrido en el país desde mediados de la década de 1980 puede verse como la principal explicación de este fenómeno.

Gráfico 8. Evolución de la distribución relativa de los tipos de hogar (Uruguay, 1990-2006).¹⁶ En porcentaje



Fuente: Elaboración propia, Encuestas continuas de hogares y ENHA, 2006, INE

El incremento de los hogares unipersonales se registra desde hace algunas décadas y responde primordialmente al aumento de la esperanza de vida de la población y al proceso de envejecimiento. En su amplia mayoría, este tipo de hogar está integrado por mujeres viudas, aunque más recientemente se observa un moderado aumento en la representación de hombres separados y de personas jóvenes. Por su parte, los hogares formados por parejas sin hijos se mantienen estables durante todo el período. Este tipo de hogar se asocia también con los procesos demográficos mencionados, aunque cabe también preguntarse en qué medida el descenso reciente de la fecundidad y su dilación en algunos grupos sociales contrarresta el aumento que cabría esperar de los hogares tipo «nido vacío».

Los hogares extendidos son, durante la mayor parte del período analizado, la segunda categoría en importancia numérica, lugar que pasan a ocupar los hogares unipersonales a partir de 2003. Se observa una tendencia a la disminución de los arreglos extendidos y cierta correspondencia con las fluctuaciones de los hogares nucleares. En efecto, aun cuando ambos tipos de hogar disminuyen su presencia en el total, los ciclos de aumento de los hogares exten-

didados coinciden con ciclos de reducción del peso de los hogares formados por pareja e hijos. Es factible que en las coyunturas de restricción económica las formas extendidas aumenten en respuesta a las dificultades ya sea de las parejas jóvenes para formar nuevos hogares, ya sea de otros mecanismos de fusión de hogares que permitan aprovechar economías de escala

Dos aspectos resultan relevantes en el análisis de los cambios de la familia: la polarización social y los efectos diferenciales de los cambios sobre los distintos sectores y miembros de las familias.

En cuanto al primer punto, se ha observado que si bien hay una cierta convergencia en las formas de entrada a la vida familiar —los jóvenes de todos los sectores sociales optan mayoritariamente por la unión libre—, existe una fuerte polarización en el calendario de formación de uniones y en el inicio de la vida reproductiva. Mientras los jóvenes que tienen más años de educación inician cada vez más tarde su vida conyugal, a la vez que retrasan la llegada de los hijos, las personas con escaso capital educativo no han experimentando cambios en el calendario de la formación de pareja y del inicio de la vida reproductiva. Ello puede ser interpretado como la existencia de fuertes estímulos y facilidades para los jóvenes de sectores más acomodados para priorizar la acumulación de capital educativo en aras de asegurarse una buena inserción en el mercado laboral y por ende mejores ingresos. En la medida que las familias de los jóvenes de los sectores más pobres no tienen los recursos suficientes para propiciar su permanencia en el sistema educativo, y por ende retrasar su inserción en el mercado de empleo, la transición hacia la vida conyugal y reproductiva, y en general la transición a la adultez ocurre más tempranamente en estos sectores. Este parece ser un mecanismo relevante a la hora de estudiar el papel de ciertas decisiones demográficas en la perpetuación y agudización de las desigualdades sociales.

El segundo aspecto que resulta relevante considerar refiere a las consecuencias del cambio

16 Dado que la muestra de la ECH ha cambiado a lo largo del período, se realizaron los ajustes necesarios para hacer comparables los datos. Hasta 1997 la ECH es representativa de localidades de 900 y más habitantes, entre 1998 y 2005 se realiza en localidades mayores a 5.000 habitantes y en 2006 es representativa de todo el país incluyendo áreas rurales. A efectos de trazar la evolución de los hogares, las ECH entre 1990 y 1997 fueron restringidas a localidades de 5.000 y más personas y la ENHA 2006 fue restringida a las capitales de departamentos, dado que de hecho las ECH anteriores llegaban básicamente a las cabeceras departamentales.

familiar. En particular, los impactos del creciente aumento de las rupturas conyugales sobre los niños y las mujeres. Algunos estudios han evidenciado que una importante proporción de padres dejan de contribuir económicamente con el sostén de sus hijos (60%), y muchos de ellos dejan de verlos (40%), cuando se rompe el vínculo con la madre (Bucheli, 2003). Además de las consecuencias emocionales, las consecuencias económicas tienen un fuerte impacto sobre el bienestar de las mujeres y los niños, por lo que deben ser especialmente tenidas en cuenta.

La estructura de hogares muestra fuertes variaciones entre los hogares que están bajo la línea de pobreza y aquellos que la superan. La proporción de hogares unipersonales y de parejas solas entre los hogares pobres es muy inferior al promedio del país, la suma de estas dos categorías no alcanza a 12% en este subconjunto de la población, mientras que dicha proporción supera 40% del total de hogares que están por encima de la línea de pobreza.

Tabla 13. Distribución de los hogares pobres y no pobres por tipo de hogar. Incidencia de la pobreza. (Uruguay, 2011). En porcentaje

	Hogares pobres	Hogares no pobres	Total de hogares	Tasa de pobreza
Unipersonal	6,6	22,4	20,9	3,0
Pareja	5,4	18,2	17,0	3,0
Biparental	30,8	27,5	27,8	10,5
Monoparental	19,7	11,3	12,1	15,5
Reconstituido	12,1	5,2	5,9	19,5
Extendidos total	22,8	13,6	14,5	18,9
<i>Extendido biparental</i>	6,7	4,0	4,3	15,0
<i>Extendido monoparental</i>	9,5	3,8	4,3	21,1
<i>Extendido reconstituido</i>	1,7	0,6	0,7	22,5
<i>Otros extendidos</i>	4,9	5,2	5,2	8,9
Compuesto	6,7	1,8	4,3	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, En base a ECH 2011, INE

Muchas de las diferencias que surgen en la comparación de los hogares pobres y no pobres pueden explicarse por la presencia de menores en el hogar, relacionado con la diferencia en el nivel de fecundidad según sectores sociales. Las mujeres pobres, con menos años de estudio, tienen en promedio más hijos que las que pertenecen a las clases medias y altas. Además, los hogares que caen por debajo de la

línea de pobreza tienen muchas más probabilidades de incluir un menor en el hogar, mientras que el porcentaje de personas con 60 y más años es marcadamente más alto en los hogares que superan la línea. Los hogares que no están integrados por niños (unipersonales y parejas solas) representan menos de 5% entre los hogares pobres, mientras que se sitúan alrededor de 20% entre los no pobres.

Existen razones para esperar una asociación clara entre monoparentalidad y pobreza. Una de ellas es que por lo general luego de la disolución del matrimonio son las mujeres las que forman un hogar monoparental, quedando a cargo de los hijos. La mayor fragilidad de la inserción en el mercado laboral de las mujeres sumado a que los ingresos que perciben son menores en promedio en comparación con los varones, hacen que estos hogares monoparentales de jefatura femenina sean especialmente vulnerables. Además, como se señaló estos hogares en la mayor parte de los casos dejan de recibir el aporte de los padres luego de la ruptura conyugal.

A pesar de esto, los estudios sobre pobreza en Uruguay no han conseguido establecer este vínculo fuerte entre monoparentalidad y pobreza, lo que ha conducido a elaborar la hipótesis de que, luego de una ruptura, las personas que no pueden sostener un hogar monoparental adoptan una estrategia de convivencia con otros parientes, formando hogares extendidos. Sin embargo, en 2011 se observa que la proporción de hogares monoparentales es más importante entre los hogares que están por debajo de la línea, y que la tasa de pobreza es mayor que en los hogares biparentales. Debe destacarse que hasta hace poco tiempo no se observaba este fenómeno en Uruguay (Cabella, 2007). El tema merece un estudio en mayor profundidad, ya que ocurre en un contexto de reducción de la pobreza. De todos modos, sigue observándose que los hogares extendidos y los reconstituidos (aquellos que integran hijos de parejas anteriores) muestran mayores tasas de pobreza y están más representados entre la población que no supera la línea. Ello sugiere la existencia de estrategias tanto de uniones conyugales como de convivencia con la familia extensa entre la población que enfrenta mayores restricciones económicas. El tema aún no ha sido estudiado cabalmente en el país.

Patrones de asentamiento y movilidad de la población

Urbanización y redistribución regional

La población uruguaya se caracteriza por su fuerte condición urbana y por la precocidad con la que ocurrió el proceso de urbanización. Al promediar el siglo XX la población urbana representaba 82% de la población total, según consignó el censo de 1963, cifra que se amplió a 93% de acuerdo a los datos de la operación censal de 2004.

Uruguay no compartió con los países de la región el proceso acelerado de migración campo-ciudad iniciado a mediados del siglo XX, uno de cuyos resultados fue la creación de los «cinturones de miseria» de las grandes ciudades latinoamericanas. De todos modos, aunque más paulatinamente, Montevideo concentró en sus afueras migrantes internos, que desde la década de 1940 fueron poblando la periferia de Montevideo.

En la década de 1970 la capital entra en un nuevo ciclo de expansión vinculado a la creación de los asentamientos irregulares en la periferia. En este caso el proceso de crecimiento se asocia a la salida de Montevideo de los sectores empobrecidos, y más castigados por la desregulación del mercado de alquileres, el desempleo y la crisis económica. Este proceso se intensifica a partir de la década de 1990

El estudio de los procesos de segregación urbana en Montevideo se ha desarrollado principalmente desde dos abordajes disciplinarios: el enfoque sociológico y los estudios de urbanística. En ambos casos, se constata la intensificación del fenómeno de segmentación social que se expresa en la segregación socioespacial y su carácter estructural.

Estos fenómenos se vinculan con la metropolización de Montevideo, proceso en el que confluye la consolidación de tres ciudades según la expresión de Bervejillo y Lombardi, 1999: a) la ciudad de composición mixta, formada por las áreas

centrales e intermedias y que muestra un progresivo vaciamiento y estancamiento, b) la ciudad con predominio de sectores de ingresos bajos, extendida sobre las periferias metropolitana y montevideana y cuyo crecimiento se explica por la llegada de los sectores que abandonan las zonas centrales y consolidadas de Montevideo, y c) la ciudad con predominio de sectores de ingresos medios-altos, que abarca la costa de Montevideo y su expansión hacia la Ciudad de la Costa, que crece a expensas de la ciudad de composición mixta y de la costa de Montevideo.

En su conjunto, todo este proceso de migración intrametropolitana es el resultado de la polarización social, cuya huella visible en el territorio es la segregación espacial de la población. Kaztman *et al.*, 2004, utilizan el concepto o imagen de destrucción ciudadana, en el sentido material del término, pero fundamentalmente para dar cuenta de la destrucción de las viejas estructuras urbanas y su degradación, de la mano de la destrucción de los mecanismos de integración social. Su consecuencia es el aislamiento social de los sectores pobres, su pérdida de oportunidades y capital social, agravado por la segmentación de los servicios (principalmente educación, salud y esparcimiento).

Durante el período intercensal 1996-2004, el proceso de enlentecimiento del ritmo de crecimiento de Montevideo, por primera vez alcanza un punto en que Montevideo pierde población, a expensas del crecimiento de la zona metropolitana. Asimismo, las zonas centrales que cuentan con todos los servicios (Ciudad Vieja, Cordon, Reducto) son las que más pierden población, presentan una variación negativa que en promedio se acerca a 15%. Inversamente los barrios de la periferia de Montevideo son los que más crecen, en especial la zona noreste, en la que hay barrios que alcanzan una variación porcentual cercana a 70% (Villa García y Manga Rural). En estas zonas es donde se localizan mayormente los asentamientos irregulares. De acuerdo a los datos del recuento censal de 2004, los asentamientos albergaban 10% de la población montevideana.

La migración interna¹⁷

Las tendencias de los movimientos poblacionales de las últimas décadas¹⁸ se analizan en base a datos censales de 1963, 1975, 1985 y 1996. A partir del análisis de las tasas de crecimiento intercensal se observa una tendencia firme, desde 1963 en adelante, al estancamiento de la población de Montevideo. Esto obedece a dos razones: por un lado, una paridad entre la afluencia de inmigrantes internos y el traslado de su propia población fuera de los límites departamentales, hacia Canelones y San José; por otro lado, a la emigración internacional, que encuentra en Montevideo su principal lugar de origen (Pellegrino, 2009).

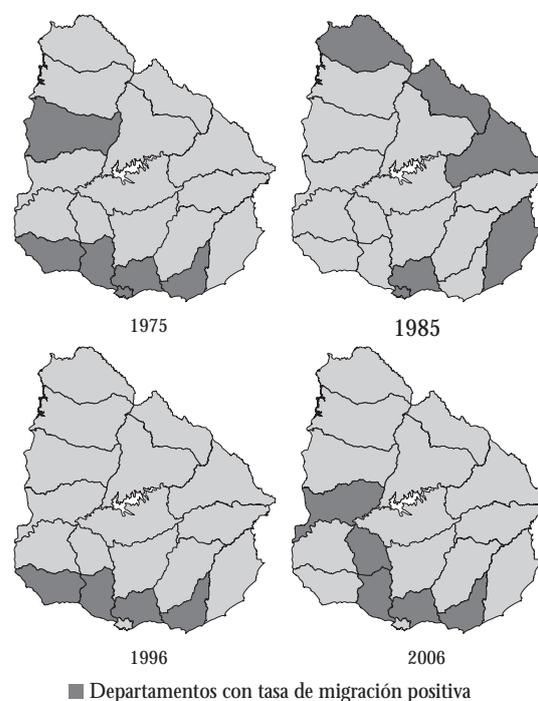
Entre 1963 y 1975 el saldo migratorio de Montevideo disminuye y se duplica el saldo migratorio del departamento de Canelones. Esto reflejó la expansión de la capital hacia zonas de residencia ubicadas en ese departamento limítrofe, conjuntamente con un vaciamiento progresivo del centro urbano histórico y el decrecimiento de algunos barrios residenciales tradicionales.

El censo de 1985 permite observar cómo las tasas de crecimiento anuales de los departamentos fronterizos con Brasil (Artigas, Cerro Largo, Rivera, Rocha y Treinta y Tres) estuvieron por encima de la media nacional. Esto revierte la evolución histórica que los ubicaba como expulsores de población. El largo período en que predominó una relación cambiaria favorable con Brasil, unido a la menguada performance económica de la década de los ochenta en Uruguay, pudo estar detrás de esa atracción coyuntural que adquirió la frontera, como un lugar donde el costo de vida era más bajo (Pellegrino, 2009). Asimismo, se registró un crecimiento elevado de la población de Maldonado. Por su lado, la zona central del país muestra niveles bajos o negativos de crecimiento en ambos períodos intercensales.

En el censo de 1996, se observó un aumento importante de la población en la costa este del departamento de Canelones acompañado por primera vez, de un decrecimiento poblacional en Montevideo. El

departamento con el crecimiento más alto del país fue Maldonado, acentuando la concentración de la población en el sur, fundamentalmente en la faja costera del Río de la Plata (Macadar y Domínguez, 2008).

Gráfico 9. Tasas de migración neta interdepartamental según censos nacionales y ENHA.



Fuente: Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya e inicios del siglo XXI.

Dentro de este esquema general dominado por el peso demográfico de la capital y su intercambio con el resto de los departamentos, pueden observarse algunos patrones estructurales y otros coyunturales. Los primeros se vinculan fuertemente a la marcada centralización que tiene el país en materia de oferta de servicios. La oferta de servicios de salud y particularmente de educación es fundamental a la hora de determinar el mapa migratorio en ciertos grupos de edad.

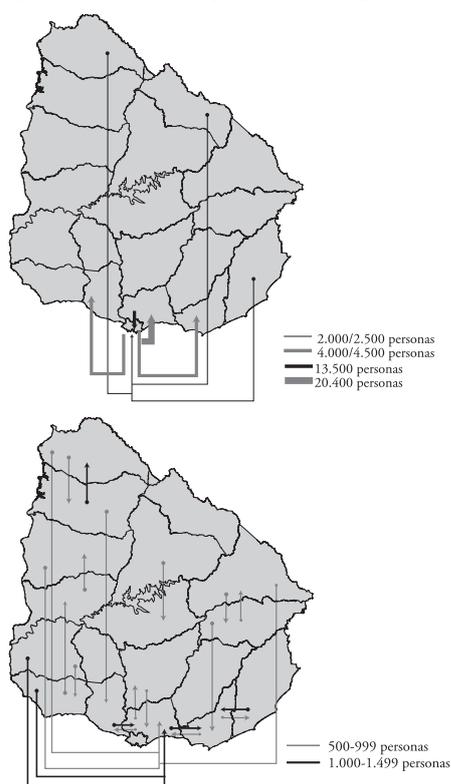
La extensión de la región metropolitana de Montevideo responde a estas razones, que también

17 Extracto de «Perfil migratorio de Uruguay» elaborado para la OIM por el Programa de Población de la FCS-Udelar.

18 La ausencia de censos entre 1908 y 1963 no permite valorar adecuadamente las etapas en las que se procesó la migración interna, la concentración de la población en las ciudades y el crecimiento de Montevideo. Los pocos datos disponibles señalan un vaciamiento sostenido del país rural en favor del urbano, particularmente de la capital. En 1908, casi 20% de la población residente en el departamento de Montevideo había nacido en otros departamentos. A su vez, la población del departamento de Montevideo era aproximadamente 30% de la población total del país, y se estima en 38% para 1930. El desarrollo de la industria nacional y la etapa de crecimiento hacia adentro estimularon la concentración de la población en la capital del país y, en menor medida, en otras ciudades que tuvieron cierto desarrollo industrial, como es el caso de Paysandú (Pellegrino, 2009).

podrían explicar la particular migración hacia la frontera registrada en el censo de 1985. Como se dijo, los departamentos limítrofes con Brasil presentaron, en ese periodo, tasas netas de migración positivas, un hecho bastante atípico en la evolución histórica del comportamiento migratorio de estos departamentos, que venían siendo expulsores de población. El largo período en que predominó una relación cambiaria favorable con Brasil, unido a la menguada performance económica de la década de los ochenta en Uruguay, pudo estar detrás de esa atracción coyuntural que adquirió la frontera, como un lugar donde el costo de vida era más bajo. Otras experiencias regionales, como el emprendimiento industrial en Río Negro y la reactivación agropecuaria en Artigas, inmediatamente se vieron reflejadas en las estadísticas migratorias de estos departamentos. Entre 2001 y 2006 Río Negro mostró saldos migratorios positivos y Artigas revirtió su intercambio negativo con los departamentos limítrofes, particularmente con Salto (Macadar y Domínguez, 2008).

Gráfico 10. Principales corrientes migratorias interdepartamentales y superiores a 500 personas



Fuente: Elaboración del Programa de Población con base en ENHA, 2006

La migración internacional¹⁹

La migración internacional es un componente fundamental en la historia de la población uruguaya. Hasta mediados del siglo XX, Uruguay fue un país con saldos migratorios positivos, habiendo recibido un importante aporte de corrientes de inmigrantes europeos, con un impacto significativo desde el punto de vista demográfico, social y cultural. El aporte de la inmigración europea continuó hasta aproximadamente 1930 y tuvo un último empuje en la década de 1950 y primeros años de la de 1960.

En la segunda mitad del siglo XX, el saldo migratorio internacional se convierte en negativo, modificando el perfil migratorio del país. A partir de 1960, a la par de una profundización de la crisis económica, social y política que desembocaría en el golpe de Estado de 1973, se intensifica la salida de población hacia los países de la región y hacia Norteamérica y Europa. Otras oleadas emigratorias importantes se vivieron con las crisis de 1982 y 2002.

Los censos de población son la fuente por excelencia para medir la migración internacional. A partir de datos censales, el stock acumulado de uruguayos residentes que sobreviven y no retornaron a Uruguay se estimó en 15% del total de la población residente en 1996. Además, se estima en 117.000 el número de emigrantes del período 1996-2004. Ello implica que el stock acumulado sería de aproximadamente 18%. El censo realizado en 2011, quince años después del de 1996, permitirá elaborar una estimación actualizada de estas cifras.

Históricamente el principal país de destino de la migración uruguaya ha sido Argentina. Sin embargo, a partir de la oleada emigratoria de 2002 los flujos se revirtieron y España y en menor medida los Estados Unidos de América pasaron a ser los principales países receptores: en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) 2006 se observa que ambos países concentraron casi 70% de las opciones migratorias de los emigrantes recientes. No obstante, en la actualidad en términos de stock Argentina y España son los dos países que más acumulan población nacida en Uruguay.

En años recientes, conjuntamente con crecimiento económico importante acompañado por una tasa de desempleo muy baja (5,4% en febrero de 2011)

19 Extracto de «Perfil migratorio de Uruguay» elaborado para la OIM por el Programa de Población de la FCS/Udelar

comienzan a observarse indicios de un aumento de la inmigración y una aceleración del retorno de emigrantes uruguayos (proceso ya apreciado en el lustro 1985-1989 con la recuperación democrática). No obstante, estas tendencias son recientes y no es posible determinar aún en qué medida este proceso habrá de consolidarse en el futuro.

El perfil demográfico de los stocks acumulados de emigrantes registrados en los países de destino en los censos de 1980, 1990 y 2000 indica que se trata de una emigración joven, en la que predominan los hombres en casi todos los países. La emigración reciente no es la excepción: de acuerdo a los resultados de la ENHA 2006, 55% de los emigrantes salidos entre 2000 y 2006 tenían entre 20 y 30 años al salir de Uruguay. Como en las oleadas anteriores, predominaron los hombres sobre las mujeres.

Se ha mantenido la selectividad positiva por nivel educativo de los emigrantes con respecto a los nativos en Uruguay. El volumen acumulado de los profesionales emigrantes registrados como económicamente activos ha sido estimado en 10% del total de los censados en el Uruguay. El nivel educativo de los emigrantes uruguayos residentes en los Estados Unidos de América es ampliamente mayor que el de los residentes en España, mientras que las mujeres también tienden a tener un mayor nivel educativo promedio que los hombres.

Las redes de migrantes constituyen un factor de alta importancia para explicar la dinámica migratoria en Uruguay. Como consecuencia de las salidas de los años 1970 y 1980, se generaron colonias de uruguayos residentes en diversas regiones del mundo y se fueron consolidando vínculos y redes entre los migrantes y sus familiares y connacionales. Las redes permitieron que la emigración fuera una salida casi inmediata a las dificultades que se presentaron en Uruguay.

La pérdida de recursos humanos calificados ocasionada por la emigración se ve compensada de manera parcial si se observa el perfil de los inmigrantes recientes. La población nacida en el exterior llegada en la última década presenta en promedio, un nivel educativo muy superior al de los nacidos en el país. Asociado al alto nivel educativo promedio, los inmigrantes recientes también tienen una alta participación en los quintiles de ingreso más altos.

La pirámide de edades de los inmigrantes muestra una población notoriamente envejecida, resulta-

do de las corrientes de inmigrantes europeos llegados en décadas anteriores. No obstante, los inmigrantes llegados en la última década son predominantemente jóvenes, en edades económicamente activas, al tiempo que se aprecia una presencia significativa de niños nacidos en el exterior, hijos de emigrantes que han retornado al país.

En el período reciente predominan los inmigrantes originarios de la región, fundamentalmente de Argentina. Entre los llegados antes de 2000, los europeos (fundamente españoles e italianos) tienen un peso considerable, aunque la presencia de argentinos y brasileños se mantiene elevada.

El perfil de los migrantes de retorno es similar al de los emigrantes: suelen ser más educados y masculinizados que la población nativa, al tiempo que al igual que los emigrantes se concentran en edades económicamente activas pero como era de esperar tienen mayor edad promedio que los emigrantes, dado que el retorno necesariamente constituye un evento posterior a la emigración. De manera congruente con su mayor nivel educativo promedio, un tercio de los retornantes integra el quintil más rico de la distribución del ingreso, mientras que esta proporción disminuye a 12% en el quintil más pobre.

Las corrientes de retorno están asociadas a la orientación de los flujos de emigrantes. Mientras que en décadas pasadas la mayoría de migrantes de retorno venía de Argentina, el stock de inmigrantes de retorno llegados a partir de 2000 se distribuye en proporciones similares entre los procedentes de Argentina, Estados Unidos de América y España.

En los últimos años se han producido notorios avances en el diseño de un marco institucional apropiado para implementar políticas tendientes a reducir los costos de la emigración sobre el desarrollo socioeconómico del país. Hitos tales como la aprobación de una nueva Ley de Migración, la creación de la Dirección de Asuntos Consulares y Vinculación y de la Oficina de Retorno y Bienvenida en el marco del Ministerio de Relaciones Exteriores, muestran con claridad que en la actualidad el énfasis de las políticas está puesto en la vinculación, la circulación y el retorno de los emigrados. No obstante esta nueva ingeniería institucional, existe consenso en señalar que la eficacia de las políticas es aún deficitaria y que queda un largo camino por recorrer.

La aprobación de la Ley de Migraciones en 2008 merece una consideración especial porque significa un reconocimiento formal de la defensa de los derechos de los migrantes y sus familiares, en sintonía con las legislaciones más avanzadas a nivel internacional. Se destaca en particular la amplitud del capítulo vinculado a la reunificación familiar, que contempla la residencia permanente hasta la tercera generación y no solo para el cónyuge sino también el concubino.

En el plano de la sociedad civil también han existido notorios avances en la creación de organizaciones no gubernamentales que tienen el propósito de promover y vigilar el cumplimiento de los derechos de los migrantes. Un hito significativo en este sentido significó la formación de una Red de Apoyo al Migrante en 2010, integrada por múltiples organizaciones de la sociedad civil comprometidas con los derechos de los uruguayos fuera del país y retornados, así como con la situación de los extranjeros en el país. Esta red ha organizado y llevado a cabo múltiples actividades (foros, encuentros, reuniones, etcétera) que han contribuido a poner el tema migratorio en la agenda nacional.

Ahora bien, es preciso continuar y consolidar la promoción de acciones de sensibilización y promoción de los derechos de los inmigrantes y retornados. En un contexto actual pautado por la existencia de indicios de crecimiento de la inmigración, es preciso prestar atención a los conflictos sociales que se han generado en las sociedades receptoras de inmigrantes y velar para que la integración de los colectivos migrantes a nuestra sociedad integre la agenda política del país.

La Encuesta Continua de Hogares (ECH) que realiza el Instituto Nacional de Estadística (INE) es en la actualidad la principal fuente continua de información sobre migración. La ampliación del tamaño y cobertura de la muestra en 2006 permitió el estudio del volumen y perfil de los migrantes internos, inmigrantes y retornantes, a pesar de la ausencia de un censo de población. No obstante, es recomendable incluir una pregunta explícita para identificar a la población retornada, manteniendo las preguntas que permiten identificar inmigrantes y a los hogares receptores de remesas.

Ahora bien, de acuerdo a la experiencia recorrida por los países de vanguardia en materia de estadísticas sobre migraciones, es preciso tender a desarrollar fuentes alternativas a las tradicionales (censos y encuestas a hogares), principalmente en lo que respecta a los registros administrativos. Para ello, una condición necesaria es fortalecer cuantitativa y cualitativamente la estructura de recursos humanos de instituciones estatales dedicadas a la elaboración de estadísticas migratorias.

La información socio-demográfica como instrumento de análisis y políticas de empoderamiento

Existe una vasta documentación sobre los cambios demográficos ocurridos en Uruguay. Afortunadamente se cuenta con series de registros continuos (principalmente estadísticas vitales) y encuestas de hogares, que permiten delinear con suficiente profundidad histórica y muchas veces en detalle, las características de la dinámica demográfica y las especificidades de los distintos grupos sociales y etarios. La disponibilidad de la información de la Encuesta Continua de Hogares, que desde 2006 integra en su formulario principal preguntas específicas sobre las variables demográficas, por ejemplo fecundidad y migración, (y en la edición 2006 incluyó módulos especialmente orientados a la demografía), implica un avance importante para el seguimiento de la evolución demográfica y su vinculación con el extenso conjunto de variables que releva este instrumento oficial.²⁰ La inclusión de preguntas orientadas a captar la situación y evolución de las variables demográficas en las ECH permitió mitigar el atraso en la realización del censo, que debió haberse realizado en 2006, si se hubiera cumplido el criterio de los censos decenales. Esta es la principal carencia de la información básica necesaria para trazar el perfil demográfico del país y, por supuesto, para la planificación de las políticas públicas. Otra carencia que fue detectada en las entrevistas a actores clave del sistema de gobierno, tiene que ver con la falta de coherencia interna de los sistemas de información. En especial, los entrevistados del Ministerio de

20 Las preguntas de fecundidad fueron eliminadas en el formulario correspondiente al año 2009. Para lograr cierta continuidad en el análisis de una variable que es crucial para comprender la dinámica demográfica es recomendable que las preguntas se incorporen al menos una de cada tres ediciones de la ECH.

Salud Pública, mostraron una fuerte disconformidad respecto a la dificultad de entrelazar la información producida en las distintas divisiones del ministerio, la dificultad de acceder a los datos inter divisiones y las deficiencias en la cobertura y calidad en algunas de las fuentes. Asimismo, resaltaron la necesidad de uniformizar criterios en el tratamiento de los códigos y categorizaciones de las variables que se repiten en las distintas bases.

Desde 2007 se viene implementando el registro electrónico del certificado del nacido vivo, iniciado en ese año con un plan piloto en el Hospital Pereira Rossell y luego expandido a la totalidad del sistema hospitalario y mutual del país. Aun no se conocen evaluaciones de este nuevo sistema de información, que debe destacarse como un esfuerzo muy importante del país en la producción de información clave desde el punto de vista de los derechos de los niños, para la epidemiología y la salud infantil y para el estudio de la fecundidad y la morbi-mortalidad infantil. Debe destacarse que el proceso de preparación de este nuevo sistema, implicó también la revisión de las variables y las preguntas incluidas en el certificado. Esta revisión no se hacía desde 1977, cuando se instauró el certificado médico del nacido vivo. Más recientemente, fue revisado el certificado médico de defunción (general, infantil y perinatal) y también está planificado pasar a un sistema electrónico de registro.

En el marco de la realización del ASP, una tarea pendiente es sistematizar información respecto a las dificultades concretas en la circulación y compatibilización de las bases de datos del sistema de salud, y por otro lado obtener información sobre la evaluación del sistema de registro electrónico de los nacimientos.

Recientemente, en consonancia con el mayor interés que ha despertado la situación demográfica del país en el ámbito de decisión política y en la sociedad en general, se ha acumulado una producción creciente de análisis sobre la cuestión demográfica. Así, en esta última década se cuenta con diversos informes y publicaciones elaboradas en universidades, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales. Sin embargo, no abundan en el país los núcleos de investigación dedicados al estudio de la población y la demografía, y estos temas solo muy recientemente han sido integrados de forma sistemática dentro de la agenda política.

Ello permite detectar carencias en el análisis y en el debate sobre los cambios demográficos en Uruguay. Por ejemplo, faltan más estudios que analicen desde diversas ópticas la caída de la fecundidad, las decisiones que afectan el comportamiento reproductivo y su relación con decisiones y desempeños en otros ámbitos (laboral, familiar, educativo), se sabe poco sobre cómo están afectadas las decisiones reproductivas por las preferencias y valore. Se precisa más análisis sobre el impacto de la emigración en la sociedad y la economía uruguaya. Es también incipiente el análisis, y escasa la información, sobre el retorno de los migrantes de la reciente ola emigratoria y en general sobre el retorno de los migrantes uruguayos. Falta entender mucho mejor la naturaleza y la extensión de los cambios ocurridos en la familia, su conexión con las transformaciones sociales y culturales, y más aún sus consecuencias sobre los distintos sectores sociales, sobre las relaciones entre las generaciones.

Falta también estudiar con mucho mayor detalle la distribución social de la enfermedad y la muerte. A excepción de las tablas de mortalidad de profesionales, el país no cuenta con estimaciones de esperanza de vida que permitan estudiar los diferenciales al menos por grandes ocupaciones. De hecho, a excepción de la mortalidad infantil (que recoge datos socio-económicos de los progenitores), es muy difícil realizar análisis socio-demográficos de la mortalidad que superen el estudio de los diferenciales por sexo, edad, lugar de residencia y causa de la defunción. Ni siquiera se cuenta con información de educación de los fallecidos.

Finalmente, Uruguay contó tradicionalmente con información de buena calidad y con relativa continuidad sobre las estadísticas registrales de matrimonio y divorcio. Estos datos no se elaboran desde 2002. A partir de ese año solo se conoce el total de casamientos anuales y no es posible conocer siquiera el total de divorcios, ya que las últimas cifras divulgadas por el Registro Civil (organismo que no tiene por cometido elaborar estadísticas, simplemente registra y el Instituto Nacional de Estadística se encarga de validar los datos y elaborar las estadísticas pertinentes). En la medida que se discute la eventual emergencia de la segunda transición demográfica en Uruguay, cuyo núcleo se concentra en la creciente desinstitucionalización de los vínculos conyugales, es relevante contar con datos registrales de estos eventos.

Desigualdades y ejercicio de derechos

Desigualdades en la población según pobreza

Este aspecto ha sido abordado parcialmente en distintas secciones de este informe.

Desigualdad generacional²¹

El ciclo de vida económico

Cuando analizamos la vida de una persona en su relación con el trabajo, es usual distinguir tres etapas secuenciales: la niñez y adolescencia, en que aun no se hizo la incorporación al mercado de trabajo, la edad activa y finalmente, la etapa de retiro en que las personas han salido del mercado. Esta simplificación es útil para recordar que en la sociedad conviven personas de diferentes generaciones que, al tener distinta edad, se encuentran en un momento diferente de su vida laboral. Algunas generaciones están en edad de trabajar, otras aún no ingresaron al mercado laboral y otro grupo ya se ha retirado. Por lo tanto, en la sociedad conviven personas que están generando recursos para financiar su consumo, con otras que no los generan.

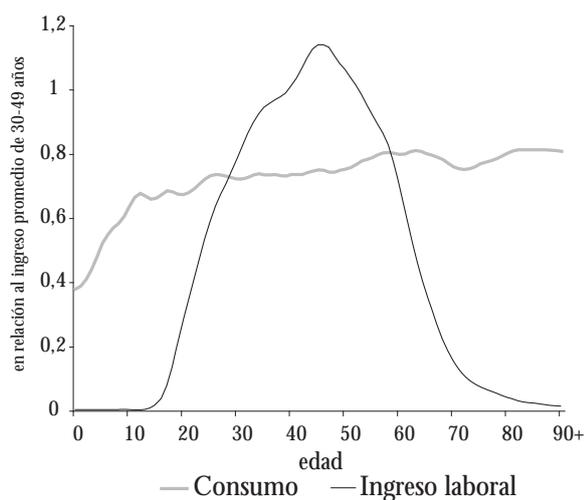
En el gráfico 11 ilustramos el patrón de generación de recursos por edad en un año calendario, utilizando estimaciones del ingreso laboral per cápita por edad del año 2006 en Uruguay. En este promedio, quienes no trabajan no generan recursos y por lo tanto aparecen con ingreso nulo. La forma de la curva es entonces la esperada: en la adolescencia y juventud temprana, el ingreso per cápita es bajo porque la actividad laboral es poco frecuente y quienes trabajan reciben bajas remuneraciones. A su vez, en las edades mayores el ingreso laboral per cápita disminuye porque cuanto más avanza la edad, mayor es la proporción de personas que están retiradas del mercado laboral. La forma de campana del perfil por edad del ingreso laboral per cápita es similar en todos los países para los cuales existen estimaciones (ver Lee y Ogawa, 2011).

21 Esta sección está extractada del documento «El sistema de cuentas nacionales de transferencias» elaborado por Marisa Bucheli y Cecilia González (2010) elaborado especialmente para este informe.

Las variaciones de esta forma entre países dependen en gran medida de la edad de entrada y retiro del mercado de trabajo. Lee y Ogawa (2011) comparan la situación de 22 países y encuentra que en los menos desarrollados, existe un mayor peso de los niños en la generación de ingresos del trabajo. Además, muestra que en los países europeos el ingreso cae rápidamente en las edades avanzadas, en contraste de lo que ocurre en los países subdesarrollados.

En el gráfico 11 se presenta también el consumo promedio por edad en Uruguay. Al igual de lo que ocurre en Uruguay, en el resto de los países el consumo per cápita de los niños es menor al de los adultos de edades medias. De todas maneras, en los países más ricos esta diferencia es menor que en los países de ingreso medio o medio bajo (Tung, 2011).

Gráfico 11. Ingreso laboral y consumo promedio por edad (en relación al promedio del grupo de 30 a 49 años). (Uruguay, 2006)



Fuente: Buchelli y González, 2010

En cuanto a los adultos mayores, en algunos casos como Japón, Suecia, Brasil y Estados Unidos el consumo es especialmente alto (en relación al consumo de las edades medias del país). En otros, es inferior, como ocurre en Indonesia, Corea y México. Uruguay se encuentra en el grupo de países en que el consumo de los adultos mayores

no se despegó mayormente del de las edades adultas medias, como es el caso de Chile, Costa Rica y España.

En las edades correspondientes a la niñez, adolescencia y vejez, el ingreso generado es inferior al consumo, tratándose así de etapas deficitarias (con déficit de ciclo de vida positivo). En la vida adulta en cambio, el ingreso es mayor al consumo generándose un superávit (de ciclo de vida).

Para Uruguay (2006) estimamos que se encontraban en situación superavitaria las personas de 29 a 58 años de edad o sea, hay un rango de 30 años de superávit. En promedio, los países para los cuales existe información sobre el sistema NTA presentan 32 años de superávit, siendo la edad promedio de comienzo de la etapa superavitaria los 26 años, y la de finalización 57 años.

El déficit y el superávit son sostenibles porque existen mecanismos institucionales y económicos que permiten que los recursos se muevan entre edades. En otras palabras, para financiar el consumo en la niñez y vejez, las sociedades cuentan con mecanismos que canalizan el superávit generado en las edades superavitarias hacia las etapas deficitarias.

Los canales de flujo de recursos

Existen dos formas de reasignar recursos entre edades: recurrir a transferencias o a activos.

En las transferencias no existe un intercambio de dinero por bienes y servicios ni compromisos presentes ni futuros entre receptores y donantes. O sea, se trata de recursos que la persona recibe (flujos de entrada) y de recursos que la persona da (flujos de salida) sin una contrapartida. Las transferencias pueden realizarse a través de canales privados o públicos.

La mayor parte de las transferencias privadas se realizan dentro de la familia y son voluntarias, como por ejemplo el dinero que los padres dedican a sostener a sus hijos. En el caso uruguayo estimamos las transferencias en dinero entre hogares y dentro del hogar por edad, pero no contamos con información para considerar otras transferencias privadas.²²

22 En el sistema NTA (*National Transfers Accounts*) estamos interesados en particular en las transferencias entre edades, y la metodología propone incluir el sostén familiar, las donaciones a través de ONG y las herencias, pero no las transferencias de tiempo (por ejemplo, el tiempo dedicado al cuidado de niños).

A su vez, las transferencias públicas no tienen el carácter voluntario de las anteriores, están reguladas por normas legales y la relación entre el dador y receptor es distante. Así, el sector público capta recursos a través de impuestos y contribuciones, y los reasigna bajo la forma de transferencias monetarias o servicios básicamente gratuitos. La estimación del sistema NTA permite conocer el flujo promedio por edad que se transfiere hacia el sector público y el flujo promedio por edad que se recibe a través del mismo, así como distintos rubros de flujo (contribuciones a la seguridad social, impuestos directos, impuestos indirectos, educación pública, salud pública, etcétera).

A su vez, las reasignaciones basadas en activos incluyen ingresos o egresos por la propiedad de activos y ahorro o desahorro. El sistema NTA proporciona mediciones del total de las reasignaciones basadas en activos por edad y de sus componentes (intereses pagados y recibidos por edad, ahorro por edad, etcétera). Estas reasignaciones involucran a menudo intercambios intertemporales. Por ejemplo, una persona puede comprar un inmueble generando un «flujo de salida» a esa edad, y venderlo en la vejez recibiendo un «flujo de entrada».

En la tabla 13 se presenta el financiamiento del consumo de menores de 18 años y mayores de 64 años en Uruguay en el año 2006. El financiamiento del consumo de los menores de 18 se realiza fundamentalmente a través de transferencias y dentro de éstas, priman las privadas que están financiando las tres cuartas partes del consumo. Para los mayores de 64 años en cambio, las principales fuentes de financiamiento son las reasignaciones basadas en activos (45,4%) y las transferencias públicas (55,8%). Resulta de interés además señalar que los adultos mayores realizan transferencias a través de canales privados.

Tabla 13. Financiamiento del consumo de los menores de 18 y mayores de 64 años.
En porcentaje del consumo (Uruguay, 2006)

<i>Rubros</i>	<i>Menores de 18</i>	<i>Mayores de 64</i>
Consumo	100,0	100,0
Ingresos del trabajo	1,3	16,0
Transferencias	102,8	38,6
Públicas	24,3	55,8
Privadas	78,5	-17,2
Reasignaciones basadas en activos	-4,1	45,4

En un análisis del financiamiento del consumo de niños, Tung (2011) señala que existe un patrón regional diferente. La forma en que se financia el consumo de los más jóvenes en Uruguay, con una presencia muy fuerte de transferencias privadas, refleja un patrón que está presente en los países de la región (Brasil, Chile, Costa Rica y México) pero también en países asiáticos (Corea del Sur, Filipinas, India). En cambio, en los países europeos, Estados Unidos y Japón las transferencias públicas tienen un rol más importante, financiando alrededor de la mitad del consumo de los menores.

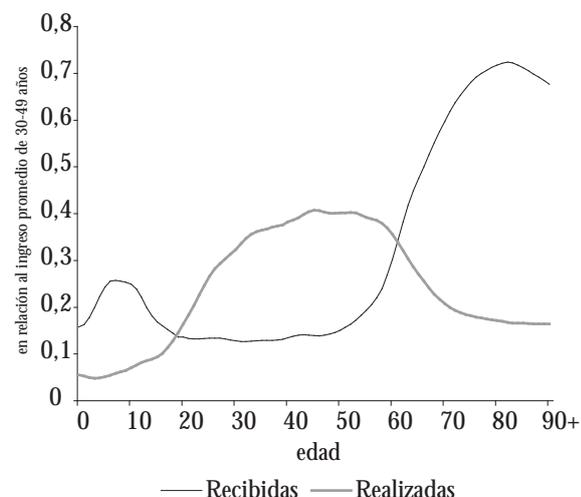
En cuanto al financiamiento del consumo de los adultos mayores, Tung (2011) encuentra una mayor variedad entre países. En los países europeos, más de 80% del consumo se financia con transferencias públicas. En los países latinoamericanos, no existe un patrón común. En Brasil por ejemplo, casi 90% del consumo de los adultos mayores se financia con transferencias públicas; en cambio en México la principal fuente de financiamiento proviene de los activos (casi 70%) mientras que las transferencias públicas representan menos de 30%. Finalmente, la región asiática es la más variada. Es posible encontrar incluso casos extremos como por ejemplo India, Filipinas y Tailandia, donde las transferencias públicas no forman parte de las fuentes de financiamiento del consumo de los adultos mayores, sino que estos se sustentan con activos o con ingresos del trabajo.

*Los flujos económicos en Uruguay:
algunos ejemplos del uso
del sistema NTA*

Uno de los aspectos novedosos del sistema NTA es que permite analizar las transferencias entre edades desde el punto de vista de quienes las reciben (beneficiarios) y de quienes las realizan. Estos dos tipos de flujos económicos para el caso uruguayo se presentan en el gráfico 12.

El perfil por edad de las transferencias per cápita que los individuos reciben a través de canales públicos se representa con la línea continua. En ella se ve que las edades deficitarias (en Uruguay los menores de 24 años y los mayores de 61 años) reciben una transferencia per cápita más elevada que las edades medias, y que los adultos mayores reciben en promedio mayores transferencias que los menores.

Gráfico 12. Transferencias públicas per cápita, recibidas y realizadas, por edad (en relación al ingreso promedio del grupo de 30 a 49 años). (Uruguay, 2006)



Fuente: Buchelli y González, 2010

A su vez, la línea punteada del gráfico 12 representa el perfil por edad de las transferencias per cápita que los individuos realizan a través de canales públicos, ya sea por pago de impuestos o contribuciones a la seguridad social. El pago per cápita es más elevado en las edades medias. Obsérvese que los niños también aparecen como donadores de transferencias vía el sector público, debido a que se les asigna el pago de impuestos que se origina cuando consumen.

Las edades medias realizan más transferencias hacia el sector público de las que reciben. Este concepto de transferencia neta (recibida menos pagada) se ilustra en el gráfico 13. Las transferencias públicas netas per cápita son negativas entre los 20 y los 61 años de edad. En cambio, son positivas para las otras edades indicando que los menores de 20 años y los mayores de 61 años son receptores netos de los beneficios del sector público. Dicho de otra manera, en las edades medias se pagan impuestos y contribuciones y el Estado redistribuye hacia las edades deficitarias.

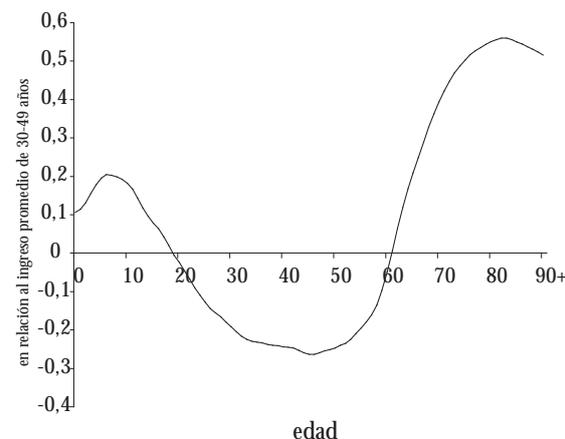
Comparando las etapas deficitarias, las transferencias públicas netas per cápita son mayores en la vejez que en la infancia. Los mayores de 61 años reciben en promedio casi tres veces más que los menores de 20 años vía transferencias netas. A nivel internacional, esta relación presenta grandes variaciones.

Miller y Bravo (2011) realizan una comparación de las transferencias públicas netas en varios

países. Para tener en cuenta que los niveles de ingreso en los distintos países son diferentes, dividen el valor de la transferencia por edad entre el ingreso promedio de los adultos. Encuentran que existe un patrón regional en términos del apoyo que da el sector público a niños y adultos mayores.

En los países europeos, se realizan altas transferencias netas hacia los dos grupos a través del sector público. Japón presenta un patrón similar al de los países europeos, pero en la mayoría de los países asiáticos las transferencias públicas netas son bajas tanto para los niños como para los adultos mayores. A su vez, en los países latinoamericanos las transferencias hacia los niños son relativamente bajas, pero no ocurre lo mismo con los adultos mayores. En particular, Chile, Costa Rica y Brasil se distinguen por presentar altas transferencias a los adultos mayores, especialmente en el caso de Brasil que se despega de todos los países en estudio.

Gráfico 13. Transferencias públicas netas por edad (en relación al ingreso promedio del grupo de 30 a 49 años). (Uruguay, 2006)



Fuente: Buchelli y González, 2010

El sistema NTA proporciona información económica que permite incluir la perspectiva demográfica. En este documento hemos ilustrado la utilidad de esta información para ilustrar características relevantes del consumo de niños y adultos mayores en Uruguay.

En lo que refiere a los niños, Uruguay pertenece al grupo de países en que el consumo en la niñez (en relación al de los adultos) es bajo o medio. Además, las transferencias públicas desti-

nadas a los niños (en relación a otros grupos) son bajas en la comparación internacional. Más aun, Uruguay se encuentra en el grupo de países en que las transferencias privadas, o sea, de los ingresos de los adultos de su entorno, son fundamentales para el financiamiento de los niños.

Dicho conjunto de resultados plantea algunas reflexiones de interés para las políticas. Es posible interpretar que la elevada dependencia del consumo de los niños con respecto a su entorno más directo como en el caso uruguayo, tiene efectos negativos sobre la movilidad y desigualdad futura. En efecto, es de esperar que las desigualdades entre los adultos tengan un impacto sobre las desigualdades en el consumo de los niños, con eventuales repercusiones en su vida adulta.

También es posible interpretar que el bajo nivel de consumo en la niñez está asociado al bajo nivel de transferencias. De hecho, Miller y Bravo (2011) encuentran una correlación positiva entre el nivel de consumo per cápita de los niños (en relación al de las edades medias) y las transferencias públicas netas por ellos recibidas.

Con respecto a los adultos mayores, Uruguay pertenece al grupo de países en que su consumo no presenta diferencias importantes con respecto las edades medias, las transferencias públicas netas hacia ellos son relativamente altas y juegan un rol importante en su financiamiento. En una comparación de estos datos de 2006 con una estimación para 1994, Bucheli *et al.* (2010) encuentran que esta descripción cambió en esos 12 años. En 1994, las transferencias públicas netas que los adultos mayores recibían eran superiores, lo que Bucheli *et al.* adjudican a la reforma de la seguridad social implementada en 1996. A su vez, en 1994 el consumo de los adultos mayores era mayor al de las edades medias. Bucheli *et al.* señalan que

la caída de la transferencia neta a los adultos no es en si mismo un resultado negativo ya que ella estaría compensada por el beneficio proveniente de la cuenta individual. Con aumentos de productividad, en el mediano y largo plazo el pilar de ahorro individual estaría contribuyendo significativamente a financiar el consumo en la vejez y aligerar el peso de las transferencias netas públicas hacia ese grupo etario.

Sin embargo, la disminución del consumo de los adultos podría estar indicando que la pérdida neta de transferencias públicas no está siendo compensada por otros mecanismos.

Desigualdades de género²³

En este apartado se presentará y analizará información que permite visualizar las desigualdades de género en distintos ámbitos: social, laboral, familiar. Las desigualdades de género en el país se expresan claramente en algunos de los indicadores sobre estructura de hogares, ingresos, empleo, tipo de actividad, participación política y violencia de género. A ello se suman los indicadores sobre carga de trabajo no remunerado y tareas de cuidado de personas dependientes, el cual se sostiene en las mujeres con el impacto que ello implica de restricciones en sus oportunidades de inserción laboral y desarrollo profesional, entre otros aspectos.

Para el análisis de esta información se utilizarán los informes elaborados por el Sistema de Información de Género (SIG) del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, MIDES), estudios realizados por instituciones académicas y de la sociedad civil e información generada por el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Uruguay no ha participado de los estudios multicéntricos de OMS sobre violencia de género ni ha implementado DHS. Asimismo, no se dispone de registros sobre atención médica a mujeres víctimas de violencia de género. Ello genera que con relación a algunos indicadores, la información disponible es parcial e incompleta, en particular aquellos referidos a la violencia de género, de la cual se tiene subregistro en la información oficial disponible.

En materia de estructura de hogares, ésta se vincula con carga de trabajo no remunerado e inserción de las mujeres en el mercado de empleo y condición de pobreza. Los hogares monoparentales femeninos representan 18,2% del total de hogares pobres, mientras que representan 9,6% de los hogares no pobres.

23 Esta sección está extractada del documento «Estadísticas de Género 2011, Inmujeres, 2011».

La **participación de las mujeres en el mercado de empleo** se ha incrementado en la última década en 5 puntos porcentuales, el cual supera al registrado en los varones (2 puntos porcentuales). Sin embargo, la inequidad de género en las tasas económicas —tasa de actividad, tasa de empleo y tasa de desempleo continúa prevaleciendo. La tasa de actividad femenina en el Uruguay presenta una evolución positiva en los últimos años pasando de 50,9% en el año 2006, a 55,6% en 2011. A pesar de esta evolución positiva, persisten diferencias importantes con respecto a la tasa de actividad masculina de alrededor de 20 puntos porcentuales. La tasa de actividad femenina asciende a 59,9% en la capital del país, en tanto se ubica en 47,8% en las localidades del interior menores a 5.000 habitantes y en el área rural dispersa. Las diferencias más grandes entre uno y otro sexo se aprecian en esta área con una brecha de casi 30 puntos porcentuales entre la tasa de actividad masculina y la femenina.

Para el año 2011, la tasa de empleo femenina fue de 51,3%, 20 puntos porcentuales por debajo de la masculina. El valor más bajo también se da entre las mujeres de las localidades menores a 5.000 habitantes y las del área rural. Esta situación estaría indicando la vigencia de roles de género más tradicionales en las pequeñas localidades y zonas rurales, pero también, probablemente, las pocas oportunidades atractivas para las mujeres en el mercado laboral que las motiven a querer trabajar de forma remunerada. En esta decisión también juega la mayor responsabilidad asignada a las mujeres en el cuidado infantil, lo que lleva a que la decisión de participar en el mercado laboral no resulte rentable para muchas de ellas. Finalmente importa señalar que las mujeres presentan una disminución en su participación en el mercado laboral a medida que aumenta el número de niños/as pequeños en el hogar. Su tasa de actividad baja 33 puntos porcentuales cuando hay 3 y más niños y niñas respecto a aquellas que no tienen niños y niñas en el hogar.

Por su parte, la **tasa total de desempleo** ha seguido una evolución decreciente entre 2007 y 2011, disminuyendo en 2 puntos porcentuales la tasa de desempleo masculina y en casi 5 la tasa de desempleo femenina. Las diferencias entre varones y mujeres se mantienen, siendo esta última casi el doble de la masculina. La tasa de desempleo más alta se registra en las mujeres de las localidades mayores

a 5.000 habitantes del interior del país con 8,1%, mientras la más baja es la registrada en los varones de las localidades menores a 5.000 habitantes y el área rural dispersa, con 2,1%. Las brechas más grandes entre uno y otro sexo se encuentran en esta área geográfica siendo la tasa de desempleo femenina más de tres veces superior a la masculina (7,5%).

En cuanto al **tipo de actividad**, la distribución de las personas ocupadas según rama de actividad muestra una fuerte segregación por sexo en el mercado de trabajo. 50% de las mujeres ocupadas lo está en trabajos vinculados a servicios sociales y/o personales (principalmente salud, educación y servicio doméstico), 22% lo hace en comercios, hoteles y restaurantes. La distribución de los varones es más heterogénea, 22% en comercios, hoteles y restaurantes, 18% en servicios sociales, 17% en industria manufacturera, 14% en agricultura.

Otra desigualdad de género presente en el mercado laboral refiere a la brecha de ingreso entre varones y mujeres. Las mujeres perciben en promedio 90% de lo que perciben los varones por hora de trabajo en la ocupación principal. Esta tendencia se mantiene bastante estable en el último quinquenio. Entre los aspectos que contribuyen a perpetuar y en ocasiones incrementar las brechas de género en los ingresos se destacan la desvalorización del trabajo de las mujeres, la segregación ocupacional, la discriminación en el trato en el mercado laboral y la carga de las responsabilidades familiares entre otras (Trade Union Congress 2007, referido por Inmujeres, 2009). Educarse no genera iguales beneficios para unos y otras: las mujeres que tienen 16 y más años de estudio perciben 74% de lo que perciben los varones con igual nivel educativo. Finalmente se ha demostrado que existen problemas relacionados con la baja densidad de cotización en la trayectoria laboral de las mujeres a la hora de acceder a una jubilación y los mismos se deben principalmente a las entradas y salidas al mercado de trabajo formal remunerado.

Uno de los activos sociales que las mujeres han conquistado a lo largo del siglo XX ha sido la educación, logrando incrementos importantes a través de las generaciones. Para 2011, en la población de 24 y más años no se identifican diferencias significativas entre varones y mujeres en los distintos niveles educativos. Las diferencias vienen por una mayor proporción de varones con UTU, frente a una mayor

proporción de mujeres con magisterio o profesorado como máximo nivel alcanzado. Estas diferencias se explican por la segregación laboral horizontal que lleva a los varones a concentrarse en ciertos oficios y a las mujeres en tareas vinculadas a la educación, reproduciéndose así los roles tradicionales de género. Al observar los años de educación alcanzados por esta población se aprecia que las mujeres acumulan más años de educación que los varones a partir de los 13 años de educación. 20% de las mujeres superan los 13 años de educación; mientras que entre los varones esta proporción alcanza 15%. No obstante, la mayor acumulación de años de educación no tiene a beneficiar a las mujeres en el mercado laboral, dado que continúan percibiendo menores ingresos que sus pares varones con niveles educativos iguales o menores.

La **participación de las mujeres en cargos de alta responsabilidad política** es significativamente baja:

- En el Poder Ejecutivo las mujeres para 2011 representan 14% de los ministros y ministras.
- En el Poder Legislativo, las mujeres representan 13% del senado y 15% de la cámara de representantes.
- En el Poder Judicial, las mujeres ocupan el 0% en los máximos cargos de la Suprema Corte de Justicia.
- En otros organismos del Estado las mujeres representan 26% de los altos cargos de los servicios descentralizados (Administración Nacional de Correos, Agencia Nacional de Vivienda, ANP, ASSE, INAU), 23% en los entes autónomos, y 9% en los entes paraestatales.
- En las listas de votación de los partidos políticos las mujeres representan 26% de las candidaturas. En el Partido Independiente el porcentaje de mujeres alcanza 33% en las listas de votación para el Senado y 35% en las de diputados. En el Frente Amplio, representan 31% y 24% respectivamente. Para el Partido Colorado se ubica en 6% y 11% y el Partido Nacional no presenta candidatas al Senado y 16% para diputadas.
- A nivel territorial, la representación femenina en el total de cargos es de 17% y en las Juntas departamentales es de tan solo 18%. Uno de los cargos considerados de política comunitaria es el de concejala, en donde la representación femenina

para el caso de nuestro país es de 19%. Finalmente, para el caso de las alcaldesas, el valor asciende a 25% siendo esta última cifra una de las más altas de la región.

- Con respecto a la participación de las mujeres en los órganos ejecutores del PIT-CNT encontramos que 7% del Secretariado Ejecutivo está integrado por éstas y que no es posible advertir la presencia de mujeres en los altos cargos en las Cámaras empresariales consideradas para el presente estudio.

Uno de los indicadores que dan cuenta de las desigualdades de género es la violencia contra las mujeres y niñas. En materia de **violencia de género** (VBG), la información disponible proviene de la elaborada por el Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Según esos datos, se evidencia un crecimiento sostenido año a año: pasando de 6.802 denuncias en 2005 a 15.868 en 2011. En efecto, en 2011 se recibieron 43 denuncias por violencia doméstica cada día, es decir, en promedio, 1 cada 33 minutos. En lo que va del primer semestre de 2012, el número de denuncias ya se ubicó en alrededor de 12.000 casos, 19% por encima en comparación con el mismo período de 2011. No obstante, es importante aclarar que las denuncias son expresión de una parte del fenómeno, porque dependen de la disposición de las personas a reportar los delitos cometidos.

Para el año 2013 está previsto realizar en Uruguay la primera encuesta de prevalencia de violencia basada en género en el país.

El **cuidado de las personas dependientes** recae fundamentalmente en el aporte invisible de las mujeres. Esto genera enormes dificultades para que estas puedan acceder a mejores condiciones de desarrollo personal y profesional y vulnera el ejercicio de sus derechos. Los resultados de la encuesta sobre «Uso del tiempo y trabajo no remunerado», módulo incorporado en la Encuesta Continua de Hogares realizada en 2007 (Aguirre y Batthyány, 2009), ilustran el porcentaje de tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado por mujeres y varones. Mientras las primeras utilizan 65% de su tiempo al trabajo no remunerado, para los varones la relación se invierte. Si bien se registran en los últimos años algunos avances para fomentar políticas de corresponsabilidad entre hombres y mujeres, aún

se está lejos de disponer de medidas que reviertan el sesgo histórico de género que ha colocado a las mujeres como las principales cuidadoras en la crianza. Si bien hay algunos progresos en el debate y la instrumentación de un Sistema Nacional de Cuidados, es fundamental avanzar en la definición de políticas y estrategias de corresponsabilidad que articulen a las familias, el Estado y el mercado para una redistribución del trabajo reproductivo al interior de las familias, así como la creación de infraestructura social para el cuidado.

Desigualdades étnicas

Si bien Uruguay contó muy tempranamente con mecanismos de recolección de información socio demográfica —tales como censos de población y encuestas de hogares—, la visibilidad estadística de grupos étnico-raciales es relativamente reciente en la historia del país.

Se considera que a pesar de que las fuentes oficiales de recolección de información (encuestas de hogares a partir del año 2006 y último censo nacional realizado en 2011) relevan la autoidentificación con distintas identidades étnico-raciales (como blanca, afro o negra, indígena), en el caso de «indígenas», estas no tienen una expresión fácilmente identificable en el plano de la desigualdad social y económica. Si bien existe un grupo cercano a 4% de la población que percibe que tiene ascendencia indígena, el análisis de esta población sugiere que más que la pertenencia a un grupo social que sufre discriminación y está sujeto a una particular situación desfavorable debido a su condición étnica, se trata de la reivindicación de una identidad cultural vinculada a un pasado imaginado.

La población que se identifica como negra o afrodescendiente en Uruguay ascendió a 255.073 según los datos del último censo de población. La estimación de este contingente de población obtenido a través de las Encuestas Continuas de Hogares había arrojado un porcentaje cercano a 9% de la población total: 9,1% respondió tener ascendencia racial afro o negra en 2006 y 9,4% lo hizo en 2011.

En los últimos años, al conjunto de documentos que vienen produciendo los colectivos de afrodescendientes respecto a la discriminación que sufren y su situación desfavorable en la sociedad

uruguaya, se agregan los análisis realizados con base en información de encuestas de hogares. Esta información ha permitido poner de manifiesto, la situación de extrema desigualdad que existe en la sociedad uruguaya entre la población de origen negra y la población blanca.

El informe de Bucheli y Cabella (2007) concluye que en todas las dimensiones en que son comparadas ambas sub poblaciones, la población afro se encuentra en una situación netamente desfavorable. La población negra se destaca por tener una composición demográfica particularmente joven, en contraposición a la población blanca, cuya estructura refleja el envejecimiento demográfico de la población uruguaya. Asimismo, la fecundidad de las afrodescendientes es mayor y el inicio de su vida reproductiva es más temprano. A ello se suma que también inician su vida conyugal más precozmente. En conjunto, esta categoría racial experimenta transiciones familiares más tempranas que la población blanca.

La población afrodescendiente presenta una situación netamente desfavorable en todos los indicadores relativos al desempeño educativo y económico. Este grupo muestra un promedio de años de estudio dos años menor al alcanzado por la población blanca entre las personas mayores de 35 años y 1,6 años entre las de 25 a 29. Las tasas de asistencia al sistema educativo a partir de los 14 años son sistemáticamente menores que las de los blancos. Asimismo, se destaca que los adolescentes negros desertan más tempranamente del sistema educativo y enfrentan mayores dificultades para acceder a la educación terciaria.

En lo que refiere a los indicadores de mercado laboral, se registran mayores tasas de actividad y de empleo entre la población afro respecto a la población blanca, pero también mayores tasas de desempleo. La mayor tasa de participación se explica por el efecto combinado de un ingreso más temprano de los jóvenes negros al mercado laboral, respecto a sus pares de ascendencia blanca y la mayor permanencia de los grupos de edades extremas, lo que implica que las personas negras entran antes al mercado de trabajo y salen más tarde.

Los afrodescendientes tienen mayores probabilidades de ocupar puestos de trabajo informales que los trabajadores blancos, independientemente de la categoría ocupacional en la que se desempeñen. También se constata que las remuneraciones prome-

dio son más bajas para los varones y mujeres afrodescendientes en comparación con las que perciben las personas de ascendencia blanca. Este fenómeno se repite en todos los grupos de edad. Cabe destacar que aun cuando una persona negra tiene la misma educación, la misma experiencia y reside en la misma ciudad que una persona blanca, los salarios que percibe esta última son mayores. Este resultado sugiere que existe discriminación racial en el mercado de trabajo y es otro de los aspectos que merecen un análisis más minucioso.

La situación de los afrodescendientes en términos de su ubicación en los estratos de ingreso y en sus niveles de pobreza está en concordancia con sus bajos desempeños educativos y laborales. Las personas con ascendencia afro tienen una fuerte participación en los estratos más bajos de ingreso y tiene una muy baja participación en los más altos. Por otra parte, su tasa de pobreza más que duplica a la de la población blanca: la pobreza asciende a 12,1% entre la población blanca mientras que se eleva a 28,1% entre la población afro o negra según la ascendencia racial principal declarada (ECH 2011, total del país).

En relación a las diferencias salariales la evidencia muestra que los afrodescendientes reciben salarios inferiores respecto a la población blanca en todos los tramos de la distribución salarial, pero la brecha se ensancha a partir de la mediana (Bucheli y Sanromán, 2010).

Por lo tanto, existe por un lado una acumulación histórica de la inequidad que se refleja en la ubicación desfavorable de la población afrodescendiente en la distribución del ingreso de los hogares y, por el otro, una discriminación activa en el mercado laboral que queda en evidencia al constatar que personas con igual nivel educativo perciben remuneraciones inferiores en el caso de ser afro. Finalmente, cabe destacar que la combinación de la condición de ascendencia afro o negra junto con otros atributos hace que ciertos grupos de población presenten una situación más comprometida en términos de bienestar. Es el caso de personas afro o negras, que además son mujeres y jóvenes frente al desempleo: la tasa de desempleo para personas con esta triple combinación de atributos —afro, mujer y joven— es once veces superior a la varones no afro de 30 y más años de edad (25,4% versus 2,3%, año 2010).

Las principales recomendaciones que el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial

realizó a Uruguay (en abril de 2011) se centraron en que si bien el país ha ratificado varios de los instrumentos internacionales y ha visibilizado al grupo de afrodescendientes a través de sus estadísticas, resta transitar hacia la adopción de políticas afirmativas que revertan esas desigualdades:

El Comité recomienda al Estado que intensifique sus esfuerzos adoptando medidas especiales a favor de los afrodescendientes a fin de reducir las desigualdades y mejorar su integración efectiva a la sociedad uruguaya (Naciones Unidas, Informe para Uruguay del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial para Uruguay, abril 2011).

Inequidades relacionadas con el hábitat

En este apartado se buscará identificar los principales problemas medioambientales que afectan a la población y detectar cuáles son los grupos más vulnerables a los distintos factores de riesgos ambientales. Asimismo, se buscará identificar los mecanismos que ponen en riesgo la sustentabilidad del hábitat en la interacción de la población con su entorno físico.

Existen relaciones significativas entre la población y el ambiente. El deterioro ambiental ha sido ligado al aumento de la población y el consumo de recursos naturales desde hace varias décadas. Es común por ejemplo encontrar referencias a ideas de corte neomalthusiano así como respuestas en líneas escépticas y positivistas. Más recientemente, considerando la reducción de las tendencias de crecimiento derivadas de las transiciones demográficas, el primer enfoque ha sido matizado, aunque las estimaciones de crecimiento global incluyen escenarios de 10.5 billones de personas, lo que sumado al aumento de consumo de recursos en los países en vías de desarrollo como China o India implican escenarios complejos de sustentabilidad en un contexto de deterioro ambiental y cambio climático. A escalas nacionales o locales tamaños de poblaciones que exceden la capacidad de carga de los ecosistemas, sumados a otros factores pueden causar una importante degradación del ambiente, llegando a provocar crisis en los sistemas socioeconómicos e incluso colapso en ciertas sociedades. Otros autores han destacado, para el caso latinoamericano, la complejidad de las interacciones entre la población

y el ambiente, así como la importancia de considerar los fenómenos de distribución de población asociado a las dinámicas económicas y los aspectos positivos de las migraciones campo-ciudad y crecimiento urbano. Por otra parte, los estudios de población en el actual contexto de crisis ambiental tienden cada vez con mayor frecuencia a incorporar aspectos ligados al deterioro ambiental y a problemas como el cambio climático y los desplazamientos poblacionales por deterioro y/o catástrofes ambientales.

Este marco referencial contribuye a abordar la problemática en Uruguay, aunque las particularidades demográficas de Uruguay en el contexto de países en desarrollo hacen que debamos ser cuidadosos en extrapolar algunas de estas problemáticas.

La segmentación territorial de la sociedad y la «reproducción biológica» de la pobreza están entre los problemas territoriales y poblacionales más graves en Uruguay. Ambos aspectos (la territorialidad y las dinámicas demográficas) pueden presentar una fuerte vinculación con los problemas ambientales, en la medida en que las áreas urbanas ocupadas por las poblaciones vulnerables presentan frecuentemente condiciones ambientales inadecuadas. Ante la falta de otras opciones, las poblaciones de menores recursos se ven forzadas a asentarse en zonas que presentan problemas de hábitat y de inadecuado acceso al agua y al saneamiento, son bajas e inundables por lo que no deberían admitir edificaciones para vivienda y presentan problemas de contaminación asociadas a actividades presentes (como el manejo informal de los residuos) o pasadas (pasivos ambientales de actividad industrial). La composición y estructura poblacional de los grupos que las habitan son además determinantes de la vulnerabilidad (las madres con niños pequeños, los niños y los ancianos suelen ser más vulnerables a los riesgos ambientales). Este fenómeno es particularmente grave debido a la gran cantidad de niños que enfrentan estas condiciones, generando impactos directos sobre su desarrollo.

El caso de la contaminación por plomo puede citarse como un ejemplo, donde existe una confluencia de factores que ocasionan mayores niveles de contaminación en sangre: la exposición a contaminantes de origen industrial por actividades ambientales presentes y pasadas se suma a condiciones de déficit en la alimentación y en el desarrollo. En el

caso de las poblaciones asentadas en zonas inundables, las zonas más expuestas presentan índices socioeconómicos «de periferia» (NBI, tasas de natalidad, hacinamiento). Actualmente se encuentran en estudio (Udelar-PNUD) los casos de los departamentos del litoral afectados durante las inundaciones de 2009-2010. Estos estudios abarcan aspectos socioambientales y pueden ser utilizados como insumos para los procesos planificatorios de urbanización y hábitat que deben llevarse adelante para reducir la exposición en zonas inundables en función de la vulnerabilidad de los distintos grupos sociales.

Por otra parte, existen fenómenos de degradación ambiental vinculados a temas de distribución espacial de la población en relación a las vías de transporte, el desarrollo urbanístico no planificado y a factores económicos. Un ejemplo de esto es el desarrollo de la ciudad de la costa y las áreas costeras en Uruguay en ausencia de una planificación adecuada. Esto trae como consecuencia impactos ambientales sobre el ambiente (como afectaciones de flujos hídricos y contaminación, fuerte caída de la biodiversidad, desaparición o alteración profunda de ecosistemas locales, etcétera) así como el vaciamiento de la ciudad consolidada generando deterioros y tugurización que acentúan los fenómenos de segmentación y segregación urbana. A esto se suman las tendencias de abandono de los centros urbanos por las clases de mayor poder adquisitivo («gentrificación») que generan impactos adicionales en las periferias rural-urbanas y profundizan el deterioro de la ciudad consolidada.

En el medio rural, existen cuestiones de movilidad y desplazamientos de las poblaciones rurales vinculados a fenómenos productivos de gran escala, siendo el caso más paradigmático la forestación. Más recientemente, la soja y la minería a gran escala deben ser estudiados cuidadosamente por los movimientos de población asociados y también en relación con la concentración de la propiedad de la tierra y el abandono por parte de pequeños productores. Si bien la industrialización a gran escala de la producción agropecuaria es un fenómeno que presenta tendencias crecientes a nivel global, es pertinente preguntarse cuáles son las consecuencias a nivel de estructura y distribución poblacional; en particular en las ciudades y pueblos del interior del país.

Relaciones e impactos: Incidencia para las políticas públicas

Las implicancias de la salud sexual y reproductiva y el género en la reducción de la pobreza, la malnutrición y la desigualdad económica y social

*Por la vía de los derechos de acceso a servicios de salud sexual
y reproductiva universales y gratuitos*

Las políticas que buscan disminuir y/o eliminar las desigualdades de género, promueven condiciones para el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva y a servicios de salud que contribuyen de manera decisiva en la reducción de la pobreza, la desnutrición y la desigualdad económica y social.

La disponibilidad de prestaciones en salud sexual y reproductiva en servicios públicos de salud, entre ellas atención integral del embarazo y parto institucional, acceso a canasta de métodos anticonceptivos de calidad, prevención de ITS, en especial sífilis y VIH y la prevención de la transmisión vertical, detección oportuna y atención de la violencia doméstica, entre otros, tiene una historia relativamente reciente y no homogénea. La atención del embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio a nivel institucional se remonta a mediados del siglo XX con la consolidación de un modelo materno infantil que se instaló en los servicios de salud con buenos resultados en términos de captación temprana, adecuado número de controles de embarazo y atención institucional y profesional del parto. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo con otras prestaciones. Hacia mediados de la década de los noventa se comienza a disponer de métodos anticonceptivos en los servicios públicos, los cuales se hacen extensivos a toda la red pública del país hacia comienzos del siglo XXI.

La prevención de la transmisión vertical del VIH se redujo de 26% en 1989 a 3% en los últimos cinco años con la obligatoriedad de la serología de VIH a toda mujer embarazada bajo su consentimiento (López *et al.*, 2002). Sin embargo la sífilis y la SC se visualizan en su magnitud como problema de salud hace apenas unos pocos años. Los casos de sífilis congénita se concentran sobre todo en los servicios públicos de Montevideo, afectando por lo tanto a los sectores de menores ingresos de la capital del país. Esto coincide con una deficitaria cobertura del tamizaje para sífilis en el tercer trimestre del embarazo en el subsector público de la capital,

según datos aportados por el Sistema Informático Perinatal. (López y Benía, CLAP 2010).

La tasa de incidencia de cáncer de mama en el quinquenio 2002-2006 fue de 71,38‰, mostrando un descenso respecto al anterior quinquenio analizado 1999-2003 en que había alcanzado valores de 76,2‰. El cáncer de cuello uterino en cambio mantuvo estables sus tasas de incidencia en los quinquenios 1999-2003 y 2002-2006 con tasas de 17,5‰ ocupando el tercer lugar en frecuencia después del cáncer colorrectal. Estas modificaciones del perfil de la morbilidad por cáncer de las mujeres, puede vincularse a diferentes aspectos de organización de los servicios y los programas específicos:

- ü Ampliación de la cobertura de papanicolaou a partir de su incorporación en las prestaciones de los programas de salud sexual y reproductiva, particularmente en los servicios de Primer Nivel.
- ü Difusión y coordinación de los servicios con la presencia en distintos puntos de la ciudad de Montevideo y del país de mamógrafos móviles de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC).
- ü Aplicación de la normativa vigente, *la Ley 17.242* del 13 de junio de 2000, en que se declaró de interés público la prevención de cánceres genito mamarios, dándole a las mujeres trabajadoras de la actividad pública y privada un día al año de licencia especial para concurrir a realizarse los exámenes de papanicolaou y/o radiografía mamaria.

El Convenio entre la CHLCC y el MSP firmado el 13 de enero de 2006, para complementación de actividades y recursos, con el objetivo de extender el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello a todo el Uruguay, puede traer avances para disminuir la incidencia de cáncer de cuello. De acuerdo a este convenio la CHLCC se compromete a aportar los recursos materiales para los laboratorios de citología y a mantener la base de datos que centralice la información sobre las actividades de prevención del cáncer de cuello uterino. Por otra parte el MSP se compromete a aportar los recursos humanos necesarios para la toma de muestras de Papanicolaou.

El cáncer de cuello se presenta sin embargo con mayores niveles de incidencia entre las mujeres de los sectores sociales más carenciados. También se observa variaciones territoriales con un rango de

tasa de incidencia que va desde 8,3‰ en Lavalleja a 36,7‰ en Paysandú. La aparición en el mercado de la vacuna contra el HPV, principal factor de riesgo para cáncer de cuello, puede significar por un lado una herramienta eficaz para disminuir la incidencia de este tipo de cáncer femenino, pero sus elevados costos pueden constituir un factor determinante de inequidades entre grupos de mujeres de diverso nivel socio económico.

De todos modos, debe destacarse que la prevención del cáncer de cuello de útero constituye la herramienta más eficaz para combatir la mortalidad por esta causa, por lo que el principal desafío es que todas las mujeres tengan las mismas oportunidades de realizarse los estudios diagnósticos de acuerdo a los protocolos establecidos.

En los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, la inequidad en el acceso a bienes materiales y simbólicos, a poder y a recursos (educación, salud, entre otros) hace de las mujeres con nivel socio económico bajo y de edades más jóvenes especialmente vulnerables, y denuncia las condiciones de desigualdad económica, social y de género en las cuales viven. En el ASP se buscará profundizar en estos aspectos mediante el tratamiento y análisis combinado e integrado de fuentes y datos disponibles.

Por la vía del aumento de productividad y reducción de la vulnerabilidad en materia de salud y particularmente en SSR

La reforma del sector salud ha contribuido a facilitar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, y en ellos a diferentes prestaciones en el campo de la salud sexual y reproductiva. El fortalecimiento de la función de rectoría por parte del MSP, con auditorías de calidad y la definición de metas prestacionales vinculadas a la salud de las mujeres, son elementos contribuyentes a mejorar los niveles de equidad en este campo. Se exige el uso de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia, la capacitación de los integrantes del equipo de salud, la participación de los/as usuarios/as.

Asimismo las negociaciones salariales de los últimos años con las organizaciones gremiales representantes de los médicos, han incorporado el control del presentismo en los servicios, la cantidad de pacientes a ser atendidos por hora, y el pago según componentes vinculados a objetivos institucionales.

La reciente reglamentación de la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, también se espera que contribuya en el sentido de la integralidad de las prestaciones y los avances en la equidad, en la medida que integra y exige a todos los prestadores del SNIS un conjunto clave de prestaciones en SSR, para asegurar el ejercicio equitativo de derechos sexuales y reproductivos, entre los cuales merecen ser destacados:

- ü El acceso universal a métodos anticonceptivos de calidad y a bajo costo o gratuitos
- ü El asesoramiento pre y pos aborto
- ü La detección oportuna y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

En la reducción del hambre y de la malnutrición por la vía de los efectos de los patrones reproductivos en la malnutrición de madres e hijos y en la supervivencia

La desnutrición crónica cuyo indicador es la talla baja para la edad, es el resultado de múltiples factores que actúan de manera sinérgica y simultánea, y refleja objetivamente los desequilibrios de los determinantes. Entre sus factores causales se encuentran aquellos denominados inmediatos como la desnutrición materna, la alimentación inadecuada y las infecciones repetidas; los de tipo subyacente como la baja escolaridad de la madre, el embarazo en adolescentes, los insuficientes cuidados de la mujer y el niño, las prácticas de crianza inadecuadas, la falta de acceso a saneamiento básico y a servicios de salud oportunos y de calidad, y aquellas denominadas causas básicas, como la desigualdad de oportunidades y derechos, la exclusión y los distintos tipos de discriminación, en particular las basadas en género y generación. Se le considera un indicador de aproxi-

mación de las condiciones de vida de la población, permitiendo evaluar las inequidades sociales entre países y entre regiones (OPS, 2010)

Uruguay no escapa a la realidad de los países de la región, encontrándose actualmente atravesando lo que se ha dado en llamar «transición nutricional», lo cual determina qué se debe hacer frente a la doble carga de morbilidad, al coexistir problemas de nutrición por déficit que aún no han sido resueltos con una creciente epidemia de obesidad. 8% de los niños nace con peso inferior a 2.500 gramos, cifra que no ha sido modificada en las últimas dos décadas. Según la última encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria, los principales problemas nutricionales observados entre los niños menores de 24 meses que se asisten tanto en el subsector público como privado de salud, son la alta prevalencia de retraso en el crecimiento y la obesidad. El retraso en el crecimiento en el año 2007 alcanzó a 11,3% de los niños y la obesidad a 8,5%. Al desagregar los datos, la magnitud del problema del retraso de talla se incrementa si se observa a los niños atendidos en servicios públicos del Primer Nivel de Atención de Montevideo, alcanzando una prevalencia de 14% (UNICEF-RUANDI-MSP, 2007).

Según un estudio llevado a cabo durante 2004-2005 en niños que asistían a primer grado en escuelas públicas del país, 4,6% presentó retraso de talla; lo que cabría esperar de acuerdo con los estándares internacionales (2,3%). Más de 20% de la población estudiada presentó problemas de sobrepeso y obesidad (Amarante *et. al.*, 2007).

En relación a la población adulta, la Encuesta nacional de factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2007) mostró que al menos 50% presenta algún grado de sobrepeso u obesidad, 35% de la población es sedentaria y más de 90% posee al menos un factor de riesgo para enfermedades crónicas (MSP, 2010).

Desafíos y oportunidades

Principales desafíos que enfrenta el país en materia de población

A los efectos de elaborar este informe se realizaron entrevistas a actores gubernamentales con responsabilidad en la definición de políticas públicas que directamente están vinculadas a temas de población. Se entrevistó a integrantes de la Comisión Sectorial de Población (OPP), Ana Santestevan (OPP), Álvaro López (Ministerio de Turismo y Deportes) Milton Silveira (MIDES, Unidad de Evaluación y Monitoreo), Javier Miranda (MEC, director de DDHH), Alicia Artigas (MEF), Rosana Lamónaca (MTSS) y Juan Carlos Fortuna (MVOTMA) y a integrantes del MSP, Dr. Gilberto Ríos (director general de la Salud) y el Dr. Gustavo Giaccheto (director Programa de la Niñez). A su vez se analizó el acta de reunión mantenida entre la Comisión de Población del Senado de la República e integrantes de la Comisión Sectorial de Población, con fecha 6 de diciembre de 2010.

La pauta de entrevista con los mencionados actores buscó identificar los principales problemas y desafíos que —para estos actores— están planteados en materia de población en Uruguay.²⁴

En tal sentido, se pudieron identificar algunos denominadores comunes y temas diferenciados en función de las pertenencias institucionales de cada entrevistado.

Los temas de preocupación compartida por estos actores están vinculados fundamentalmente al bajo crecimiento poblacional y al vaciamiento de las áreas rurales. Las visiones, los énfasis y las posibles estrategias a desarrollar respecto a estos asuntos fueron diferentes en cada uno. Asimismo, surgieron temas de preocupación específicos en función de las áreas de trabajo de cada entrevistado.

Un elemento central está vinculado a la reciente visibilización de los asuntos de población en la agenda política, no habiéndose generado aún una masa crítica ni un debate social y político amplio y articulado en el país. Esto genera entre otros efectos que las políticas que se definen no estén acompañadas de un análisis poblacional de sus objetivos y posibles impactos. Según algunos entrevistados no se trata de políticas informadas en el sentido de aquellas que toman en consideración las mejores eviden-

24 Para la elaboración de la pauta de entrevista, se adaptó la utilizada por el estudio realizado por (Mezzer, Mieres y Rodríguez, 2010).

cias disponibles. Desde esta perspectiva se podría señalar que existe una brecha entre investigación y política necesaria de ser revertida, de modo que el debate sobre las políticas de población pueda orientarse tomando como base el proyecto de desarrollo país y el conocimiento acumulado y disponible a nivel nacional, regional e internacional.

La realización del Censo 2011 fue visualizada como un paso relevante para el acceso a información actualizada. El déficit de información fue señalado como un grave problema para la toma de decisiones en materia de políticas públicas así como para conocer el impacto de las mismas en el mediano y largo plazo.

Los discursos sobre los asuntos relevantes de población están en algunos casos contruados sobre estereotipos y carecen de sustento técnico y de profundidad en el análisis, lo cual genera sesgos importantes a la hora de identificar y evaluar la magnitud de los problemas. De esta forma la noción de fecundidad por debajo del reemplazo es mirada con un tono de alarma discordante con la real magnitud del problema y sus posibles efectos.

Predomina en los entrevistados una concepción de las políticas de población como aquellas orientadas a objetivos demográficos vinculados al número y distribución de la población. A pesar de ello hubo referencias sustantivas sobre calidad de vida y derechos de las personas, en particular a decidir sobre la reproducción. En este sentido, las tensiones entre políticas que estimulen la fecundidad o políticas que no la desestimen, políticas integrales en salud sexual y reproductiva (incluyendo el acceso universal a la anticoncepción, la despenalización del aborto y el acceso al aborto legal), políticas de corresponsabilidad y su impacto en las desigualdades de género, fueron presentados por los entrevistados como asuntos complejos pero que deben dirimirse en el marco del respeto de los derechos, decisiones y preferencias reproductivas de las personas. Un entrevistado señalaba «la política debe tener como horizonte que nazcan todos los hijos deseados y se tengan las condiciones para poder criarlos bien». Para otros, estas tensiones se tornaban en contradicciones sin resolución intelectual en sus posiciones. Para otros, estos temas no fueron identificados como relevantes para el desarrollo del país y los problemas fueron ubicados fundamentalmente en la necesidad de definir políticas para favorecer una distribución

diferente de la población en el territorio, incluyendo el desarrollo de acceso a bienes, recursos y servicios, políticas para favorecer el relacionamiento del país con la diáspora y de estímulo al retorno y la vinculación con el país.

En este sentido, las opiniones vertidas por los entrevistados tuvieron puntos de coincidencia con algunas de las valoraciones recogidas en el estudio «Liderazgo y políticas de población» (Meznera *et al.*, 2010: 15) respecto a los principales problemas demográficos del país:

- a) emigración de jóvenes, b) estructura de edades envejecida asociada a la baja natalidad, c) la migración interna y su correlato la segmentación territorial de la población, d) la concentración de la reproducción biológica de la población en sectores con mayores niveles de vulnerabilidad y e) escasa población que posee el país.

Un problema identificado por varios entrevistados fue la baja visibilidad e importancia asignadas al desarrollo infantil en particular en los primeros años de vida. Hubo consenso en señalar que los niños y niñas de 0 a 3 años deben ser un objetivo central para las políticas de población, en particular el desarrollo de políticas educativas, captación temprana y atención integral del embarazo en el marco de políticas de salud sexual y reproductiva que promuevan fecundidad elegida e hijos deseados, políticas de nutrición infantil, prevención de violencia de género e intrafamiliar y sistema de cuidados que favorezcan la crianza en particular en sectores medios. Asociado a la relevancia de este problema, la mortalidad infantil fue señalada como una preocupación central por actores del MSP.

Para los entrevistados el Sistema Nacional de Cuidados (SNC) es una apuesta estratégica. En este sentido se señaló que es tan relevante poner el énfasis en la feminización de los cuidados como también en el sujeto de los cuidados que aparece desfigurado, en particular, por ejemplo, la omisión o invisibilización de las personas discapacitadas. Tampoco se ha dado una discusión explícita sobre las concepciones de familia que subyacen. El SNC debería incluir un debate sobre los modelos de seguridad social que favorezca los procesos de transición a la adultez. La falta de mirada integral del SNC fue identificado como un riesgo.

Una preocupación planteada por los entrevistados fue la necesidad de información respecto a los

posibles efectos de los sistemas de cuidado en los comportamientos reproductivos y en los modelos de familias. El déficit de conocimiento sobre las preferencias reproductivas de la población y en particular de las mujeres fue identificado como un asunto de alto interés por parte de algunos entrevistados. En este sentido la posibilidad de realizar una DHS fue señalada como un asunto de alto interés.

Desde los actores entrevistados del MSP se hizo especial énfasis en la fragmentación y/o ausencia de bases de datos relacionadas y coherentes en sus definiciones operativas, el subregistro, las demoras en la generación y difusión de los datos como características de los sistemas de información, siendo este uno de los problemas relevantes para la toma de decisiones en materia de políticas de población.

El movimiento de personas en el territorio, la cohesión social y las garantías para el respeto y ejercicio de derechos humanos fue un tema identificado como prioritario para las políticas de población. El acceso a oportunidades en el interior del país está

vinculado a las posibilidades de movilidad territorial y en este sentido se expresó la preocupación por la falta o el déficit de planificación estratégica a nivel nacional.

Otro asunto identificado fue el envejecimiento de la población, las políticas de protección social y de seguridad social y las políticas de cuidado. Se señaló la relevancia económica, social y cultural de esta realidad y de su proyección irreversible que lo coloca como un asunto ineludible de la agenda de población.

Finalmente, la conformación de una Comisión Sectorial de Población (CSP) como un mecanismo formal intersectorial para discutir y aportar propuestas de políticas de población. En este sentido, la CSP es visualizada como un paso de gran importancia. Sin embargo, el hecho de que su integración se haya basado en el Gabinete Social hace que actores clave, como los organismos desconcentrados de la Educación, no tengan participación en la Comisión siendo esta un área sensible para las políticas de población.

Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para desarrollar una política de población en Uruguay²⁵

Visión y objetivo de una política de población para el país

Visión

El propósito es avanzar hacia un país donde su población disfrute plenamente de sus derechos sociales, civiles, culturales, económicos y políticos; una población que asuma su responsabilidad social, en armonía con el ambiente y el espacio territorial en su conjunto, en una sociedad integrada y diversa.

1. Por sociedad integrada se entiende una sociedad donde sus relaciones sociales estén basadas en una cultura de derechos humanos y de respeto a la diversidad de su población. Respetar la diversidad implica, entre otras cosas, reconocer todas las formas y arreglos de convivencia y conyugales que las personas se dan por acuerdos mutuos, así como sus preferencias afectivas, sexuales o culturales en general.
2. El propósito, en definitiva, es desarrollar una política de población basada en los derechos sociales, civiles, económicos, culturales y políticos. Desechando explícitamente políticas donde el objetivo sea que las acciones que pretenden incidir en la dinámica demográfica estén orientadas al logro de objetivos económicos.
3. No obstante, las políticas de desarrollo y las políticas de población deben enmarcarse en una estrategia nacional de largo plazo. En particular, debe buscarse la coherencia de aquellos objetivos que refieren a las bases para el crecimiento económico a largo plazo, autosustentable y que permita la satisfacción de los derechos de toda su población tal como aquí se han considerado.
4. Asimismo, una estrategia de desarrollo nacional (y la política de población que la acompañe), debe incluir políticas que persiguen la igualdad de género, generaciones, raza y etnia.
5. De acuerdo a esta visión y a las características demográficas del país será necesario concentrar los esfuerzos en el tamaño y composición de la población, y en su movilidad y distribución territorial.

25 Extracto de «Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para la implementación de una política de población en Uruguay». Comisión Sectorial de Población, 2011.

Lineamientos estratégicos

Lineamientos vinculados al tamaño y composición de la población:

1. Respecto de la fecundidad, las personas de acuerdo al enfoque aquí adoptado, pueden ejercer su derecho de decidir libremente y con responsabilidad sobre tener o no tener hijos, en qué número y con qué frecuencia, para lo cual el Estado debe garantizar el acceso a la educación sexual y a servicios adecuados que les permitan llevar a la práctica sus decisiones y disfrutar de esos derechos.
2. Promover acciones de acompañamiento a la crianza, socializar costos de reproducción social (a través, por ejemplo, de apoyos financieros) y compatibilizar la maternidad y paternidad con el desarrollo personal y laboral. Priorizando el apoyo a las familias jóvenes con hijos.
3. Profundizar la política actual en materia de salud sexual y reproductiva.
4. Reconocer y/o ampliar derechos a todas las formas de familia y de constitución de hogares.
5. Disminuir los riesgos sociales y fortalecer las capacidades de las familias en materia de cuidados profundizando las líneas de trabajo generadas en el sistema nacional.

Lineamientos vinculados a la migración internacional

1. La libre movilidad y circulación se debe reafirmar como un derecho.
2. Impulsar políticas orientadas a disminuir la propensión a emigrar de los jóvenes residentes en el país. Ello implica generar las mejores condiciones para el desarrollo personal de los jóvenes.
3. Desarrollar acciones que promuevan la vinculación con el país de uruguayos residentes en el exterior, en proyectos e iniciativas de carácter económico, académico y cultural.
4. Analizar políticas de incentivo a la inmigración de retorno y de extranjeros en determinadas condiciones.

Lineamientos vinculados a la distribución territorial

1. Crear las condiciones para que la población pueda libremente ejercer su derecho al arraigo y a permanecer, volver o radicarse por primera vez en el Interior del país o de un departamento, ya sea

en otras ciudades, en pequeñas localidades o en el medio rural si así lo desea.

2. Procurar la mejora de la calidad de vida de la población rural dispersa, así como las personas que habitan en pequeñas localidades. Viabilizar el acceso de esta población a oportunidades y servicios, su participación en los procesos de innovación, y generación de conocimiento, que permitan un desarrollo integral y sostenible.
3. Mejorar el acceso y condiciones de servicios, infraestructuras y redes territoriales, que permitan la inclusión socioterritorial y la integración a las dinámicas económicas, culturales y sociales del país.

Identificación de áreas de política de mediano y largo plazo

Los desafíos de las políticas en un contexto de baja fecundidad

1. Las personas, de acuerdo al enfoque aquí adoptado, tienen el derecho de decidir libremente y con responsabilidad sobre tener o no tener hijos, en qué número y en qué momento. El Estado debe garantizar el acceso a la educación sexual y servicios adecuados que les permitan llevar a la práctica sus decisiones y disfrutar de esos derechos. Entre ellos, planificar su familia y contar con servicios de salud sexual y reproductiva asegurada. El enfoque no debe ser de corte natalista, sino promotor del ejercicio de los derechos.
2. Se deben indicar los mecanismos que permitan a las parejas decidir libremente, con plena conciencia, por tanto debidamente informadas y con capacidad de acceder a las diferentes opciones para su reproducción. La orientación política en esta materia debería ser favorecer que las personas tengan la cantidad de hijos que deseen tener y puedan decidir cuándo tenerlos.
3. Es necesario universalizar efectivamente: a) el acceso a métodos anticonceptivos modernos y de calidad y educar en su utilización; b) los servicios de salud sexual y reproductiva previstos por la normativa vigente; c) la educación sexual a nivel de la educación formal. Asimismo, es posible considerar la despenalización del aborto como método de interrupción voluntaria de embarazos no deseados.

4. Es necesario impulsar decididamente el sistema nacional de cuidados, con las políticas que permitan compatibilizar la vida reproductiva y la vida productiva, ya sea a través de servicios directos de cuidado o bien mediante normas que regulen los tiempos de licencia y trabajo, extendiendo licencias maternales y paternales, procurando a su vez mejorar el desarrollo infantil y reducir el número de interrupciones en las trayectorias laborales, en especial de las mujeres.
5. Los incentivos financieros pueden asimismo sumarse a la batería de medidas que buscan eliminar las razones por las cuales las personas tienen menos hijos que los deseados, o bien, no pueden criar a los mismos en las condiciones que deseen. Asimismo, las políticas de vivienda que favorezcan el acceso a soluciones habitacionales a las parejas jóvenes, forman parte de las medidas que buscan esos mismos objetivos. Cuidando en estos casos, el que los incentivos no se conviertan en un objetivo en sí mismos para lo cual la natalidad se convierta en su instrumento.
6. En síntesis: favorecer que se tengan los hijos deseados; apoyar desde el Estado la crianza de los mismos, socializar los costos de la reproducción y compatibilizar la maternidad y paternidad con el desarrollo personal; disminuir los riesgos sociales y fortalecer las capacidades de las familias con hijos/as poniendo énfasis en los jóvenes.
7. Estas medidas deberán contar con evaluaciones ex ante que contemplen sus efectos sobre las decisiones reproductivas de las personas, así como el costo financiero en que se incurriría para llevarlas a cabo.

Los desafíos que genera la migración internacional

1. En relación a la migración internacional, se procurará revertir los saldos migratorios negativos. Para ello, se deberán impulsar políticas orientadas a disminuir la propensión a emigrar de los jóvenes residentes en el país. Ello implica generar las mejores condiciones para el desarrollo personal de los jóvenes. Las políticas educativas, así como las concernientes al mundo laboral, juegan un rol central en este sentido. Entre otros aspectos ya presentes en el Plan de Juventudes, fomentar la permanencia en el sistema educativo, ampliar y descentralizar la enseñanza terciaria, así como

el desarrollo de iniciativas juveniles bajo diversas formas de emprendedurismo e innovación.

2. Se debería profundizar la vinculación de los emigrados con el país y crear condiciones para facilitar el retorno de aquellos uruguayos residentes en el exterior que deseen regresar al país. Las políticas de vinculación con el país deberían constituir una prioridad en materia de política migratoria. El significativo número de uruguayos radicados en el exterior con alta capacitación y fuerte vinculación a los sectores empresariales, que regularmente mantienen vínculos afectivos con Uruguay, puede constituir una fuente de aportes relevantes para el desarrollo del país. Aun sin promover políticas para su retorno físico, resulta provechoso promover su participación en la vida de su país, incorporándose a la dinámica social de relacionamiento y fortalecimiento de las redes de producción y de conocimiento. Adicionalmente, debe considerarse la posibilidad de promover el retorno de aquellas personas que hoy están en el exterior y desean volver. Ambas líneas de trabajo (vinculación y retorno), exigen una institucionalidad capaz de promover estas acciones y que, simultáneamente, genere o promueva las medidas administrativas y de otra índole que hagan efectivos los objetivos de vinculación o de radicación en el país.
3. Otra línea de acción posible consiste en evaluar el fomento a la inmigración de extranjeros, debiendo en este caso considerarse muy especialmente tanto los aspectos beneficiosos como problemáticos (a la vista de otras experiencias en el mundo) de este tipo de políticas.

Los desafíos del crecimiento, la distribución territorial y la composición por edades de la población

1. Como se manifestó, se debería evitar que la población en determinadas áreas geográficas, en particular en el medio rural, se vea obligada a migrar pese a su deseo de no hacerlo. Lo relevante es que ningún residente del área rural o localidades pequeñas se vea obligado a emigrar o sienta la necesidad de hacerlo debido a razones de infraestructura, servicios (en particular, de educación, salud, esparcimiento y vivienda), acceso tecnológico, y oportunidades de desarrollo personal al

igual que en las áreas urbanas. Esto debería lograrse considerando criterios de sustentabilidad social y ambiental, utilizando para ello las herramientas generadas a través del ordenamiento territorial así como programas de desarrollo rural. En particular, debe potenciarse la complementariedad entre centros poblados que permita brindar servicios a la población rural dispersa.

2. Se deben potenciar los instrumentos existentes a nivel de colonización. Una política de colonización y desconcentración poblacional con estos criterios orientadores provocará efectos directos a nivel del crecimiento, composición y más adecuada distribución espacial de la población en el territorio. Una política de desconcentración urbana y redistribución en otras áreas territoriales estratégicas, con criterios de sustentabilidad ambiental, asociada a estímulos al afincamiento de jóvenes, probablemente incida en una distribución de población más equilibrada.
3. Respecto de la concentración de la población en el área metropolitana y especialmente en las áreas costeras, se generan desafíos importantes en lo que tiene que ver con el ordenamiento territorial, las políticas de protección medioambientales, y la inversión eficiente en infraestructura. Debido al lento crecimiento poblacional, la «inversión demográfica», entendida como la inversión en infraestructura (educativa, de salud, caminería, saneamiento, electricidad, telefonía, etcétera) necesaria para brindar a la «nueva» población iguales condiciones de bienestar que a la ya existente, no enfrenta las presiones que se observan en países de alta natalidad. Sin embargo, la redistribución de la población en el territorio, fruto de la migración interna (tanto la urbana-urbana, como la rural-urbana) genera una problemática similar. La normativa referente al ordenamiento territorial juega un rol extremadamente relevante; sin impedir jamás el derecho a la libre movilidad de las personas, es necesario implementar políticas que impidan el poblamiento de territorios cuando implica un daño medioambiental irreversible en los mismos. Asimismo, la planificación debe acompañarse de incentivos (fiscales, de mejoramiento en la prestación de servicios, en particular de transporte) que promuevan y motiven la residencia donde ya existe una importante inversión en infraestructura básica y de servicios.

4. Considerando la situación demográfica del Uruguay, podría ser recomendable desarrollar acciones de cara a mejorar la cantidad y composición de la población en edad activa. Debido a las presiones financieras y de asistencia social y sanitaria (entre otras) que genera el proceso de envejecimiento, sería recomendable aumentar las personas en edad activa en el mediano plazo. Para esto habría que considerar instrumentos tales como el fomento del retorno de uruguayos residentes en el exterior (y las condiciones para que ello sea factible) así como la generación de políticas de inmigración en las condiciones ya expresadas. Esta opción de política (mejorar el balance activos/pasivos mediante el estímulo a la inmigración o al retorno de uruguayos en el exterior) debería ponderarse de acuerdo a los requerimientos de la economía en el largo plazo. El análisis de las cadenas de valor de nuestra industria y servicios podría arrojar requerimientos que orienten estas políticas.
5. Sin embargo la opción más eficiente en el corto y mediano plazo es aumentar las tasas de actividad, en particular la de mujeres y jóvenes. Ello requiere combinar políticas de universalización efectiva de la enseñanza formal, generar trayectorias flexibles de estudio/trabajo para los jóvenes (evitando que los estímulos propicien salidas precoces de los jóvenes del sistema educativo), aumentar los niveles de calificación general de la fuerza de trabajo, así como políticas de conciliación de cuidados familiares y mercado de trabajo asociadas a políticas fundadas en el principio de la corresponsabilidad.

Los desafíos de las transformaciones familiares y generacionales

1. De acuerdo a las proyecciones demográficas cada vez se sobrevivirá más años y cada vez más habrá más población anciana. Cada vez existirá un escenario donde las familias, sobre todo las mujeres que son las principales proveedoras de cuidados, tendrán una mayor inserción en el mercado de trabajo, por consiguiente la corresponsabilidad deberá ser un factor clave dentro del núcleo del hogar y éste con instituciones públicas.
2. El creciente peso de los hogares monoparentales (particularmente, aquellos con jefatura femenina) y de los unipersonales; las situaciones de

doble residencia de los niños y niñas; la creciente presencia de varias generaciones coexistiendo en una misma familia, implican situaciones que exigen acciones y respuestas diferentes al clásico esquema predominante de hogares nucleares biparentales. Estas respuestas deben atender problemas complejos: cómo lograr que un abanico intergeneracional mucho más amplio que en el pasado conviva en el espacio público y privado sin que se lesionen los derechos y respetando los nuevos roles emergentes; cómo estructurar la prestación de servicios (cuidados de niños, enfermos y adultos mayores; transporte; vivienda, etcétera) para apoyar a las personas en edades activas (y en particular, las mujeres y las parejas jóvenes) y mejorar su calidad de vida, hoy presionada al atender necesidades crecientes por parte de los dependientes; cómo articular los espacios públicos para una convivencia intergeneracional armoniosa (incluyendo la adaptación del mobiliario urbano y de su servicio de transporte, atendiendo al creciente peso de la población de adultos mayores).

3. Por su parte se debería reconocer y/o ampliar derechos a nuevas formas de familia: uniones consensuales, matrimonios de personas del mismo sexo, entre otros tipos de uniones.
4. En los últimos años se han dado grandes pasos en este sentido y existe una normativa que plantea potencialidades en esta dirección (ley unión concubinaria, ley de cambio de sexo registral, ley antidiscriminación y ley de adopción) sin embargo aún es necesario ampliar los derechos, así como garantizar la efectividad del cumplimiento de las normas y combatir toda forma de discriminación.

Conclusiones

1. Uruguay se caracteriza por encontrarse en la etapa muy avanzada de la primera transición y estar recorriendo muy rápidamente la denominada «segunda transición». Sus históricamente bajas tasas de natalidad y mortalidad han determinado un crecimiento vegetativo lento, y un envejecimiento de su estructura por edades. Los saldos migratorios negativos observados en las últimas cuatro décadas

acentuaron lo anterior, además de provocar una pérdida de población joven y con mayor grado de capacitación que el promedio: más de medio millón de uruguayos viven en el exterior. La urbanización se acentúa, y descende la población del interior del país y la localizada en pequeñas ciudades o localidades y especialmente del medio rural. Al mismo tiempo, el crecimiento de la población residente en áreas costeras es mucho mayor al promedio de otras áreas. El arribo de grandes contingentes de personas a edades avanzadas presiona al Estado (sistema de retiro y de salud), a las familias (cuidados) y a las localidades (garantizar el uso intergeneracional de servicios, espacios e infraestructura públicos). No hay satisfacción con los niveles de fecundidad existentes por parte de las personas en edad reproductiva, si se compara la fecundidad observada (hoy por debajo de los niveles de reemplazo) con la deseada. La estructura de hogares está modificándose rápidamente, perdiendo peso la estructura tradicional, conformada mayoritariamente por hogares nucleares biparentales, dando paso a una mayor diversidad y complejidad en los arreglos familiares.

2. Esta realidad genera desafíos que requieren respuestas desde las políticas públicas. La orientación general de estas respuestas debe estar guiada por el enfoque de promoción al ejercicio de los derechos de las personas (en particular, el derecho a la libre movilidad, y los derechos sexuales y reproductivos, entre otros). Las políticas de población deben orientarse por una visión en la cual este enfoque, se integre junto con las ideas de responsabilidad social, respeto medioambiental, armonía en la distribución territorial, diversidad e integración de la población. Las políticas de desarrollo y las políticas de población orientadas a la consecución de esta visión deben estar consustanciadas en una estrategia nacional de largo plazo.
3. Cada una de las acciones posibles para avanzar hacia esa visión debe ser evaluada antes de ser puesta en práctica, considerando si efectivamente es una acción que promueve el ejercicio de derechos; si es efectiva, considerando experiencias ya formuladas en nuestro país y en otras realidades; y si es eficiente, considerando los recursos necesarios para desarrollarlas en relación a los resultados esperados.

Referencias bibliográficas

- Abracinskas, L. y López Gómez, A., *Salud, mortalidad materna y aborto en Uruguay. Un escenario cambiante*, MYSU, Montevideo, 2004.
- Agorio, C., Mucio B., Iraola, I. y Hortal, M., «Sífilis congénita: auditorías en tiempo real», *Revista Médica del Uruguay* 2009, 25 (4), 2009.
- Aguirre, R. (ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*, INE, INMUJERES, Udelar, UNIFEM, Montevideo, 2009.
- Aguirre, R. y Batthyány, K., *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta de Montevideo y área metropolitana*, UNIFEM-Udelar, Montevideo, 2005.
- Alves, G., Amarante V., Salas G. y Vigorito, A., «The evolution of inequality in Uruguay in the last three decades (1981-2009)», Instituto de Economía, Udelar, First draft, Montevideo, 2010.
- Alves, G., Arim, R., Salas, G. y Vigorito, A., «Desigualdad salarial en Uruguay, 1981-2007. Una descomposición de su evolución en efecto precio y composición», Documento de trabajo del Instituto de Economía (DT 05/09), FCEA, Udelar, Montevideo, 2009.
- Amarante, V., Colafranceschi, M. y Vigorito, A., «Uruguay's Income Inequality and Political Regimes during 1981-2010», Working Paper N.º 2011/94, United Nations University, UNU-WIDER, 2011.
- Amarante, V., Arim, R. y Dean, A., «Protecting workers against unemployment in Uruguay», Instituto de Economía, Udelar, First draft, June 2010.
- Amarante, V. y Perazzo, I., «Determinantes de la fecundidad en Uruguay. 1996-2006», Instituto de Economía, FCEA, Serie Documentos de Trabajo, DT 08/09, Montevideo 2009.
- *Crecimiento económico y pobreza en Uruguay: 1991-2006*, Instituto de Economía, Udelar, Montevideo, 2007.
- Amarante, V., Arim, R., Severi, C., Vigorito, A. y Aldabe, I. con la col. de G. de Melo, A. Rodríguez y G. Salas, *El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias*, PNUD, Montevideo, 2007.
- Amorín, D., Carril, E. y Varela, C., «Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo», en López, A., (coord.) *Reproducción biológica y social de la población uruguaya*, tomo I, Ediciones Trilce, Montevideo, 2006.
- ANEP-CODICEN, «Proyecto de presupuesto, sueldos, gastos e inversiones. Exposición de motivos y articulado, período 2010-2014», <<http://www.anep.edu.uy/anepdata/0000007156.pdf>>, Montevideo, 2010.
- ANEP, *Evaluación nacional de aprendizajes en lenguaje, matemática y ciencias naturales. Sexto año enseñanza primaria. Año 2009*, <<http://www.scribd.com/doc/33040123/LIBRO-6%C2%BA>>, Montevideo, 2010.
- *Uruguay en PISA 2006*, Rosgal, Montevideo, 2007.
- *Panorama de la educación en el Uruguay: una década de transformaciones*, Rosgal, Montevideo, 2005.
- ASEPO-MYSU, *Informe monitoreo de la sociedad civil. Metas UNGASS*, Montevideo, 2010.
- Azar, P., Llanes, J., Sienra, M., Capurro, A. y Velásquez, C., «Gasto público en Infancia 1990-2009», *Cuadernos de la ENIA 2010-2030*, MIDES, Montevideo, 2009.
- Bálsamo, A., Picasso, F. y Benia, W., «Algunas conceptualizaciones de la pobreza. ejes centrales y políticas en Uruguay», en Benia, W. (coord.), *Temas de Salud Pública 2*. Oficina del Libro, Facultad de Medicina, Udelar, Montevideo, 2009.
- Barrios, E. y col., *II Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay*, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Montevideo, 2010.
- Barrios, E., Vasallo, J., Alonso, R., Garau, M., Musetti, C., *III Atlas de incidencia de cáncer en el Uruguay 2002-2006*, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC), Montevideo, 2010.
- Batthyány, K., Cabrera, M. y Scuro, L. *Perspectiva de Género. Informe temático Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006*, Montevideo, 2007.
- Benia, W. y Medina, G., *Construyendo una red continente. APS y Primer Nivel en el Cambio de modelo de atención en Montevideo, Uruguay. 2005-2009*, OPS, Montevideo, 2010.
- Benia, W. y Reyes I., (coords.) *Temas de Salud Pública 1*, Oficina del Libro, Facultad de Medicina, Udelar, Montevideo, 2008.
- Benia, W., Macadar, D. y Niedworok, N., «Reproducción biológica y social de la población uruguaya, una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Informe estudio cuantitativo, (inédito), proyecto Género y Generaciones», UNFPA, INE, MSP, Udelar, IMM, MYSU, Montevideo, 2005.
- Bervejillo, F., «El proceso de urbanización y los cambios urbanísticos», en Calvo, J. J. y Mieres, P. (eds.), *Sur, migración y después. Propuestas concretas de políticas de población en Uruguay*, Ediciones Trilce, Montevideo, 2008.
- y Lombardi, M., «Globalización, integración y expansión metropolitana en Montevideo. Hacia una región urbana de la costa sur», ponencia presentada en el *V Seminario Internacional de la Red Iberoamericana de investigadores sobre globalización y territorio*, Toluca, 1999.
- Birn, A. E., Cabella, W. y Pollero, R., *The Infant Mortality Conundrum in Uruguay during the First Half of the 20th Century. An Analysis According to Causes of Death, Continuity and Change*, 25(3), 2010.

- Boado, M. y Fernández, T., *Trayectorias académicas y laborales de los jóvenes en Uruguay. El panel PISA 2003-2007*, Udelar, Montevideo, 2010.
- Briozzo, L., Vidiella, G., Vidarte, B., Ferreroi, G., Pons, J. y Cuadro, J., «El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna», *Revista Médica Uruguaya*, 18, Montevideo, 2002.
- Bucheli, M., «Transferencias y visitas entre padres e hijos no corresidentes», en *Nuevas Formas de Familia. Perspectivas nacionales e internacionales*, UNICEF, Udelar, Montevideo, 2003.
- y Cabella, W., *El perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial*, INE, <<http://www.ine.gub.uy>> Montevideo, 2007.
- «El incumplimiento en el pago de las pensiones alimenticias, el bienestar de los hogares y el contexto legal vigente en Uruguay» en *Asignaciones familiares, pensiones alimenticias y bienestar de la infancia en Uruguay*, UNICEF, Montevideo, 2005.
- Bucheli, M., González, C. y Olivieri, C., «Transferencias del sector público a la infancia y vejez en Uruguay», *Notas de Población* 90, CEPAL, Chile, 2010.
- «Flujos económicos entre edades: Uruguay 2006», Documento de trabajo N.º 07-09, Departamento de Economía-FCS, Udelar, Montevideo, 2009.
- Bucheli, M. y Sanromán, G., «Descomposición de las brechas salariales entre blancos y afro-descendientes a lo largo de la distribución de salarios», Serie Documentos de Trabajo Departamento de Economía, Udelar, Documento N.º 14/10, Montevideo, 2010.
- Bucheli, M. y Porzecanski, R., «Desigualdades salariales y discriminación por raza en el mercado de trabajo uruguayo», en Scuro, L., (coord.), *Población afrodescendiente y desigualdades étnico raciales en Uruguay*, PNUD, Parlamento del Uruguay, AECID, INE, UNIFEM, UNFPA, Montevideo, 2008.
- Burger, M. y Román, D.P., *Plomo Salud y Ambiente. Experiencia en Uruguay*, Udelar-OPS-OMS, Montevideo, 2010.
- Cabella, W., «Dos décadas de transformaciones de la nupcialidad uruguaya. La convergencia hacia la segunda transición demográfica», *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24 (2), 2009.
- «Panorama de la infancia y la adolescencia en la población afrodescendiente y desigualdades étnico raciales en Uruguay», PNUD, Parlamento del Uruguay, AECID, INE, UNIFEM, UNFPA, Montevideo, 2008.
- «El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes», *Cuadernos del UNFPA*, Año 1, N.º 1, UNFPA, Montevideo, 2007.
- Cabella, W. y Pellegrino, A., «El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades», en Bucheli, G. y Harriett, S., (coords.), *La seguridad social en Uruguay, contribuciones a su historia*, Departamento de Ciencia Política, FCS, Udelar, Montevideo, 2009.
- Cabella, W., y Peri, A., «El sistema de estadísticas vitales en Uruguay. Elementos para su diagnóstico y propuestas para su mejoramiento». Informe de expertos realizado en el marco del estudio Estadísticas Socio Demográficas en Uruguay. Diagnóstico y Propuestas, <<http://www.fcs.edu.uy>> Montevideo, 2005.
- Cabrera V., Oreggioni I. y Prieto A., «Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008. Resultados Preliminares», Documentos de Trabajo de Economía de la Salud N.º 4/09, MSP, Montevideo, 2009.
- Calvo, J., «Sustentabilidad demográfica. La población del Uruguay en las próximas décadas. Una visión, dos escenarios y diez preguntas para debatir», *Cuadernos de la ENIA 2010-2030*, MIDES, Montevideo, 2009.
- Calvo, J., y Mieres, P., (eds.), *Nacer, crecer y envejecer en Uruguay. Propuestas concretas de políticas de población*, UNFPA-Rumbos, Montevideo, 2008.
- *Importante pero urgente. Políticas de población en Uruguay*, UNFPA-Rumbos, Montevideo, Zonalibro, 2007.
- Calvo J. y Pellegrino, A., «Veinte años no es nada...», en Caetano, G., (comp.), *Veinte años de democracia en Uruguay*, Taurus, Montevideo, 2005.
- Chackiel, J. y Schkolnik, S., «Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina», *Revista de la CEPAL*, N.º 83, 2004.
- «La transición de la fecundidad en América Latina», *Notas de Población*, N.º 55, LC/DEM/G.124, División de Población de la CEPAL (CELADE), Santiago de Chile, 1992.
- Ciganda, D., «Jóvenes en transición hacia la vida adulta: el orden de los factores ¿no altera el resultado?», en Varela Petito, C. (coord.), *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XXI*, Ediciones Trilce, Montevideo, 2008.
- Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, *Encuesta nacional de personas con discapacidad. Informe final*, INE/CNHD, 2004.
- CNS Mujeres, *Monitoreo 2009. Implementación del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos, Tomos 1, 2, 3, 4, 5, 6*, Montevideo, 2009.
- *A un año del gobierno progresista*, CNS, Montevideo, 2006.
- *Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*, CNS, Montevideo 2005.
- *El Estado uruguayo y las mujeres*, CNS, Montevideo, 1998.
- Comisión Sectorial de Población, «Visión, objetivos y lineamientos estratégicos para la implementación de una política de población en Uruguay», CSP-OPP, Montevideo, 2011.
- Couriel, J., *De cercanías a lejanías. Fragmentación sociourbana en el Gran Montevideo*, Ediciones Trilce, Montevideo, 2010.
- De Armas, G., «Sustentabilidad Social», *Cuadernos de la ENIA 2010-2030*, MIDES, Montevideo, 2008.
- y Retamoso, A., *La universalización de la educación media en Uruguay. Tendencias, asignaturas pendientes y retos a futuro*, Unicef, Montevideo, 2010.

- Diamond, J., *Collapse: How Societies Choose to Fail or Succeed*, Penguin Books, USA, 2006.
- Espino, A. y Leites, M., «Oferta laboral femenina en Uruguay: evolución e implicancias 1981-2006», Serie documentos de trabajo, DT 07/08, Instituto de Economía, FCEyA-Udelar, Montevideo, 2010.
- Fernández Galeano M., «Asignación y Distribución de Recursos para la Protección Social en Salud, la experiencia de Uruguay», ponencia presentada en *Seminario Aseguramiento universal en salud, construyendo un financiamiento sostenible*, Lima, noviembre de 2010.
- Filardo, V., *Transiciones a la adultez y educación*. Serie Divulgación, UNFPA, Montevideo, 2010.
- Filgueira F., Petit, J. M. y De Mora R., «Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para Uruguay. Naciones Unidas Uruguay», *Separata la diaria*, noviembre 2010.
- Filgueira, C., *Sobre revoluciones ocultas. La familia en el Uruguay*, CEPAL, Montevideo, 1996.
- González T. y Olesker D., (comps.) *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009*, MSP, Montevideo, 2009.
- González C. y Sanromán G., «Movilidad intergeneracional y raza en Uruguay», Serie documentos de trabajo, N.º 13/10, Departamento de Economía, FCS, Udelar, 2010.
- Grunbaum, S., Belamendía, M., Bazzano, M. y Hortoñeda, Y., «Adolescencia y salud integral. Situación actual y una forma de abordaje», MSP, Programa Nacional de Adolescencia. Montevideo, 2008.
- Guzmán, J. M., Martine, G., McGranahan, G., Schensul, D. y Tacoli, C., *Population Dynamics and Climate Change*, UNFPA/IIED, Nueva York, 2009.
- Hortal, M., Iraola, I., Agorio, C., De Mucio, B. y Fescina, R., «Sífilis congénita: Un problema tan antiguo como actual», *Revista Médica del Uruguay* 24, 2008.
- INE, *Proyecciones de Población, Revisión 2005*, Instituto Nacional de Estadística, <www.ine.gub.uy>.
- *Principales resultados de la Encuesta Continua de Hogares 2011*, <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2011/Principales_resultados_2011.pdf>, Uruguay, 2011.
- *Estimación de la pobreza por el método del ingreso*, 2011, <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/estimacion_pobreza_2010/Estimacion%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20Método%20de%20ingreso%202010.pdf>, Uruguay, 2012.
- INE-PNUD, *Pobreza y desigualdad en Uruguay 2006*, <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Informe%20pobreza%20y%20desigualdad.pdf>, Uruguay, 2006.
- INMUJERES-MIDES, *Estadísticas de género 2009*, Montevideo, 2009.
- *Estadísticas de género 2011. Persistencia de desigualdades, un desafío impostergable para la reforma social*, <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/15091/1/estadisticas_de_genero_2011.pdf>, Montevideo, 2011.
- «En busca del pleno ejercicio de la ciudadanía: el lugar de las mujeres uruguayas en la toma de decisiones», *Cuaderno 3*, Montevideo, noviembre 2011.
- *Indicadores territoriales de género para la elaboración de políticas de equidad*, Montevideo, 2009.
- Instituto de Economía, *Uruguay 2009-2010. Informe de Coyuntura*, Instituto de Economía-FCEA, Udelar, Montevideo, 2010.
- Jaspers Faijer, D., Presentación en seminario regional «Avances y acciones clave para la implementación del programa de acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación», organizado por CEPAL y UNFPA, Santiago de Chile, 7 de octubre de 2009.
- Johnson, N. y Pérez, V., *Representación (s)electiva. Una mirada feminista a las elecciones uruguayas 2009*, Cotidiano Mujer, Montevideo, 2010.
- Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro A. y Arribeltz, G., *La (des)penalización del aborto en Uruguay. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar, 2011.
- Kaztman, R., «Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos», *Revista de la CEPAL*, N.º 75, 2001.
- y Rodríguez, F., «Situación de la educación en Uruguay», Informe temático de la ENHA, <www.ine.gub.uy>, Montevideo, 2007.
- Kaztman, R. y Retamoso, A., «Segregación residencial en Montevideo. Desafíos para la equidad educativa», *Colección Monitor social* N.º 7, IPES, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, 2006.
- Kaztman, R. et al., «La ciudad fragmentada. Respuesta de los sectores populares urbanos a las transformaciones del mercado y del territorio en Montevideo», *Colección Monitor social* N.º 2, IPES, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, 2004.
- Kaztman, R. y Filgueira, F., *Panorama de la infancia y la familia en Uruguay*, IPES-Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, 2001.
- Lee, S-H. y Ogawa, N., «Labor income over the lifecycle», en Lee, R. y Mason, A., (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective*, Edward Elgar, UK, 2011.
- Llambí, C., Oddone, G., Perera, M. y Velázquez, C., «Estudio sobre el impacto distributivo del gasto social público», Centro de Investigaciones Económicas (CINVE), Montevideo, 2010.
- Lombardi, Mario y Veiga, D., *Las ciudades en conflicto. Una perspectiva latinoamericana*, Banda Oriental, Montevideo, 1989.
- López Gómez, A., (coord.), *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios cualitativos*, Ediciones Trilce, Montevideo, 2006.
- y Benia, W. (coord.), *Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay. 2000-2009*, CLAP-OPS, Montevideo, 2010.

- López Gómez A., Abracinskas, L. y Furtado, M., «Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción», *Cuadernos de UNFPA*, Año 3, N.º 4, Montevideo, 2009.
- López Gómez, A. y Abracinskas L., «El debate social y político sobre la Ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva», *Cuadernos de UNFPA*, Año 3, N.º 3, Montevideo, 2009.
- López Gómez, A., Benia W., Contera M. y Güida, C., *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*, Facultad de Psicología, Udelar, Fundación Mexicana para la Salud. Montevideo, 2002.
- Macadar, D. y Domínguez, P., «Migración interna», en Varela Petito, C., (coord.), *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*, UNFPA-Udelar, Ediciones Trilce, 2008.
- Martine, G. «Población y medio ambiente. Lecciones de la experiencia latinoamericana» (mimeo), 1995.
- Mason, A., Lee, R., Tung, A. Ch., Sim Lai, M. y Miller, T., «Population Aging and Intergenerational Transfers: Introducing Age into National Income Accounts», en Wise, D., (ed.), *Developments in the Economics of Aging*, University of Chicago Press, Chicago, 2009.
- Mezzer, J., Mieres, P. y Rodríguez, D., *Liderazgo y políticas de población. La opinión de la élite uruguaya sobre la situación demográfica y las políticas de población*, Rumbos-UNFPA, Montevideo, 2010.
- MIDES, Observatorio Social «Gasto público social 2008: confirmación de tendencias y prioridades», *Contexto*, junio de 2010, N.º 2, Montevideo, 2010.
- «Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008», Programa Infancia, Adolescencia y Familia», MIDES, Montevideo, 2010.
- Instituto Nacional de las Mujeres, *Informe país a CEDAW 2008*, MIDES, Montevideo, 2009.
- *Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio en Uruguay*, MIDES, Montevideo, 2008.
- Miller, T. y Bravo, J., «The rise of the intergenerational state: Ageing and development», en Lee, R. y Mason, A., (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: a Global Perspective*, Edward Elgar, UK, 2011.
- Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (MARENA) de Nicaragua, *Informe del estado ambiental en Nicaragua*, Nicaragua, 2001.
- Ministerio del Interior, Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, <<http://www.minterior.gub.uy/images/stories/violenciadomestica2010.pdf>>.
- Moratorio Rodríguez, X., «Diseño e implementación de un sistema de vigilancia del estado nutricional de los niños y niñas de 0 a 24 meses usuarios de la administración de servicios de salud del estado», Tesis de Maestría en Nutrición con énfasis en Salud Pública, Universidad Católica, Montevideo, 2010.
- MSP, *Informe de la situación nacional de VIH/Sida*, DIGESA-División Epidemiología Programa ITS-Sida-DEVISA-DLSP, Montevideo, 2011.
- División Economía de la Salud. *Logros y desafíos de la equidad en salud en Uruguay. Informe final*. Montevideo, 2010, en <http://www.mysu.org.uy/observatorio/pdf/Logros_desafios_Equidad_Salud_2010_Uruguay.pdf>.
- *Comunicación y Salud*. Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, 2010.
- Dirección General de la Salud. DEVISA-PPITS/SIDA. *Informe Epidemiológico VIH-Sida*, mayo 2010.
- *Programa Prioritario ITS-Sida. Proyecto País a la 10ma. Ronda Mundial del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis*. Consultado 25/11/2010 <http://www.msp.gub.uy/uc_4341_1.html>.
- *Programa Prioritario ITS-Sida. Documento de Trabajo. Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y Sífilis en Uruguay 2005-2009*, Montevideo, 2010.
- *Programa Prioritario ITS-Sida, Informe País sobre el cumplimiento de las Metas UNGASS*, Montevideo, 2009.
- Dirección General de la Salud. *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (2006)*, MSP, Montevideo, 2009.
- *Comisión Nacional para la Reducción y el Monitoreo de la Muerte de mujeres por embarazo, parto, puerperio, aborto y cesárea. Informe 2007-2009*, Montevideo, 2009.
- «Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo», <http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5551_1.html>, MSP, 2006.
- MSP-FCS (Udelar), *Ciudadanía y salud*, Uruguay, 2009.
- *Informe de egresos hospitalarios 2008*, <http://www.msp.gub.uy/homeepidemiologia_198_1.html>.
- MYSU, *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, Informe 2009*, Montevideo, 2009.
- *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008*, Montevideo, 2008.
- OIM, *Perfil migratorio de Uruguay*, Programa de Población-Udelar, OIM, Montevideo, 2011.
- OMS, *Gender, Health and Ageing*, Department of Gender and Women Health, Ginebra, 2003.
- OPS, *Estrategia y Plan de Acción para la reducción de la desnutrición crónica*, CD 50-13, Nueva York, 2010.
- *Fact Sheet: Cancer in Latin America and the Caribbean*, <http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=259>.
- *Información y análisis de salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2010*, Washington, D.C., 2010.
- Paredes, M., «Estructura de edades y envejecimiento de la población», en Varela C. (coord.). *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*. UNFPA-Udelar, Ediciones Trilce, 2008.
- «Los cambios en la familia en Uruguay: ¿Hacia una segunda transición demográfica?», en *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*, Udelar-UNICEF, Montevideo, 2003.

- , Ciarnello, M. y Brunet, N., *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*, UNFPA, Montevideo, 2010.
- Pellegrino, A., *La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica*, UNFPA, Montevideo, 2009.
- Perazzo, I., «El mercado laboral uruguayo en la última década», Instituto de Economía, Serie Documentos de Trabajo DT 1/12, FCEA, Udelar, Montevideo, 2012.
- «Determinantes macroeconómicos de la mortalidad infantil en Uruguay», Instituto de Economía, Serie *Documentos de Trabajo*, DT 12/11, FCEA-Udelar, 2011.
- Peri, A. y Pardo, I., «Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?», *Cuadernos de UNFPA*, Año 2, N.º 2, Montevideo, 2008.
- Piperno, A., Sierra, P., Varela, A. y Failache, N., *Inundaciones urbanas en el Uruguay: del río amenaza al río oportunidad*, Instituto de la Arquitectura y Urbanismo (FARQ-Udelar), Montevideo, 2009.
- PNUD, *Informe sobre desarrollo humano para Mercosur 2009-2010. Innovar para incluir: jóvenes y desarrollo humano*, PNUD, Argentina, 2010.
- *Informe sobre el desarrollo humano para el Mercosur 2009-2010. Innovar para incluir: jóvenes y desarrollo humano*, PNUD, Montevideo, 2009.
- *Desarrollo Humano en Uruguay 2008. Política, políticas y desarrollo humano*, PNUD, Montevideo, 2008.
- *Desarrollo Humano en Uruguay 2005. Uruguay hacia una estrategia de desarrollo basada en el conocimiento*, PNUD, Montevideo, 2005.
- *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005*, PNUD, Montevideo, 2005.
- Pool, I., Prachuabmon, V., Tuljapurkar, S., «Age-structural transitions, populations waves and political arithmetick», en Tuljapurkar, S., *Population, Resources and Development*, Springer, Rostock, 2005.
- Rodríguez Almada, Ciriacos, C., Arzuaga, L. y Ferrari A. M., «Mortalidad posneonatal. Muerte en domicilio versus muerte en un centro asistencial: estudio comparativo: Montevideo, 2006», *Revista Médica del Uruguay*, 24(3), 2008.
- Rodríguez Almada, H., Mederos, D., Díaz Rosselló, J. y Ferrari A.M., «Muerte en domicilio en el período posneonatal: Montevideo 1996», *Revista Médica del Uruguay*, 14(2), 1998.
- Rodríguez F. y Rossel C., *El panorama de la vejez en Uruguay*, Universidad Católica del Uruguay, IPES-UNFPA, Montevideo, 2009.
- Rodríguez, G., Alonso, R. y Ortiz de Taranco, M., *Programa de prevención de cáncer de cuello uterino en el Uruguay «Dr. Enrique Pouey»: estrategia y manual de procedimientos*, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Montevideo, 2007.
- Rossi, M. y Triunfo, P., «El estado de salud del adulto mayor en Uruguay», *Documento de trabajo* N.º 14/04, DECON, Udelar, Montevideo, 2004.
- Tung, A. Ch., «Consumption over the lifecycle: an international comparison», en Lee, R. y Mason, A., (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: a Global Perspective*, Edward Elgar, UK, 2011.
- UNFPA, *Guía para el Análisis de Situación en Población (ASP)*, División de América Latina y el Caribe, UNFPA, Montevideo, 2007.
- UNICEF, *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2006*, Montevideo, 2007.
- *Inversión en la infancia en Uruguay. Análisis del gasto público social: tendencias y desafíos*, UNICEF, Montevideo, 2005.
- UNICEF-RUANDI-MSP, «Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país», Montevideo, 2007.
- Uruguay Social/Consejo Nacional de Políticas Sociales, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Addendum al Informe País Uruguay 2009*, Montevideo, 2010.
- Varela Petito, C., (coord.), *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*, UNFPA-Udelar, Ediciones Trilce, Montevideo, 2008.
- Varela, C. y Fostik, A., «Maternidad en la adolescencia en el Uruguay: ¿incorporación anticipada y precaria a la vida adulta?» Trabajo presentado en el *IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, La Habana, Cuba, 16 a 19 de noviembre de 2010.
- Veiga, D., «Desigualdades sociales y fragmentación territorial en el Área Metropolitana de Montevideo», *Revista Líder*, Vol. 15, 2009.
- Videgain, K., «Cambios en el patrón de estructuración por edad de los cursos de vida tempranos en Montevideo: una aproximación a los efectos de interacción entre historia, estructura de desigualdades y biografía (1985-2006)», tesis de doctorado, Colegio de México, 2012.
- Wong, L. y Carvalho, J.M., «Rapid aging process in the ird World countries and social policies: the Brazilian case», mimeo, CEDEPLAR, Belo Horizonte, 2005.



PRESIDENCIA

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Oficina de Planeamiento y Presupuesto



Naciones Unidas Uruguay
Unidos en la Acción



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

