



Uruguay **Social**

Consejo Nacional
de Políticas Sociales

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO



URUGUAY 2009
INFORME PAÍS

OBJETIVOS
DE DESARROLLO
DEL MILENIO

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

URUGUAY 2009 / INFORME PAÍS

© OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

ppss@mides.gub.uy

ISBN: 978-9974-8196-2-7

Primera edición: Diciembre 2009

Queda hecho el depósito que ordena la ley
Impreso en Uruguay - 2009 / Printed in Uruguay 2009
Tradinco S.A.
Minas 1367 - Montevideo.
D.L.: 351-685/09

Fotografías: MIDES - Infocom - Inés Filgueiras
Fotografías capítulo 7 Medio Ambiente: Andrés Gilmet
Diseño y diagramación:  Augusto Giussi



Dr. Tabaré Vázquez
Presidente de la República Oriental del Uruguay.

Gabinete Social:

Ministra de Desarrollo Social. *Ministro de Turismo y Deporte.*
Mtra. Marina Arismendi. Presidenta del Gabinete Social. Dr. Héctor Lescano.

Ministro de Economía y Finanzas. *Ministro de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.*
Cr. Álvaro García Ing. Carlos Colacce

Ministra de Educación y Cultura. *Oficina de Planeamiento y Presupuesto.*
Ing. María Simón Cr. Martín Dibarboure.

Ministro de Trabajo y Seguridad Social. *Ministra de Salud Pública.*
Sr. Julio Baráibar Dra. María Julia Muñoz.

Presidente del Congreso de Intendentes.
Invitado permanente

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales:

A.S. Christian Adel Mirza. Presidente.
Cr. Daniel Mesa. Ministerio de Economía y Finanzas.
Mtro. Luis Garibaldi. Ministerio de Educación y Cultura.
Ma. Ivonne Pandiani. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
Dr. Miguel Fernández Galeano. Ministerio de Salud Pública.
Prof. Ernesto Irurueta. Ministerio de Turismo y Deporte.
A.S. Carmen Terra. Ministerio de Vivienda,
Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.
Ec. Rodrigo Arim. Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Organismos e Instituciones invitadas:

Prof. Lilián D Elía. Administración Nacional de Educación Pública.
Sr. Heber Galli. Banco de Previsión Social.
Pbro. Walter Malet. Congreso de Intendentes.
Ps. Jorge Ferrando. Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.
Ec. Alicia Melgar. Instituto Nacional de Estadística.

Sr. Leonardo Núñez. Secretario.

Colaboradores Técnicos:

Equipo Técnico que tuvo a cargo la elaboración del Informe:
Integrantes de Secretaría Técnica: Soc. Selene Gargiullo, Lic. Andrés Gilmet, Ec. Fabián Mila, Mag. Rafael Tejera,
Equipo asesor de la Dirección de Políticas Sociales del MIDES: A.S. Ximena Baráibar, Ec. Marcos Lorenzelli, Ec. Pablo
Martínez Bengochea, y Dra. Carmen Midaglia

Se agradece especialmente a los técnicos del Instituto de Economía (IEcon) de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración de la UdelaR consultados para la elaboración de este informe.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	10
ODM 1 - Erradicar la pobreza extrema y el hambre.....	14
ODM 2 - Lograr la enseñanza primaria universal.....	32
ODM 3 - Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	42
ODM 4 - Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	52
ODM 5 - Mejorar la salud materna	60
ODM 6 - Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	70
ODM 7 - Garantizar la sustentabilidad ambiental	82



Presidente de la República Oriental del Uruguay

Hace más de nueve años atrás, prácticamente todas las naciones del planeta lograron un trascendente acuerdo y asumieron un compromiso en la Cumbre del Milenio celebrada en Nueva York. Se definían los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015 y se establecía como línea de base y punto de comparación el año 1990 para todos los indicadores sociales.

Desde el 1° de marzo del 2005, nuestro Gobierno está determinado a reducir sensiblemente la pobreza y eliminar la indigencia; así como avanzar en dirección a la mayor equidad económica y social, de género y generacional, territorial y étnico racial. Las evaluaciones nacionales e internacionales del Plan de Emergencia Social –aplicado en la primera etapa– exponen los logros alcanzados de manera inequívoca, entre otros la reducción de un 50 % de la extrema pobreza en menos de tres años.

A partir del año 2008 se puso en marcha el Plan de Equidad, con el propósito de profundizar las transformaciones iniciadas, reestructurar el sistema de protección social e iniciar las reformas sociales más profundas. Precisamente, el conjunto de las políticas públicas y medidas ejecutadas, ha contribuido sustantivamente al logro de los avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, explicitados en el presente Informe País 2009.

Montevideo, diciembre 2009

Dr. Tabaré Vázquez
Presidente de la República Oriental del Uruguay

*Oficinas de la Presidencia de la República
Av. Joaquín Suárez 3773*

INTRODUCCIÓN

El último Informe enviado por Uruguay al Sistema de las Naciones Unidas en referencia al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio data de marzo del 2005 y fue entregado al actual Gobierno de la República Oriental del Uruguay por la administración anterior en febrero de aquel año. Por tanto, el presente reporte describe los avances registrados a partir de marzo de 2005 hasta la fecha, incluyendo las actuaciones, medidas y políticas públicas aplicadas en orden a las metas mundiales acordadas en la Cumbre del Milenio y ajustadas a la realidad nacional.

En estos cuatro años de gobierno se diseñaron, formularon y ejecutaron diversas políticas públicas que desde un enfoque de desarrollo humano, colocaron el foco en la consecución del pleno ejercicio de los derechos de todas y todos los habitantes del territorio nacional. Así pues, ello ha significado un primer y trascendental cambio de las orientaciones del modelo de desarrollo social que hasta el momento era predominante, en consideración a la real situación económica y social que hubo de enfrentarse.

Asimismo, transformaciones en el enfoque conceptual, en el plano de los dispositivos de protección y en las estructuras institucionales fueron las que caracterizaron las estrategias y políticas

implementadas para revertir los procesos de degradación, fragmentación y exclusión social resultantes.

El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales¹ es el organismo del Estado uruguayo responsable del monitoreo, supervisión y evaluación de los avances de los ODM, siendo en consecuencia también el encargado de la elaboración del presente Informe a ser presentado ante las Naciones Unidas.

Debe mencionarse especialmente los esfuerzos por construir una mirada integrada y de conjunto teniendo en cuenta la diversidad de los objetivos y metas asumidas, para dar cuenta de este modo no solo los resultados y logros alcanzados a la fecha, sino también para explicitar el marco teórico y normativo del cual se ha partido para llevar a cabo todas las políticas públicas que se aplicaron en los últimos cuatro años del actual gobierno.

Es así que, los conceptos de desarrollo humano, de derechos humanos y de necesidades básicas han inspirado el conjunto de planes, programas y proyectos realizados por el total de las agencias estatales involucradas directa e indirectamente en el cumplimiento de las Metas del Milenio.

Desde el inicio de este período, el Gobierno puso en marcha de inmediato un Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social (PANES), que reconocía la deuda social heredada de las décadas anteriores, expresada en los niveles de pobreza e indigencia existentes al finalizar el año 2004. Y dicho Plan que implicó la asignación de transferencias condicionadas de ingresos a los sectores sociales más pobres, fue un conjunto articulado e integrado de componentes en el campo de la atención de salud, en educación, trabajo, promoción social, alimentación y cobertura de los sin techo.

La finalización del PANES en el plazo oportunamente anunciado por el Gobierno (diciembre de 2007), dio lugar a la siguiente fase, caracterizada por la instrumentación de algunas e importantes

¹ De acuerdo a la resolución presidencial N° 125 del 06/03/07, cabe aclarar que el INE forma parte del Consejo Nacional.

reformas sociales, que junto a la reforma tributaria impactaron en la redistribución de la riqueza nacional. El Plan de Equidad es actualmente y desde enero del año 2008, el eje que vertebra y articula el conjunto de las políticas sociales en curso, teniendo hoy un alcance universal e integral.

Por otra parte y como dato fundamental hay que señalar el descenso sustantivo de la tasa de desempleo en este período y la mejora de los salarios reales, debido entre otros factores al muy buen desempeño de la economía, a la reinstauración de la negociación colectiva a través de los consejos de salarios y al esfuerzo realizado por el BPS y la DGI para aumentar la formalidad de los contratos de trabajo.

Los avances que se han evidenciado en estos cuatro años de gobierno, no solo se manifiestan en el descenso sensible de la pobreza y la indigencia, sino en varias esferas directamente asociadas a los ODM, en salud, educación, trabajo y empleo, medio ambiente. Así, y a modo de síntesis telegráfica, hacemos notar el cumplimiento de la meta vinculada al VIH SIDA, a las enfermedades que como la malaria y el paludismo no tienen prácticamente incidencia en nuestro país y el excelente avance registrado con relación a otras enfermedades como la tuberculosis o la hidatidosis. También debe destacarse el descenso de la tasa de mortalidad infantil y la expansión de la cobertura en materia de salud sexual y reproductiva. Por otra parte en el campo de la educación debemos subrayar la universalización de la educación inicial para niños y niñas de 4 y 5 años y un

avance importante en la cobertura de los niños de 3 años.

El Informe que presenta Uruguay al sistema de las Naciones Unidas – tal como se apreciará –, permite avizorar el cumplimiento de casi todas las Metas del Milenio para el año 2015 de acuerdo a los compromisos contraídos y en consonancia con las metas autoimpuestas por el actual gobierno y la sociedad en su conjunto a través de una amplia participación de los actores sociales; la que fuera canalizada a través de cuatro Mesas de Diálogo realizadas durante el año 2008 en Montevideo, Paysandú, Tacuarembó y Maldonado.

No obstante restan aún varios problemas sociales que han resultado particularmente difíciles de encaminar hacia el cumplimiento de los ODM; siendo preocupación permanente de las autoridades actuales la formulación de las políticas públicas más eficaces para el logro de los compromisos asumidos.

En suma, grandes y sustantivos avances en la mayor parte de los ODM considerados y pocos objetivos que presentan retrasos respecto al cronograma previsto, hacen que el panorama general sea altamente auspicioso enfrentados al final de la primera década del siglo XXI. El tránsito hacia la reconfiguración del sistema de protección social y la implementación de varias reformas sociales en curso dotan al proceso nacional de una buena dosis de optimismo con relación al cabal cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



Objetivo 1

ERRADICAR LA
POBREZA EXTREMA
Y EL HAMBRE



ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Este porcentaje se fue reduciendo hasta el año 2002 cuando estalla una de las peores crisis económicas en la historia del país. Ésta repercutió en toda la población afectando principalmente a los más pobres. A partir de allí se registró un aumento de las personas en condiciones de indigencia o pobreza extrema que alcanzó en el año 2004 a superar en una vez y media el valor observado en 1990. Posteriormente se observa una disminución progresiva, llegando en el año 2008 a valores algo inferiores a los registrados al inicio del período de referencia.

Meta Nacional 1A

Metas Mundiales:

- Meta mundial 1A - Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean menores a 1 dólar por día.

Indicadores:

- Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA)
- Coeficiente de la brecha de pobreza
- Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población

Metas Nacionales:

- Meta nacional 1A – Erradicar la indigencia y reducir el porcentaje de personas pobres a la mitad para el año 2015.

Indicadores:

- Porcentaje de personas bajo la línea de indigencia
- Porcentaje de personas bajo la línea de pobreza
- Brecha de pobreza

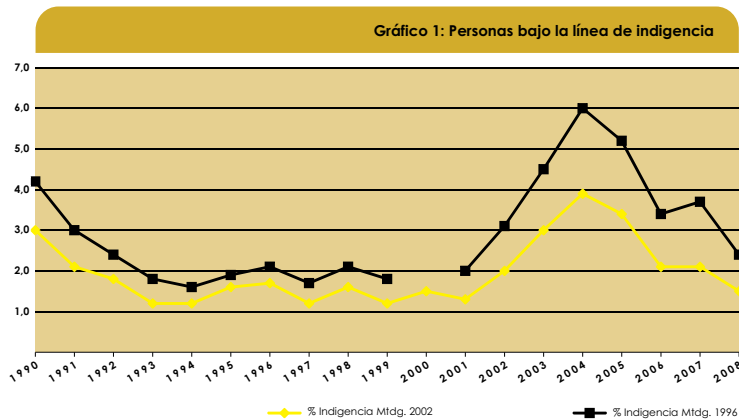
Metodología de Estimación de Pobreza e Indigencia

El Instituto Nacional de Estadísticas presenta la información de pobreza e indigencia de acuerdo a dos metodologías. La metodología 2002 cambia con respecto a la anterior, metodología 1996, la forma de actualización de los precios de los bienes y servicios alimenticios y no alimenticios que componen la canasta de referencia para la estimación de la línea de pobreza, utilizando solamente el índice de precios de alimentos y bebidas, y no el índice correspondiente para cada ítem; asimismo incorpora escalas de equivalencia a la interna del hogar y elimina de la canasta bebidas alcohólicas y comidas fuera del hogar. Estas diferencias determinan una estimación diferente del porcentaje de personas pobres. En este informe se incluyen ambas metodologías, ya que no existe una oficial por parte de las autoridades estadísticas competentes.

I. Situación actual y tendencias

En 1990 el porcentaje de personas bajo la línea de indigencia se encontraba entre un 3% y un 4% de la población según la metodología de estimación que se utilice.

Corresponde señalar que más allá de esta evolución, los guarismos de indigencia – en comparación internacional - han sido bajos durante todo el período.

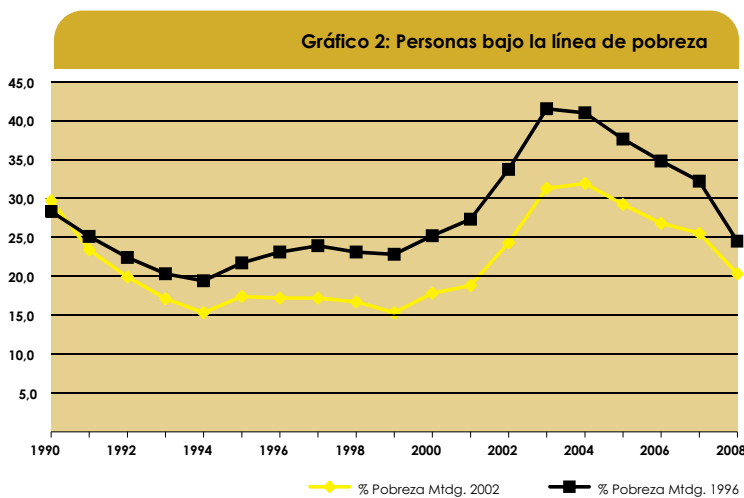


Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares, localidades de 5.000 y más habitantes. Año 2000, dato no disponible

A pesar del recrudecimiento de la pobreza extrema en los años 2002 – 2004, el progreso hacia el cumplimiento de la meta en lo que tiene que ver con la indigencia y según el último dato disponible es sustantivo. En efecto, se observa un avance al día de hoy que vuelve viable el alcance de la meta al año 2015 aunque el desafío no está exento de dificultades.

Por su parte, y siempre partiendo del año 1990, el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza se ubicaba en el entorno

del 29% de la población. A partir de allí se pueden identificar cuatro ciclos: hasta 1994 una reducción gradual de la pobreza; luego un estancamiento, o mínimo crecimiento según la metodología utilizada, hasta 1999; posteriormente un aumento que llega hasta el 2004, año en que se superan los guarismos de 1990. La disminución a partir de entonces ha sido sostenida, ubicándose en 2008 en el entorno del 20% - 24%, aproximándose a los mínimos ya verificados a mediados de los años 90.



Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares, localidades de 5.000 y más habitantes.

Cuadro 1 Personas bajo la línea de indigencia

	% Indigencia Mtdg. 2002	% Indigencia Mtdg. 1996
1990	3,0	4,2
1991	2,1	3,0
1992	1,8	2,4
1993	1,2	1,8
1994	1,2	1,6
1995	1,6	1,9
1996	1,7	2,1
1997	1,2	1,7
1998	1,6	2,1
1999	1,2	1,8
2000	1,5	x
2001	1,3	2,0
2002	2,0	3,1
2003	3,0	4,5
2004	3,9	6,0
2005	3,4	5,2
2006	2,1	3,4
2007	2,1	3,7
2008	1,5	2,4

Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares, localidades de 5.000 y más habitantes.

Tal como se señala en el estudio “Evolución de la pobreza y la desigualdad en Uruguay (2001-2006)” realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas, en la evolución reciente de la pobreza y la desigualdad concurren varios factores que actúan en sentido contrario. Por un lado, la incidencia en los precios de los alimentos que impulsa al alza las líneas de indigencia y de pobreza, y por otro, el crecimiento de los ingresos explicado por los incrementos salariales y el aumento de los puestos de trabajo, junto con el incremento de las

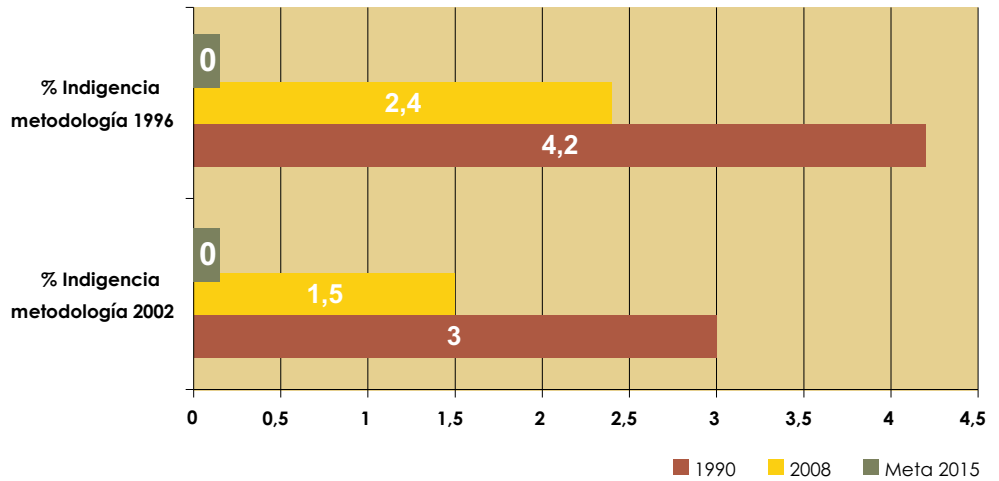
transferencias monetarias en el período 2005- 2008.

El cumplimiento de esta meta, reducir la pobreza a la mitad entre 1990 y 2015, significa llegar a un porcentaje del entorno del 14,5% hacia el 2015. Desde la superación de la crisis del año 2002, el avance ha sido sustancial, a un ritmo que de mantenerse, posibilitaría el logro de la meta.

Sin embargo, el proceso de aquí en más será cada vez más difícil por dos razones diferentes: en primer lugar, la reducción de la

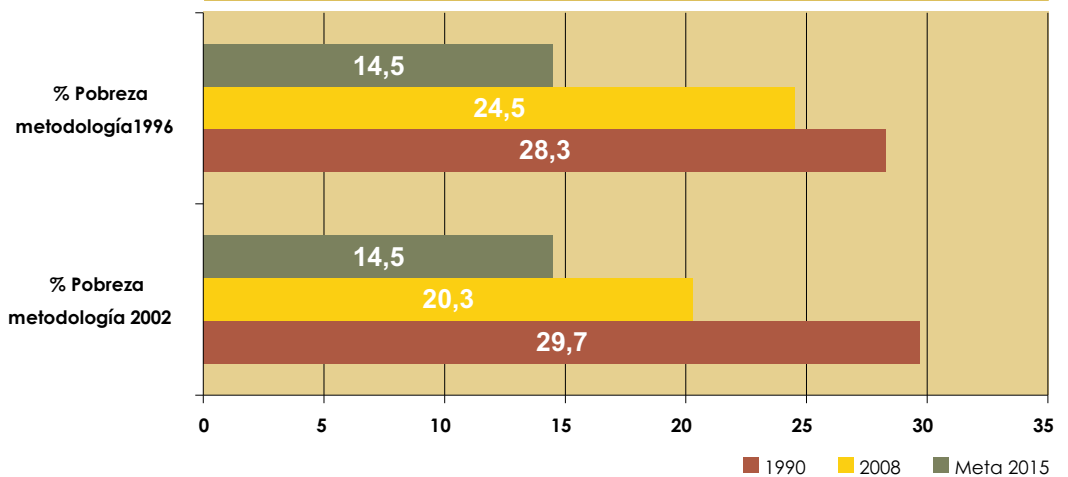
pobreza nos acerca cada vez más al núcleo duro del problema; en segundo lugar, el contexto económico en el que se desarrollarán las políticas públicas en los próximos años estará caracterizado por una crisis económica internacional de la cual no se sabe aún la duración y profundidad de sus efectos; será entonces un escenario diferente al vivido en los años recientes. Por lo tanto, hay por delante un desafío mayor que pondrá en tensión el diseño y la ejecución de las políticas públicas a favor de la consecución de la meta.

Gráfico 3: Avance hacia la meta: indigencia



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE

Gráfico 4: Avance hacia la meta: pobreza



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE

Junto al análisis de la incidencia de la pobreza e indigencia corresponde aproximarse a la profundidad o severidad de la pobreza. El concepto de “brecha de pobreza” resulta idóneo para realizar esta mirada.

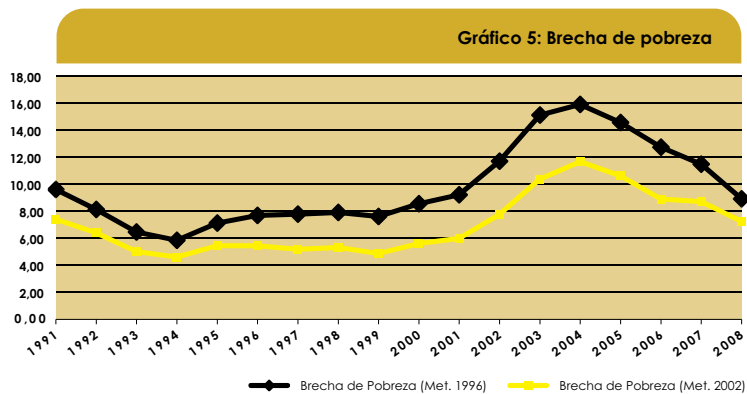
La brecha de pobreza da una idea de la distancia o déficit de ingresos promedio del total de la población con respecto al valor de la línea que marca la diferencia entre pobre y no pobre. Es por lo tanto, una medida del

déficit agregado que tiene la población respecto a la línea de pobreza.

La ventaja de este indicador es que supera alguna de las limitaciones de la incidencia de la pobreza, ya que si el ingreso de una persona pobre disminuye entre un período y otro, la brecha de pobreza aumentará; situación que no se verá reflejada en la incidencia de la pobreza.

Este indicador muestra un comportamiento similar a la incidencia de la pobreza con alguna anticipación, es decir que antes que comience a incrementarse la cantidad de personas pobres, la pobreza se hace más aguda entre los que ya se encuentran en esa situación.

De acuerdo al último dato disponible, el ingreso por persona de los hogares pobres se encuentra en promedio un 7,25% por debajo de lo que necesitarían para traspasar el límite que les permita satisfacer sus necesidades alimentarios y no alimentarias.



Fuente: IECON con base en la ECH.

II. Programas y acciones

Reconociendo el carácter multidimensional de la pobreza y las variadas causas que inciden en su origen, mantenimiento y reproducción, se han puesto en marcha acciones de muy diversa índole, entre las que se destacan las siguientes:

Se debe mencionar, como punto de partida la creación por parte del actual Gobierno del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en el año 2005 con el cometido de facilitar la coordinación de las intervenciones públicas en el área social. Para

cumplir con esta aspiración comenzó a funcionar, también el año 2005, el Gabinete Social¹

Cabe remarcar que en los primeros años de gestión, el MIDES se concentró en el combate a la indigencia con la imple-

¹ Presidido por el MIDES e integrado además por: MSP, MEC, MEF, MTSS, MVOTMA, OPP y como invitado permanente el Congreso de Intendentes. Por su parte, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales esta conformado por el Gabinete Social, y por los siguientes invitados permanentes: CODICEN-ANEP, BPS, Congreso de Intendentes, INAU e INE.

mentación del Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES) como principal instrumento. Luego de superado los primeros años y obtenido importantes avances en este campo, la acción del MIDES y del conjunto de los organismos estatales se desplazó hacia la equidad.

Como fue planeado, el PANES culminó a finales del 2007. Éste dejó paso al Plan de Equidad con la intención de pasar de una política transitoria de atención a la emergencia, a una matriz de políticas permanentes que comprende al conjunto de la población, con prioridad en los sectores sociales cuyas condiciones de vida se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

Esta matriz de protección social más permanente y con aspiraciones de universalismo, implicó la puesta en marcha de: la reforma Tributaria, la reforma de las Asignaciones Familiares, la reforma de la Salud, revisiones de las políticas de empleo, la nueva política de vivienda y hábitat, revisiones a la política educativa, y el plan nacional de igualdad de oportunidades y derechos.

Las transferencias de ingreso, especialmente las no contributivas, son esenciales para el combate a la pobreza. Es por ello que merece una especial referencia la reformulación del régimen de Asignaciones Familiares. El nuevo sistema aumentó sensiblemente los montos

orientados a niños y adolescentes, se estableció un pago mensual que aumenta con la edad del beneficiario y se transfirió la titularidad preferentemente a las mujeres. El pago está condicionado a la asistencia de los beneficiarios a centros de estudio y a controles primarios de salud.

Todas estas acciones llevaron a que en este período de Gobierno se reestructurara el Gasto Público, aumentando de forma importante dentro del mismo la participación del Gasto Público Social (GPS).

Por otro lado se incrementó en forma sustancial el Salario Mínimo Nacional (SMN). Esta medida impactó sobre todo en la reducción de la pobreza, dada la elevación de los salarios más sumergidos, mientras que desde las políticas sociales el PANES influyó en mayor medida sobre la indigencia, sobre todo a través del ingreso ciudadano y los programas de inserción laboral.

III. Desafíos y prioridades

En el periodo 2005-2009 se demostró que las políticas aplicadas lograron reducir sensiblemente la pobreza e indigencia; ejemplo de ello ha sido la disminución de la pobreza infantil.

En este sentido, aparecen como desafíos:

Profundizar y ampliar las políticas y el abanico de instrumentos que permitan atacar

los múltiples factores que están presentes en la indigencia o pobreza extrema a efectos de cumplir con la meta de su erradicación.

Profundizar, ampliar y articular el espectro de políticas públicas con impacto en la reducción de la pobreza. Continuar con un sostenido descenso de la pobreza exigirá políticas que tengan en cuenta la multidimensionalidad del fenómeno. Es así que se deberá profundizar el combate a las inequidades presentes al inicio de la vida, los rezagos educativos de niños/as y adolescentes, la informalidad y precariedad laboral y la segmentación socio – territorial.

Fortalecer el proceso de reversión de las inequidades, en particular las que tienen su fuente en los procesos estructurales instalados en el mercado de trabajo, que ha incrementando la desigualdad salarial.

OMD 1 Meta Nacional 1B

Metas Mundiales:	Metas Nacionales:
<ul style="list-style-type: none"> • Meta mundial 1B - Alcanzar pleno empleo productivo y trabajo decente para todos, incluyendo las mujeres y los jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meta nacional 1B • Reducir la tasa de desempleo global y femenina a menos del 9%; y la tasa específica de desempleo de los trabajadores del primer quintil y de los jóvenes a menos del 15%. • Reducir la falta de cobertura de la seguridad social entre el total de ocupados a menos del 25% y la de los ocupados del primer quintil a menos del 50%.
Indicadores:	Indicadores:
<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del PIB por empleado • Relación empleados/ población • Proporción de ocupados con ingresos menores a US\$ 1 (PPP) por día • Proporción de los trabajadores por cuenta propia • Trabajadores familiares en el total de ocupados 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de desempleo global • Tasa de desempleo para el primer quintil de ingresos, para los jóvenes y para las mujeres. • Porcentaje del total de ocupados sin cobertura de la seguridad social. • Porcentaje de ocupados del primer quintil sin cobertura de la seguridad social

I. Situación actual y tendencias

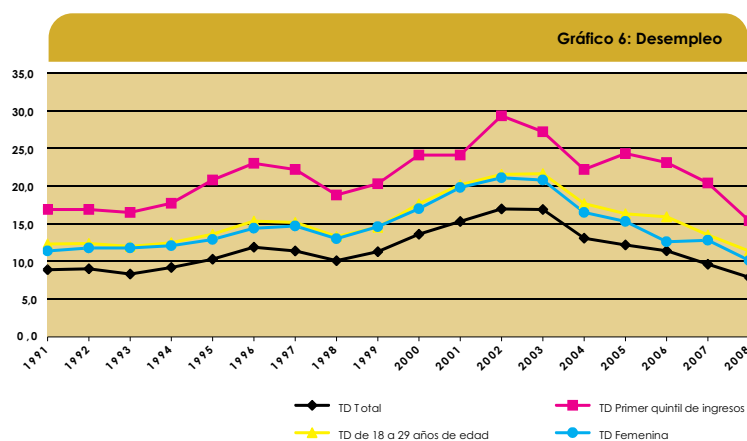
La inclusión de esta nueva meta en el Objetivo 1 reconoce que la generación de ingresos en el mercado laboral mediante un trabajo decente es la forma más genuina de superar en el mediano y largo plazo la situación de pobreza. El desempleo, en particular entre las personas de menores ingresos, así como la informalidad y precarización en el mercado de trabajo, son los principales factores a atacar en el combate a la pobreza.

El desempleo se mostró estable hasta mediados de los 90, en donde comenzó a crecer hasta

alcanzar valores inéditos en el mercado laboral uruguayo. El mayor valor observado se dio en el año 2002: 17% de la Población Económicamente Activa (PEA). No es coincidencia que este haya sido el peor año de la crisis económica que vivió el país entre fines de los noventa e inicios de la década del 2000 y en el cual estalló la crisis del sistema financiero. A partir de allí ha venido reduciéndose hasta llegar a menos del 8% en 2008, el registro más bajo de las últimas dos décadas.

Por su parte el desempleo abierto afecta particularmente a la

población del primer quintil de ingresos. En efecto, en esta población la tasa de desempleo ha estado siempre por encima de la global fluctuando entre un 17% y un 30% de la PEA del primer quintil. De igual manera, la crisis del 2002 llevó al máximo el desempleo del primer quintil y durante la recuperación post crisis ha revertido la situación a guarismos por debajo de los del año base.



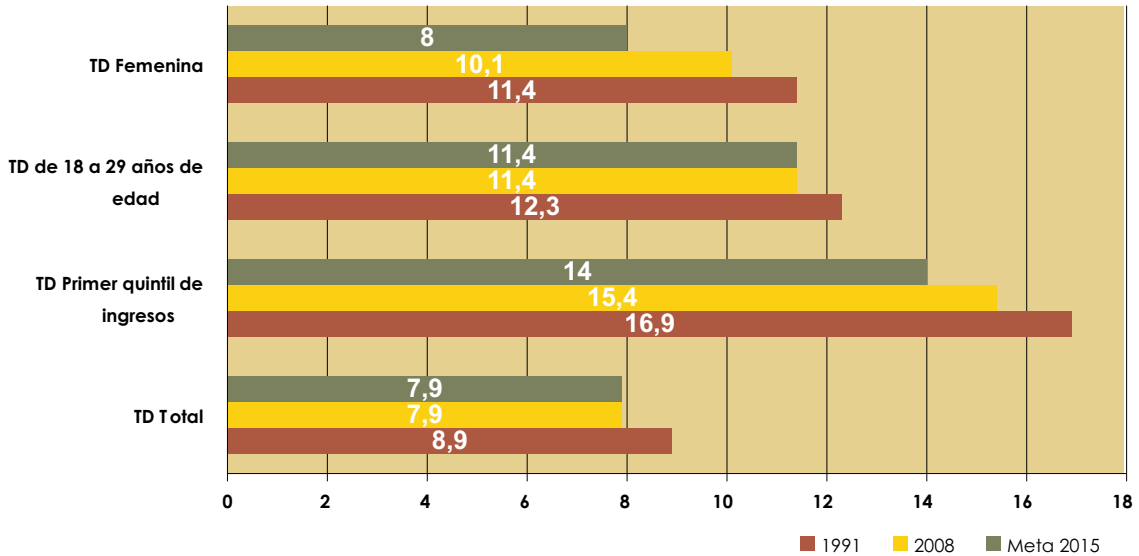
Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares, localidades de 5.000 y más habitantes.

Otros dos grupos especialmente afectados por el desempleo por encima de las tasas globales son los jóvenes (considerados estos entre los 18 y los 29 años) y las mujeres. En efecto, a lo largo de todo el período considerado, ambas tasas evolucionan en forma similar a la tasa global, alcanzando un registro en promedio superior a ésta de 3,9 y 3,1 puntos porcentuales respectivamente.

En el caso del desempleo juvenil (11,4% en 2008), éste se

encuentra en el orden de magnitud de la meta definida. En cambio, el desempleo femenino (10,1% en 2008), si bien se encuentra próximo a la meta, aún falta realizar un esfuerzo adicional para alcanzarla (un análisis más detallado se realiza en la sección correspondiente al objetivo 3).

Gráfico 7: Avance hacia la meta: empleo



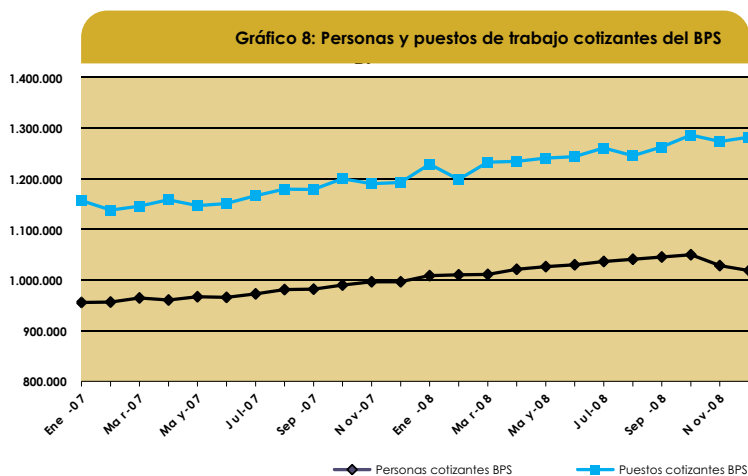
Fuente: Elaboración propia en base a datos INE, Encuesta Continua de Hogares, localidades de 5.000 y más habitantes.

En cuanto a las condiciones de trabajo, la afiliación a la Seguridad Social es un elemento central como expresión del ejercicio de los derechos del trabajador. El porcentaje de ocupados sin cobertura de Seguridad Social alcanzó un máximo en el año 2004 reduciéndose desde el año 2005 a niveles inferiores a los previos a la crisis. En efecto, se está asistiendo a un record de formalización del trabajo que ya incluye a dos tercios de los ocupados.

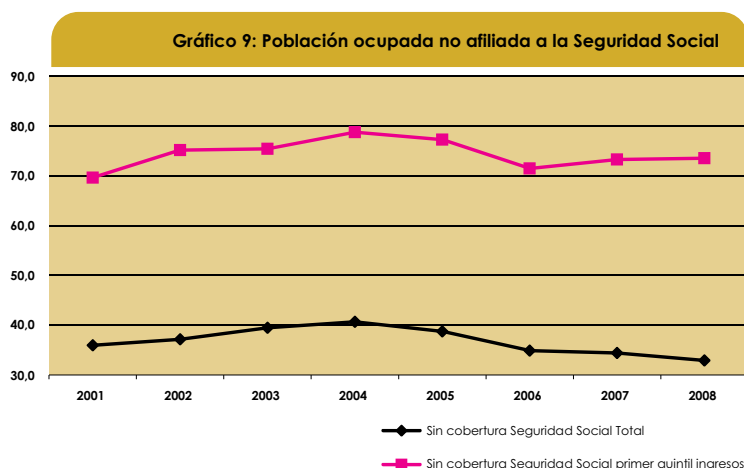
En los últimos años el promedio mensual de cotizantes al BPS ha sido creciente, alcanzando en el

año 2008 un total de 1.248.623 puestos de trabajo cotizantes, cifra récord. En particular, se han desarrollado acciones hacia los sectores de mayor informalidad (rural, servicio doméstico y construcción), verificándose un crecimiento de la formalización en estos sectores muy por encima del promedio general. También se adoptaron medidas respecto a los sectores de pequeños cuentapropistas, sector habitualmente en la informalidad, habiéndose logrado cuadruplicar la afiliación a la Seguridad Social en este sector (de 3.000 afiliados en 2007 a 12.000 en 2008).

La falta de cobertura de la Seguridad Social ha sido particularmente elevada entre los trabajadores pertenecientes al primer quintil de ingresos. Cabe señalar que los ocupados en este grupo de la población se concentran en actividades de baja productividad, precarias y muchas veces asociadas a fuertes estacionalidades²: servicio doméstico, peones agropecuarios, forestales y afines, peones de la industria, construcción y transporte, vendedores ambulantes, recolectores, barrenderos, etc.



Fuente: Banco de Previsión Social



Año	Total	Primer Quintil
2001	36,0	69,7
2002	37,2	75,2
2003	39,5	75,4
2004	40,7	78,8
2005	38,7	77,3
2006	34,9	71,5
2007	34,4	73,3
2008	32,9	73,6

Fuente: IECON, en base a datos INE

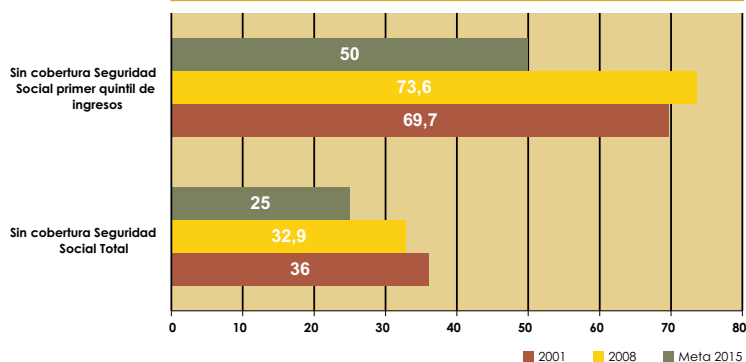
*Personas sin cobertura sobre PEA ocupada, primer quintil calculado con ingreso per cápita con valor locativo

La informalidad en el mercado de trabajo entre las personas pertenecientes al 20% de menores ingresos de la población es muy alta y muestra una tendencia similar a la del desempleo en este

grupo de la población. El porcentaje de ocupados del primer quintil sin cobertura de la seguridad social, una de las formas de aproximarse al fenómeno de la informalidad, era del 60% en 1991, llegando a trepar en 2004 a un preocupante 79%. A partir de ese año comienza a descender, alcanzando aproximadamente el 73% en el 2008.

2 Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración – Universidad de la República, 2007. “Perfil socioeconómico de la población incluida en el PANES” - Informe final.

Gráfico 10: Avance hacia la meta: cobertura de la Seguridad Social



Fuente: Elaboración propia en base a datos INE

II. Programas y acciones

La reducción del desempleo registrado en los últimos años está ligado al importante crecimiento económico experimentado. Pero en materia de empleo tampoco hay que desconocer el papel jugado por las políticas públicas, en particular las sociales, laborales y de fiscalización.

El Plan de Equidad retomó acciones iniciadas por el PANES en este campo con el programa Trabajo Promovido, dividido a su vez en dos subprogramas: Uruguay Trabaja y Objetivo Empleo (Incentivo a la Contratación).

De igual manera las políticas anteriormente mencionadas han sido un incentivo a la formalización de trabajadores, aún en sectores históricamente informales como el servicio doméstico y la construcción.

Durante este período de gobierno se reinstalaron los Consejos de Salarios tanto en el sector privado como en el sector público. Por primera vez se incluyeron en las rondas de negociación a

trabajadores rurales y del servicio doméstico. El Estado retoma así su participación activa en el proceso de fijación salarial conjuntamente con trabajadores y empresarios. La reinstauración de los Consejos de Salarios promovió un fuerte proceso de formalización del empleo, con la regularización de un gran número de trabajadores.

III. Desafíos y prioridades

El principal desafío que enfrenta esta meta es que **la economía del país continúe la senda del crecimiento económico con generación de empleos genuinos**, en particular para los trabajadores y trabajadoras de menores ingresos, con una atención especial en la inclusión en el mercado de trabajo formal de los desempleados de larga duración y con bajas calificaciones laborales.

Por su parte el **incremento de la productividad de los trabajadores, con particular énfasis en los de menor calificación**, constituye otro desafío que en combinación con el anterior

debe ser considerado una de las principales prioridades, tanto de las políticas laborales como las de combate a la pobreza.

Asimismo, se debe continuar en la **búsqueda de formas efectivas de lograr una mayor cobertura de la Seguridad Social** de la población trabajadora, en particular la ubicada en los estratos socio-económicos más bajos.

Finalmente, es preciso culminar el proceso iniciado de **equiparación en las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres, y entre las distintas generaciones**.

ODM 1 Meta Nacional 2

Meta Mundial:

- Meta mundial 2 - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que sufren de hambre.

Indicadores:

- Niños menores de 5 años de peso inferior a lo normal
- Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (FAO)

Meta Nacional:

- Meta nacional 2 – Reducir el porcentaje de niños menores de cinco años con déficit nutricional a sus valores mínimos (2,3% como valor de referencia).

Indicadores:

- Porcentaje de población menor de 2 años con déficit nutricional medido como déficit de peso para la edad y talla para la edad
- Porcentaje de población entre 2 y 5 años con déficit nutricional medido como déficit de peso para la edad y talla para la edad

I. Situación actual y tendencias

De acuerdo a la información disponible, el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición permaneció promedialmente estable en el todo el período de referencia, aún cuando se advierte un descenso en los últimos dos años.

La información aportada por las Encuestas Nacionales de lactancia materna³ realizadas en los

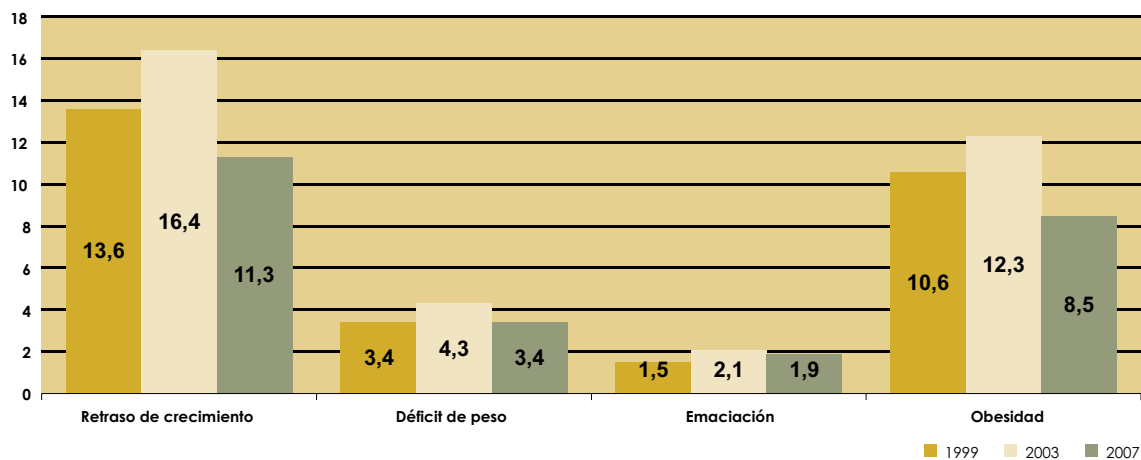
años 1999, 2003 y 2007 sobre una muestra de los niños atendidos en centros de salud, indica una mejoría en todos los indicadores de nutrición y un descenso de la prevalencia de obesidad entre el 2003 y el 2007.

Los resultados observados para los indicadores de déficit de peso (peso bajo para la edad) y emaciación (peso bajo para la talla) están próximos al valor de la meta. El indicador de prevalencia de talla baja para la edad, por su parte, aún se encuentra lejos del valor – meta, por lo que se deberá redoblar los esfuerzos para poder cumplir hacia el año 2015 con la meta. Otro tanto sucede con la prevalencia de obesidad (peso excesivo para la talla) que permanece significativa.

³ Aclaración metodológica: El estado nutricional de los niños menores de 2 años se evaluó mediante los índices de peso para la talla (peso/talla), peso para la edad (peso/edad) y talla para la edad (talla/edad) y sus indicadores correspondientes, de acuerdo con el nuevo patrón de referencia elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Se obtuvo el puntaje Z, que refleja la diferencia de determinada medida con relación al promedio esperado según la población de referencia. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS (1995), las estimaciones de prevalencia se presentaron en desviaciones estándar por debajo de

– 2 DS (prevalencia de retraso de crecimiento, de déficit de peso y de emaciación) o puntuaciones Z por encima de +2 DS, en relación con la media o mediana de referencia (prevalencia de obesidad).

Gráfico 11: Prevalencia de retraso de talla, déficit ponderal, emaciación y obesidad (en niños menores de 24 meses) en tres encuestas: 1999, 2003 y 2007



CUADRO 2: Prevalencia de retraso de talla, de déficit de peso, de emaciación (<-2 DE) y de obesidad (>2DE) en niños menores de 24 meses

Estándar OMS 1999, 2003 y 2007

Año	Total	Masculino	Femenino	Público	Mutual	N
Prevalencia de talla baja: talla/edad<-2DS (OMS)						
1999	13,6	17,1	10,1	16,8	9,2	2731
2003	16,4	19,5	13,8	21,8	8,9	2879
2007	11,3	12,9	9,6	14,6	6,8	3039
Prevalencia de déficit ponderal: peso/edad<-2DS (OMS)						
1996	3,8	4,7	2,9	4,5	2,6	4552
1999	3,4	4,7	2,1	4,4	2,1	2731
2003	4,3	5,4	3,2	5,2	2,9	2879
2007	3,4	4,5	2,2	4,4	1,9	3039
Prevalencia de emaciación: peso/talla<-2DS (OMS)						
1999	1,5	2	1	1,9	0,9	2731
2003	2,1	2,8	1,4	2,6	1,4	2879
2007	1,9	2,8	1	2	1,9	3039
Prevalencia de obesidad: peso/talla>+2DS (OMS)						
1999	10,6	11,6	9,8	11,8	9,3	2731
2003	12,3	13,5	11,5	12,7	11,7	2879
2007	8,5	9,6	7,3	9	7,9	3039

Fuente Gráfico 11 y Cuadro 2: Encuestas nacionales de lactancia materna 1999, 2003, 2007 en niños atendidos en los servicios de salud. Publicación: "Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria" (RUANDI, MSP, UNICEF). Año 2007.

Indicadores antropométricos para la evaluación del estado nutricional

Para la evaluación del estado nutricional se utilizaron los siguientes indicadores antropométricos: Talla para la Edad, Peso para la edad y Peso para la Talla. A continuación se realiza una breve interpretación del significado nutricional de cada uno de estos indicadores.

Longitud /Talla para la Edad:

Refleja el crecimiento longitudinal (en talla) alcanzado por un niño o niña a determinada edad (desnutrición crónica se utiliza como equivalente de retraso del crecimiento). Refleja un proceso de fracaso en expresar el potencial de crecimiento lineal como consecuencia de factores ambientales y nutricionales adversos.

Peso para la Edad:

Este indicador considera el estado nutricional global (peso + talla), en relación a la edad de un niño. Muestra el estado nutricional actual y se utiliza para evaluar bajo peso y bajo peso severo. Permite detectar pequeños cambios tempranos, ya que los niños rápidamente reflejan en su peso cambios de ingesta, agua o algún tipo de injuria. Como desventaja no discrimina niños con desnutrición aguda o con retraso en el crecimiento.

Peso para la Longitud/Talla:

Este indicador refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Las variaciones en este indicador están determinadas por cambios en la masa corporal (masa magra + adiposidad) de individuos de igual talla. Es por ello, que este es un indicador del estado nutricional actual, independiente de la edad de los sujetos. Es un indicador muy valioso en el sentido que permite realizar algunas inferencias, ya que combina dos medidas como son el peso y la talla.

La talla es un indicador que no se modifica en el corto plazo, aunque sí lo hace en la medida que las circunstancias desfavorables para el crecimiento perduren en el tiempo. El peso, por el contrario, sí es un indicador que se modifica rápidamente.

Un aspecto importante de este indicador es que no es muy adecuado para evaluar niños menores de un año, pues para cada medida de longitud los niños menores tienden a tener más peso que los mayores de esa edad.

Definiciones basadas en el documento "Evaluación del estado nutricional de niños y niñas participantes de Plan CAIF". INDA. Marzo, 2009.

II. Programas y acciones

El MSP y el MIDES asisten al sector de pobreza crítica del país, a través de la red de servicios públicos. Dicha población, que se encontraba en situación de alto riesgo de desnutrición, ha venido siendo apoyada con políticas públicas. Los grupos de mayor riesgo son los niños menores de dos años y las embarazadas.

A este respecto se cuenta con dos programas centrales. Por un lado, la Tarjeta Alimentaria del Plan de Equidad y el Plan Nacional de INDA, y por otro el Programa Prioritario de Nutrición. El primero facilita el acceso de la población benefi-

ciaria a alimentos, mientras que el segundo promueve una sana alimentación en el contexto de la promoción de estilos de vida saludable.

Otro programa relevante para la alimentación de los niños es el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de ANEP, que provee alimentación a los niños que asisten a centros de educación preescolar y primaria del sistema público.

Paralelo a este, se encuentra el Programa de Leche Escolar, el cual se ha creado con el fin de mejorar la calidad de la alimentación a través de un aporte más significativo de nutrientes esenciales, distribuyendo leche a los

servicios de alimentación para los niños que allí concurren.

Finalmente, se están extremando los esfuerzos para contar en un plazo breve con un sistema de información que permita el seguimiento permanente de la situación nutricional de la población, en particular de la población de alto riesgo, a fin de mejorar el diseño, la efectividad y el impacto de las políticas en esta área.

III. Desafíos y prioridades

Continuar atendiendo los grupos más vulnerables, en particular a la población que está en situación de pobreza. Los grupos más afectados por insuficiencia alimentaria son los que se encuentran en etapas vitales, críticas en el proceso de reproducción biológica y de in-

tegración social. Por lo tanto, la atención prioritaria a las embarazadas, a los niños y niñas menores de 5 años constituye a la vez un desafío insoslayable.

Conjuntamente con lo anterior, se debe procurar **que la población adopte una alimentación de calidad**, que estimule el adecuado crecimiento y prevenga el sobrepeso y la obesidad, situando la atención tanto en el acceso a los alimentos como a la calidad nutricional de los mismos.

Un tercer desafío lo constituye avanzar hacia una gestión de las políticas nutricionales con **mayor integralidad de las respuestas** entre todos los actores que intervienen en esta área, con **mayor articulación con el sistema de salud y los programas educativos**, a partir de información pertinente, confiable y actualizada.





Objetivo 2

LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL



LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

ODM 2 Meta Nacional 3

Meta Mundial	Metas Nacionales
<ul style="list-style-type: none"> Meta 3 – Asegurar que, para el 2015, todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar un ciclo completo de enseñanza primaria 	<ul style="list-style-type: none"> Meta 3 – Universalización de la educación inicial¹, universalización de educación media obligatoria y expansión de la educación media superior
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa específica de asistencia al sistema educativo del grupo de 3 a 5 años Tasa neta de asistencia al 1er. Ciclo de Secundaria del grupo de 12 a 14 años Tasa neta de asistencia al 2do. Ciclo de Secundaria del grupo de 15 a 17 años Porcentaje de personas de 18 y más que completaron la educación secundaria Porcentaje de personas de 15 y más que completaron la educación secundaria básica

*- La ley N° 18.437, art. 22, determina que la educación inicial es la que comprende a los niños y niñas de 3, 4 y 5 años.

I. Situación actual y tendencias

El Uruguay tuvo un temprano desarrollo de la educación, en particular de la educación primaria en el cual se ha logrado la universalización de los niños y niñas pertenecientes a la edad correspondiente a dicho ciclo (6 a 12 años). Por tal motivo, el país ha redefinido las metas nacionales para el Objetivo 2 tomando como desafío la

universalización de la educación inicial - 3 a 5 años - y del primer ciclo de secundaria, así como la expansión de la educación secundaria superior.

La expansión de la educación inicial es notoria, alcanzando un incremento de casi el 50% entre el año 1991 y 2008 si se considera el agregado de las ofertas públicas y privadas para el país urbano¹.

En particular la expansión se concentró en los 4 y 5 años, habiéndose cumplido ya el objetivo de la universalización en los niños y niñas de 5 años y estando próximo al cumplimiento de tal objetivo en 4 años.

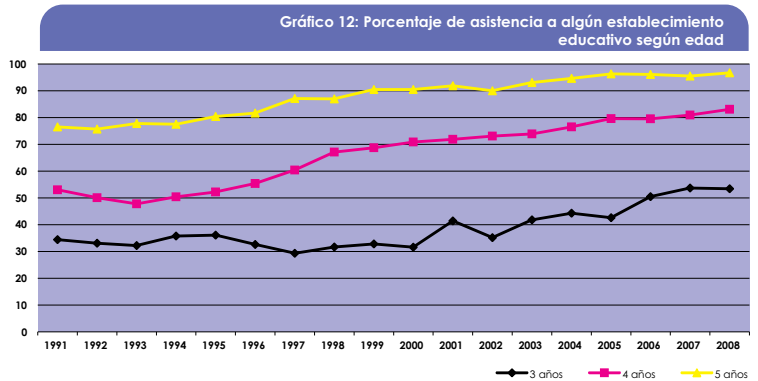
Con respecto a la población de 3 años, cabe decir que la matrícula alcanza en el año 2009 al 60% de las niñas y niños de dicha edad si se considera todos los prestadores públicos.

Estos resultados son coherentes con el objetivo trazado por la actual Administración de Gobierno para este período: universalizar la educación en 4 y 5 años y, en el marco del Plan de Equidad, expandir la educación inicial a los niños y niñas de 3 años, con énfasis en los provenientes de hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

1 Se considera público al servicio de educación brindado exclusivamente por la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y privado a los jardines y colegios privados y habilitados por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Gráfico 12

Fuente: Elaborado por la División de Investigación, Evaluación y Estadística de ANEP en base a la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.



Para el año 2015 la meta es ofrecer educación inicial a todos los niños y niñas de 3 años que pertenezcan a hogares en situación de vulnerabilidad social y a todos aquellos hogares que, sin ser vulnerables, lo demanden.

En cuanto al avance según oferentes, el siguiente gráfico muestra la evolución para el tramo de

edad 4 y 5 años. Como puede observarse, el crecimiento debe explicarse exclusivamente por el aumento de la oferta pública que, incluso, compensó la caída de la captación del sector privado, seguramente por el impacto de la crisis económica que aconteció en el país entre los años 1999 y 2003.

Fuente: Elaborado por la División de Investigación, Evaluación y Estadística de ANEP en base a la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

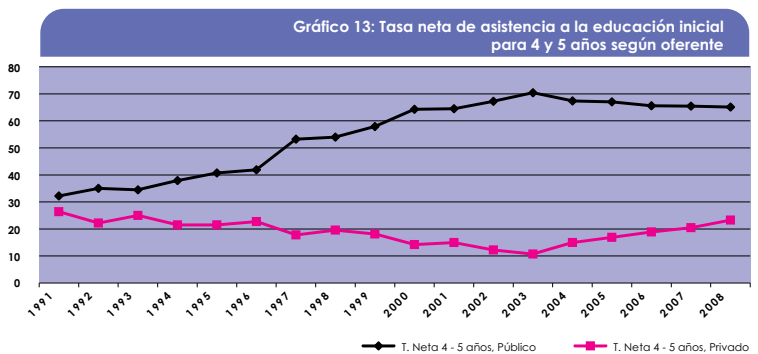
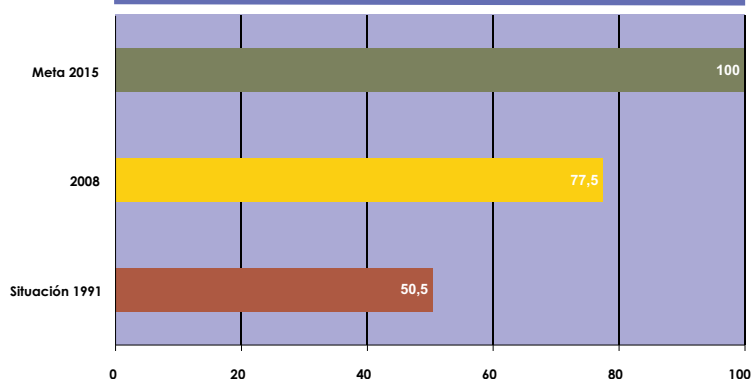


Gráfico 14: Avance hacia la meta: asistencia a la educación inicial

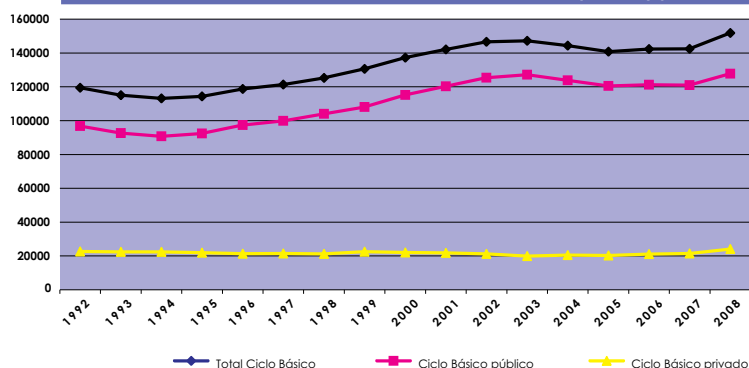


Fuente: Elaboración propia en base a datos ANEP

Con relación a la educación secundaria básica, si bien la matrícula ha mostrado una evolución ascendente en los 90 para luego estabilizarse, en cuanto a la asistencia, la situación ha permanecido incambiada con respecto al año base. Para este subsector, la

meta planteada es la universalización para el año 2015. En el 2008, aunque se evidencia una mayor tasa bruta de asistencia, la tasa neta se encuentra próxima al 70%, apenas por encima del año base.

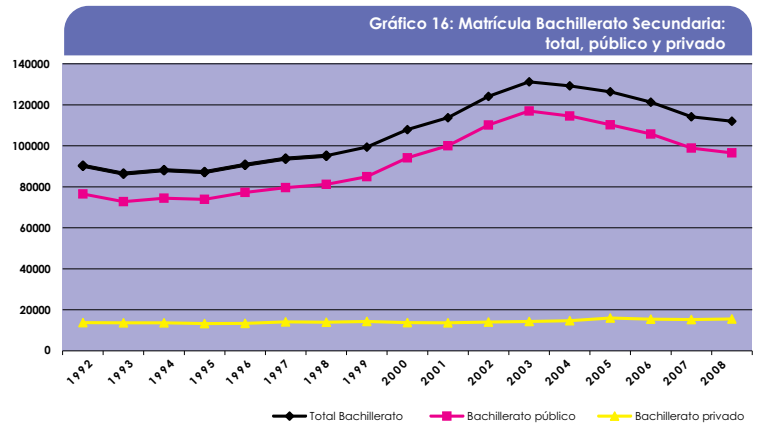
Gráfico 15: Matrícula Ciclo Básico Secundaria: total, público y privado



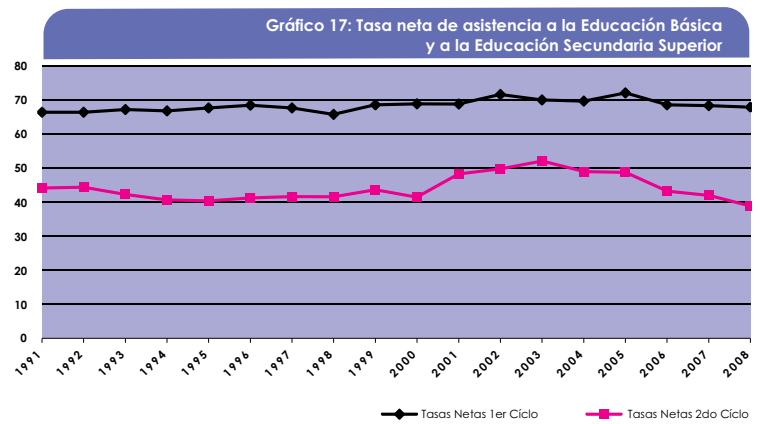
Fuente: Elaborado por la División de Investigación, Evaluación y Estadística de ANEP en base a datos del Consejo de Educación Secundaria.

En cuanto al segundo ciclo de secundaria, se evidencia un crecimiento de la matrícula a fines de los noventa, durante la crisis económica para luego mostrar un descenso durante la recuperación. En cuanto a la asistencia neta a la educación, en esta etapa luego de un repunte en el

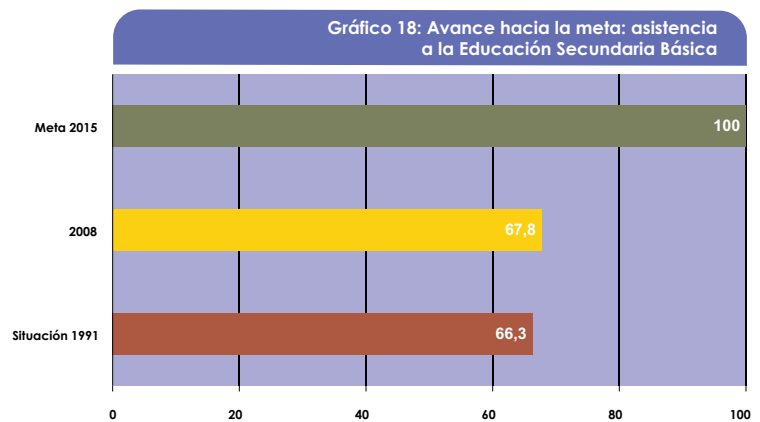
número de asistentes a fines de los años noventa, nuevamente se vuelve a observar un descenso en los últimos años para los cuales hay registros. El último dato observado (2008) está algo por debajo del valor reportado en el año base.



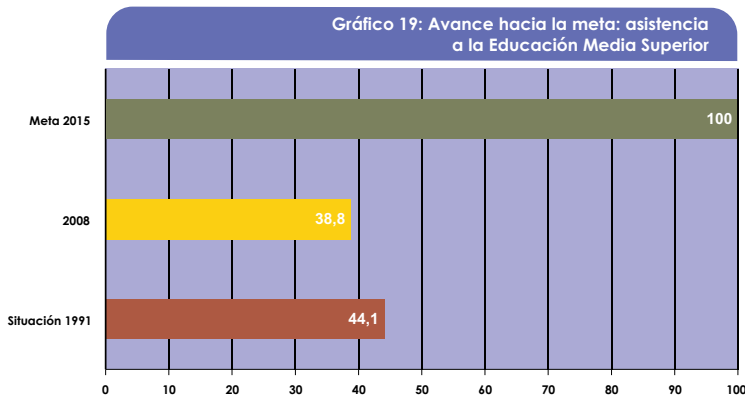
Fuente: Elaborado por la División de Investigación, Evaluación y Estadística de ANEP en base a datos del Consejo de Educación Secundaria.



Fuente: Observatorio de la Educación, ANEP.



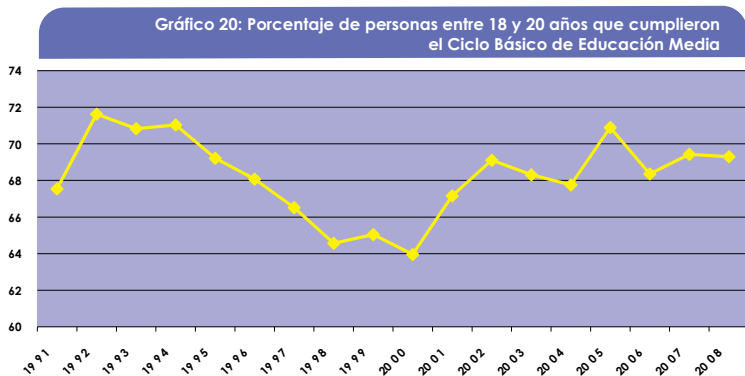
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio de la Educación ANEP



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio de la Educación ANEP

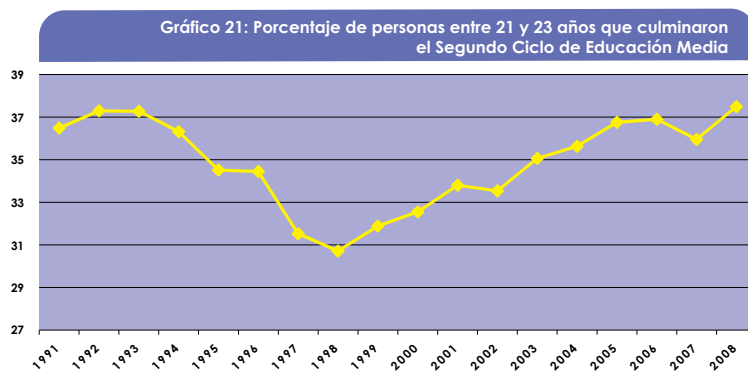
En relación a los resultados alcanzados por el país en educación media, la información es consistente con los observados en la asistencia. En efecto, como puede observarse en los siguientes cuadros el porcentaje

de personas entre 18 y 20 años que culminaron el Primer Ciclo de Educación Media no ha tenido grandes avances durante todo el período analizado, estando en torno del 65% - 70% de la población de dicha edad.



Fuente: Observatorio de la Educación, ANEP.

Similar comentario puede hacerse para el egreso del Segundo Ciclo de Educación Media entre las personas de 21 a 23 años, con la diferencia que este logro sólo lo presenta menos del 40% de la población en ese tramo de edad, situación que tampoco ha tenido cambios sustanciales en el período.



Fuente: Observatorio de la Educación, ANEP.

II. Programas y acciones

En materia de educación inicial el país se propuso la universalización de la educación inicial para los niños de 4 y 5 años, meta que, como fue señalado anteriormente, está a punto de ser alcanzada. A dichos efectos se han hecho las inversiones necesarias en la red de escuelas y jardines públicos existentes en todo el país, así como se ha incrementado el número de cargos docentes necesarios.

En cuanto a la educación inicial para la población de 3 años, el país se ha propuesto la cobertura total de la población en contextos de pobreza y vulnerabilidad a la pobreza y la atención de toda la demanda de las familias pertenecientes a contextos no vulnerables. Es así que los esfuerzos realizados en el marco del Plan de Equidad han llevado a un incremento de la matrícula en este grupo de edad mediante la fuerte expansión del Plan de Atención a la Infancia y la Familia (PLAN CAIF) que a la fecha de este informe

atiende a la mitad de los niños y niñas en contextos de pobreza de esta edad. Si se le agrega la cobertura en estos contextos de jardines de infantes públicos y algunos privados, dos tercios de los niños y niñas de 3 años en contextos de pobreza y el 60% del total de niños y niñas de esta edad están matriculados en educación inicial.

Por su parte el MEC se encuentra en un proceso de fortalecimiento del sistema de orientación, asesoramiento y

control de la calidad de la atención brindada por los centros de educación infantil privados, los cuales fueron censados en el año 2007. Asimismo se destaca la elaboración del Diseño Básico Curricular para niños/as de 0 a 36 meses.

En educación secundaria se ha ampliado la infraestructura de centros educativos y se han refaccionado edificios en uso. Asimismo el nuevo Plan de Estudios que rige desde el año 2006, a la vez que reformuló y actualizó la currícula, aumentó en forma significativa la carga horaria semanal a 39 horas de clase en el Ciclo Básico y la cantidad de turnos por centro educativo se redujo a dos en lugar de tres. En bachillerato la carga horaria semanal del nuevo Plan es de 36 y 34 horas de clase por semana. Por su parte en la educación técnico-profesional de nivel medio también se han realizado mejoras en el ciclo básico y en el bachillerato tecnológico, a la vez que se implementó el programa de formación profesional de base, orientado a la culminación del ciclo básico por parte de adolescentes y jóvenes de 15 años y más, bajo una modalidad pedagógica innovadora basada en talleres. Estas medidas impactarán sobre la calidad de la educación, la retención y reincursión de los estudiantes.

Una mención especial debe hacerse a la implementación del Plan Ceibal destinado a asegurar el acceso a las nuevas tecnologías de información y

transmisión de datos a todos los alumnos de la educación primaria que recibieron un computador personal portátil con la correspondiente conexión a internet. Esta política de alcance universal aporta un poderoso instrumento, a la vez, educativo y de integración, ya que todos los escolares acceden de igual manera a los beneficios del Programa independientemente de la condición socio – educativa de su hogar.

III. Desafíos y prioridades

Expandir articuladamente la cobertura pública en educación inicial destinada a los tres años de edad, sumando los esfuerzos de los distintos dispositivos existentes en las distintas órbitas públicas a fin de cumplir con la meta de atender a todos los niños y niñas de 3 años pertenecientes a hogares en situación de pobreza y la demanda social de las familias con niños y niñas de esta edad.

Expandir el tiempo pedagógico y de la modalidad de maestros comunitarios en educación primaria, mejorando la calidad de los aprendizajes a efectos de contribuir en los rendimientos educativos en los niveles superiores.

Mejorar la calidad de la educación, en particular en el primer y segundo ciclo de educación secundaria. Este desafío es pertinente porque los contenidos y metodologías deben estar adecuándose en forma permanente

a las cambiantes demandas de un mundo en el cual las nuevas tecnologías de información y transmisión de datos se han instalado definitivamente. Asimismo, la mejora de la calidad es un requisito fundamental para retener a los estudiantes en la educación media.

Recuperar la pertinencia de la educación secundaria para los jóvenes y sus familias y la expectativa de movilidad social ascendente vinculada a la

culminación del ciclo secundario.

Eliminar las asimetrías existentes en cuanto a logros obtenidos por los alumnos de educación media ya sea entre el subsector público y privado, como al interior del subsector público.

Continuar avanzando en la oferta de programas y dispositivos destinados a la **educación de adultos.**



Objetivo 3

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER



PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

ODM 3 Meta Nacional 4

Metas Mundiales

- Meta 4 – Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines del 2015

Indicadores

- Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior
- Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años.
- Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola
- Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.

Metas Nacionales

- Meta 4 – Eliminar las desigualdades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados.

Indicadores

- Relación entre la Tasa de Actividad Femenina (TAF) y la Tasa de Actividad Masculina (TAM)
- Relación entre la Tasa de Desempleo Femenina (TDF) y la Tasa de Desempleo Masculina (TDM)
- Relación entre la remuneración media por hora de mujeres y hombres según años de instrucción.
- % de bancas ocupadas por mujeres en el Parlamento.
- Razón entre mujeres y varones en puestos jerárquicos públicos y privados.

I. Situación actual y tendencias

La Meta Nacional que refiere a superar las desigualdades de género pone énfasis en las oportunidades y condiciones de trabajo; toma de decisiones, tanto a nivel público como privado; y representación parlamentaria.

Los indicadores propuestos, describen la situación de varones y mujeres en el mercado de empleo midiendo su incorporación al mismo, las diferencias salariales, la situación frente al desempleo, y los cargos en lugares de toma de decisiones.

La relación entre la Tasa de Actividad Femenina (TAF) y la Tasa de Actividad Masculina (TAM) muestra la disposición a formar parte de la oferta laboral de mujeres y hombres. El ratio entre ambas tasas indica la cercanía, o distancia, a la igualdad entre ambos sexos.

La serie de datos 1990-2009 muestra un comportamiento estable de la tasa de actividad masculina durante todo el período con un rango de 5 puntos entre su mínimo y su máximo (69,0 en 2003 y 74,4 en el primer semestre 2009); mientras que se observa una evolución creciente pero lenta de la tasa de actividad femenina.

Si bien se constata una progresiva disminución de la brecha entre ambas tasas, hay factores claves (responsabilidades familiares, disponibilidad de tiempo para la búsqueda de nuevos em-

pleos y capacitaciones, etc.) que hacen a la permanencia de esa distancia.

“Las entradas y salidas de la mujer en el mercado, vinculadas al ejercicio de tareas de cuidado, la necesidad de optar por formas de inserción que le brinden posibilidad de ejercer la doble jornada de trabajo y la valorización diferencial del trabajo en función de los patrones culturales hoy vigentes generan un cúmulo de factores que afectan la igualdad de oportunidades y limitan la autonomía de la mujer”. (Giacometti, 2007)

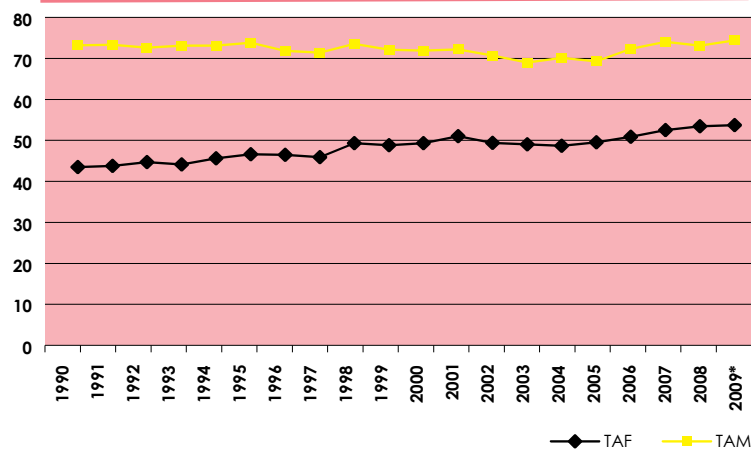
Los recientes estudios sociológicos que han abordado la problemática de la inserción de las mujeres en el mercado laboral, ponen énfasis en la dispar dedicación de varones y mujeres al trabajo no remunerado, repercutiendo esta situación desigual en las oportunidades y posibilidades de acceso y permanencia en el trabajo remunerado. “La redefinición de la noción de trabajo que incorpora al trabajo no remunerado supone una ruptura conceptual necesaria para dar cuenta de esa importante parte de las actividades humanas, que quedan invisibilizadas, pero que son indispensables para el bienestar” (INE, 2008).

El informe del Instituto Nacional de Estadística sobre el módulo de *Uso del Tiempo* de la Encuesta Continua de Hogares 2007, da cuenta de la disparidad existente entre los tiempos dedicados al trabajo no remun-

nerado dentro de la familia, siendo ésta una responsabilidad prácticamente exclusiva de las mujeres. Las mismas dedican, en promedio, un 65% de su tiempo al trabajo no remunerado y el 35% restante al trabajo remunerado, mientras que los varones dedican, promedialmente, 28% al trabajo no remunerado y el 72% al trabajo remunerado (INE, 2008). La incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no las ha eximido de sus roles tradicionales vinculados a la reproducción social, pues los hombres se han volcado escasamente a las actividades no remuneradas realizadas en los hogares.

AÑO	ACTIVIDAD		
	TAF	TAM	TAF/TAM
1990	43,5	73,2	59,4
1991	43,8	73,3	59,8
1992	44,7	72,6	61,6
1993	44,1	73,1	60,3
1994	45,6	73,1	62,4
1995	46,6	73,8	63,1
1996	46,5	71,8	64,8
1997	45,9	71,4	64,3
1998	49,3	73,5	67,2
1999	48,8	72,1	67,6
2000	49,3	71,9	68,5
2001	51,0	72,2	70,7
2002	49,4	70,7	69,9
2003	49,0	69,0	70,9
2004	48,7	70,1	69,5
2005	49,5	69,3	71,4
2006	50,9	72,3	70,4
2007	52,5	74,0	70,9
2008	53,4	73,1	73,1
2009*	53,7	74,4	72,3

Gráfico 22: Relación entre la Tasa de Actividad Femenina (TAF) y la Tasa de Actividad Masculina (TAM) 1990/2009



El segundo indicador propuesto para medir esta Meta es la Relación entre la Tasa de Desempleo Femenina (TDF) y la Tasa de Desempleo Masculina (TDM), siendo la tasa de desempleo un indicador de la incapacidad de absorción de los trabajadores y trabajadoras por parte del mer-

Fuente: INE

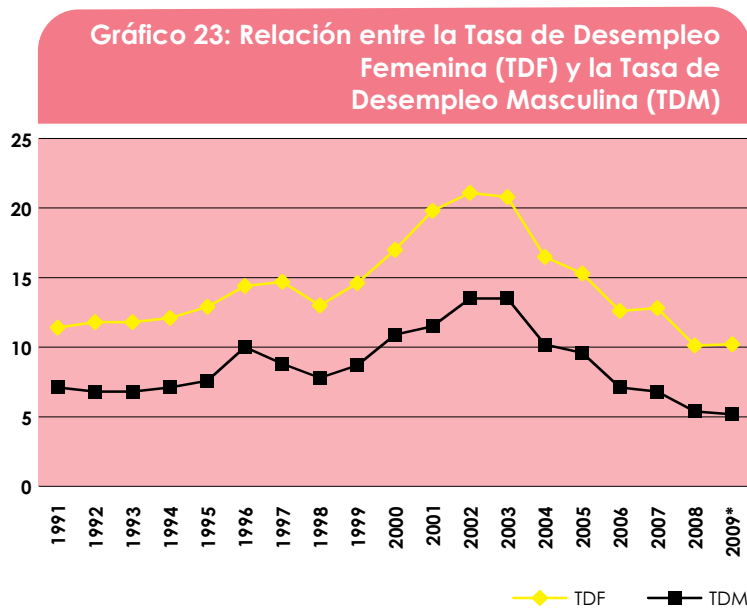
*2009 Datos del primer trimestre

* A partir de Enero de 2006, la Encuesta Continua de Hogares Ampliada pasa de cubrir solamente localidades de 5000 y mas habitantes a tener representatividad nacional. Los datos fueron corregidos hacia atrás de forma que resultaran comparables.

cado laboral en función de las personas que ofrecen su trabajo en el mismo. La relación de ambas tasas indica las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la dificultad de encontrar un empleo. Por lo tanto es una medida de la inequidad de género en el espacio del trabajo remunerado. Un aumento (disminución) en dicha relación indica una mayor inequidad (equidad) a la hora de encontrar empleo bajo el supuesto de igual dotación de capital humano entre hombres y mujeres.

La brecha entre ambas tasas se ha mantenido relativamente estable durante el período analizado, lo cual da cuenta del carácter estructural de esta inequidad. Para el año base, según indica el gráfico 23, la TDF registra un valor de 11,4 puntos mientras que la TDM es para el mismo año de 7,1, disparándose a 21,1 y 13,5 respectivamente en el pico más alto en la crisis económica. A partir de 2005, en un contexto de importante crecimiento económico, la evolución de ambas tasas comienza a revertirse, alcanzando en el primer trimestre 2009 valores sustancialmente menores, 10,2 puntos para la TDF y 5,2 para la TDM. Para el primer trimestre de 2009 la tasa de desempleo global de la economía se sitúa en 7,5 puntos.

No obstante cabe destacar que, aún cuando en el período 2005-2009 se alcanzaron registros históricos de reducción del desempleo, tanto femenino como masculino, subsiste una diferencia importante de la situación de desempleo entre hombres y mujeres.



Fuente: INE

*2009 Datos del primer trimestre
Localidades de 5000 y más habitantes

El indicador utilizado para medir la diferencia de remuneraciones entre hombres y mujeres se define como la *relación entre la remuneración media por hora de mujeres y hombres según años de instrucción*. El cálculo se realiza por hora para aislar el efecto de las diferencias de horas trabajadas entre hombres y mujeres y por años de instrucción para comparar trayectorias o inversiones en capital escolar similares.

Según datos del Sistema de Información de Género del Instituto de las Mujeres (Inmujeres), la remuneración media de las mujeres por hora de trabajo se encuentra, en promedio, 10 puntos porcentuales por debajo de la de los hombres, con excepción de los maestros y profesores y egresados de UTU. Las brechas de ingreso se evidencian asimismo cuando se las vincula con los niveles de instrucción alcanzados. Entre los que alcanzaron 13 y más años de estudio, la brecha alcanza su mayor magnitud.

AÑO	DESEMPLEO		
	TDF	TDM	TDF/TDM
1991	11,4	7,1	160,6
1992	11,8	6,8	173,5
1993	11,8	6,8	173,5
1994	12,1	7,1	170,4
1995	12,9	7,6	169,7
1996	14,4	10,0	144,3
1997	14,7	8,8	166,4
1998	13,0	7,8	167,0
1999	14,6	8,7	167,8
2000	17,0	10,9	156,5
2001	19,8	11,5	171,7
2002	21,1	13,5	156,5
2003	20,8	13,5	153,7
2004	16,5	10,2	161,6
2005	15,3	9,6	159,7
2006	12,6	7,1	177,5
2007	12,8	6,8	188,2
2008	10,1	5,4	188,2
2009*	10,2	5,2	197,3

CUADRO 3: Relación entre la remuneración media por hora de mujeres y hombres según nivel educativo alcanzado

AÑO	Hasta Primaria	Sec. Incomp.	Sec. Completa	UTU	Maestros y profesores	Universid. Incomp.	Universid. Completa	Total
1990	0,68	0,73	0,64	0,71	0,71	0,65	0,75	0,73
1992	0,73	0,72	0,61	0,75	0,99	0,68	0,71	0,76
1994	0,76	0,69	0,68	0,82	0,77	0,64	0,59	0,76
1996	0,83	0,83	0,69	0,75	1,17	0,64	0,59	0,81
1998	0,87	0,77	0,73	0,80	0,91	0,71	0,73	0,83
2000	0,89	0,86	0,77	0,84	0,96	0,69	0,82	0,88
2002	0,97	0,83	0,86	0,98	0,82	0,70	0,57	0,88
2004	0,99	0,89	0,77	0,91	0,76	0,71	0,59	0,89
2006	0,83	0,80	0,73	no corresp.	0,98	0,73	0,66	0,88
2007	0,84	0,79	0,75	no corresp.	1,05	0,69	0,68	0,88

Fuente: Sistema de Información de Género, Inmujeres, Elaborado a partir de INE, ECH.

Nota: a partir de 2006 la ECH cambia la forma de preguntar el nivel educativo y UTU se distribuye, en función de la exigencia que requiere, a secundaria, terciaria o universitaria, lo cual no permite desagregarlo.

CUADRO 4: Brechas de ingreso según años de estudio - población de 25 años y más

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0 a 3	95	100,9	90	105,5	90,4	82,6	80	82,8
4 a 6	80,9	83,4	85,9	83,6	83,4	77,2	79,6	78,6
7 a 9	80,7	80,4	73,4	75,3	75	76,2	76	70
10 a 12	73	79	71,3	82,1	75,7	70,7	76	75,1
13 y más	72,1	73,5	68,2	67,3	70,9	70,3	75,1	66,5
Total	87	90,7	83,8	85,1	86,9	85,9	91,2	85,6

Fuente: Sistema de Información de Género – INMUJERES

Nota: los datos 2001-2005 son para localidades de 5000 y más habitantes. Los datos 2006-2008 son para el total país. El año 2008 no incluye el mes de enero por problemas en el relevamiento de la información.

En materia de participación política el porcentaje de bancas ocupadas por mujeres en el Parlamento ha pasado de un 0,8% en el período 1985 – 1990 a un 11.5% en 2005 – 2010.

Dado que los períodos parlamentarios tienen una duración de 5 años, el margen de tiempo para alcanzar la meta se reduce

sustancialmente pues, para el caso específico de Uruguay el año meta queda comprendido dentro del próximo período de gobierno (2010-2015). En tal sentido las acciones que pueden implementarse hacia su cumplimiento, en general, se restringen al año ó meses preelectorales, tiempo en el cual se elaboran las listas de candidatos.

A este respecto, cabe destacar que se ha dado un paso muy significativo hacia el logro de la meta con la aprobación de la Ley 18.476 en marzo de 2009 que declara “... *de interés general la participación equitativa de ambos sexos en la integración de los órganos electivos Nacionales y Departamentales y de dirección de los partidos políticos...*”, debiendo cada lista incluir en su integración personas de ambos sexos en cada terna de candidatos, titulares y suplentes, en el total de la lista presentada o en los primeros quince lugares de la misma. Esta Ley entrará en vigencia en dos etapas: para la integración de las autoridades nacionales y departamentales de los partidos políticos comienza a regir a partir de las elecciones internas de junio de 2009; y para las elecciones nacionales y departamentales se aplica a partir de 2014.

de sus debilidades en materia de equidad de género.

La aprobación de la misma es además una clara señal de los efectos positivos que han tenido las numerosas acciones que, tanto desde el gobierno como desde la sociedad civil organizada, se han promovido para modificar el equilibrio actual de poder entre mujeres y hombres.

El último indicador propuesto para medir las desigualdades de género es la *razón entre mujeres y varones en puestos jerárquicos públicos y privados*. El mismo da cuenta de la equidad o inequidad existente en las empresas, públicas o privadas, en cuanto al reconocimiento de sus trabajadoras con respecto a sus trabajadores a la hora de ocupar puestos de jerarquía en la toma de decisiones. Este es uno de los indicadores que da mayor visibilidad a la distribución desigual

CUADRO 5: Porcentaje de mujeres electas para ocupar cargos en el Parlamento

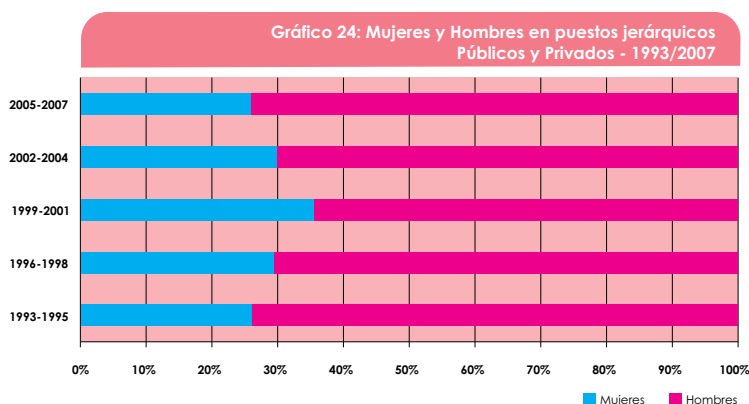
Período	Diputadas	Senadoras	Legisladoras	%
1985-1990	1	0	1	0,80%
1990-1995	7	0	7	5,40%
1995-2000	8	2	10	7,70%
2000-2005	13	3	16	12,30%
2005-2010	12	3	15	11,50%

La aplicación de esta Ley, comúnmente conocida como Ley de Cuotas, permitirá comenzar a revertir la baja participación política de las mujeres que históricamente ha tenido el país y que ha sido señalada como una

Fuente: Poder Legislativo

Nota: se calcula en base a los cargos electos por acumulación de votos, se excluyen del conteo los puestos asumidos por suplencias.

del poder en el ámbito laboral y que, constituye además, una de las dimensiones que limitan la autonomía de la mujer.



Fuente: Anuario Estadístico 2008
INE – ECH

II. Programas y acciones

En relación a la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en general, Uruguay ha dado pasos significativos en la actual administración de gobierno para avanzar hacia la concreción de acciones que superen lo meramente declarativo.

En tal sentido y con el objetivo de jerarquizar el cumplimiento de los derechos de la mujer, se reformula el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, ex Instituto de la Mujer y la Familia), insertándolo en el Ministerio de Desarrollo Social, asignándole potestades de organismo rector de las políticas públicas de igualdad de género.

En mayo de 2007 el Poder Ejecutivo aprueba el primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos que tiene como objetivo “...contribuir a la igualdad de oportunidades y

derechos, y la no discriminación de las mujeres, con una herramienta integral e integradora que posibilite la articulación de las instituciones y de las políticas públicas en la sociedad uruguaya”. Abarca el período 2007 – 2011 y fue construido mediante un proceso participativo a través de Asambleas departamentales en todo el territorio nacional.

Se crea también en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) el *Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género* presidido por Inmujeres, el cual está integrado por representantes del Poder Ejecutivo, del Poder Judicial, del Congreso de Intendentes, de la Universidad de la República y de la Sociedad Civil organizada.

Existen además una serie de compromisos establecidos en diversas Convenciones Internacionales, ratificados por el Estado uruguayo, que propenden a asegurar la igualdad y la no discriminación de las mujeres. Entre ellos se destacan: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - CEDAW (1981) y su protocolo Facultativo (2001); la Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres – Belém do Pará, Brasil (1996) y el Consenso de Quito (2007)

Asimismo, en marzo de 2009 se crea el *Sistema de Información de Género (SIG)* con el objetivo de sistematizar, ordenar y analizar

información para la construcción de indicadores de género que serán un insumo fundamental para instituciones, actores políticos y organizaciones sociales, hacia la toma de decisiones en materia de políticas públicas y acciones relativas a la equidad de género. También será de utilidad para elaborar estadísticas de género que evidencien los ámbitos en los que se producen y reproducen las inequidades entre varones y mujeres.

III. Desafíos y prioridades hacia el alcance de la meta

En Uruguay, la meta nacional definida abarca las principales dimensiones que atraviesan la problemática de la desigualdad de género, como lo son la participación en el mercado laboral y en los niveles decisorios, tanto públicos como privados.

No obstante, es preciso **continuar avanzando en la identificación de las causas que generan y explican esas desigualdades**, lo cual posibilitará el desarrollo de acciones concretas y el diseño de estrategias específicas de intervención. De igual forma, es necesario profundizar los estudios sobre el Uso del Tiempo y la distribución del Trabajo No Remunerado entre mujeres y varones, lo cual se considera fundamental para abrir caminos hacia la construcción de políticas de cuidados.

Los desafíos para asegurar el cumplimiento de este Objetivo refieren a:

Fortalecer el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Trato en el Empleo, actualmente integrado al Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos dotándolo de recursos humanos, financieros

y de mecanismos que permitan evaluar su cumplimiento.

Jerarquizar la rectoría en las políticas de equidad de género para el cumplimiento de su transversalización en el Estado; dotando a los mecanismos de género ministeriales y departamentales, de recursos necesarios, tal como lo recomienda la plataforma de acción de Beijing.

Desarrollar políticas activas de empleo para las mujeres atendiendo a la brecha persistente entre la tasa de desempleo femenina y masculina, así como fomentar políticas para la corresponsabilidad en el ámbito doméstico.

Lograr la paridad en los espacios de toma de decisión tanto públicos como privados.





A vertical strip on the left side of the page shows the profile of a young child with dark hair, looking downwards. The child is wearing a light-colored, patterned shirt. The background of the entire page is a solid, warm yellow color.

Objetivo 4

REDUCIR LA
MORTALIDAD DE
LOS NIÑOS
MENORES DE 5
AÑOS

REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

ODM 4 Meta Nacional 5

Metas Mundiales

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

Indicadores

- Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
- Tasa de mortalidad infantil
- Niños de un año vacunados contra el sarampión

Metas Nacionales

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

Indicadores

- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad neonatal
- Tasa de mortalidad posneonatal
- Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
- % de niños con bajo peso al nacer

I. Situación actual y tendencias

El análisis de los Objetivos del Milenio que refieren a salud es necesario hacerlo en el marco de los principios que orientan el derecho a la salud. En tal sentido es que se considera un factor decisivo, tanto para el bienestar humano como para el logro de un desarrollo de una sociedad con equidad, la salud de las personas.

Específicamente, el objetivo de reducir el número de muertes en la niñez está estrechamente ligado al aumento de la esperanza de vida al nacer.

Para medir la evolución de la mortalidad infantil se utilizan dos indicadores directos, *mortalidad infantil* y *mortalidad de niños menores de 5 años*; y uno indirecto, *porcentaje de niños con bajo peso al nacer*.

El indicador definido como *mortalidad infantil* refiere a los niños menores de un año y su estudio se realiza en base a los eventos producidos en dos etapas bien diferenciadas. Un primer período que abarca los primeros 28 días de vida, denominado *neonatal*; y un segundo período que abarca desde el primero hasta los 12 meses de vida del niño, denominado *posneonatal*. Esta clasificación es muy importante pues la evolución de la tasa neonatal y pos neonatal explica el comportamiento de la tasa global.

A su vez el comportamiento de la tasa de mortalidad de niños

menores de 5 años se explica mayormente por la mortalidad de los menores de un año, por ello los cuidados pre y pos natales son factores que están estrechamente vinculados a la mejora permanente de los resultados. Las principales causas de muerte en el periodo postneonatal son las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas (DEA).

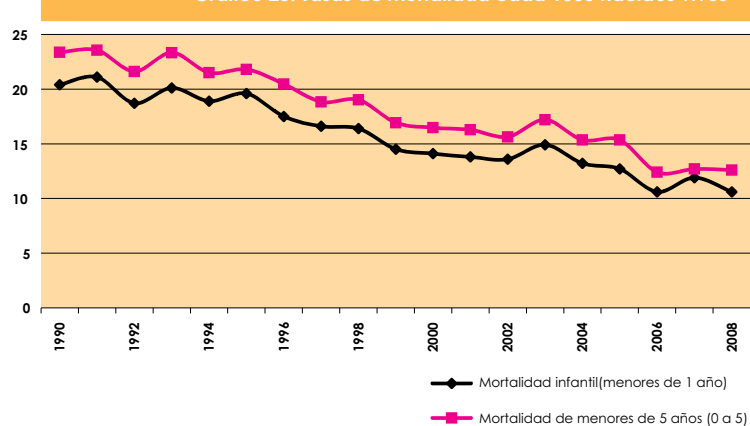
Los avances alcanzados en las últimas décadas sobre el control de estas afecciones han permitido la caída de ambas tasas, cuya evolución da cuenta de una sostenida disminución en el período comprendido entre 1990 y 2008.

Si se analiza la evolución de la tasa de mortalidad infantil según sus componentes (neonatal y postneonatal), se observa que ambas tasas han disminuido, aunque la mortalidad neonatal ha descendido más lentamente que la postneonatal.

Durante el último decenio la disminución de la mortalidad infantil en el Uruguay se ha realizado en mayor medida a expensas de la mortalidad posneonatal, lo que determina un mayor peso relativo de la mortalidad neonatal, considerado el componente «duro» de la tasa ya que los factores que intervienen en él son más difíciles de controlar pues exigen tecnologías más avanzadas y costosas. Si bien la tasa de mortalidad posneonatal es relativamente baja sigue siendo aún alta para el nivel que podría tener el país, dado que es allí donde se halla

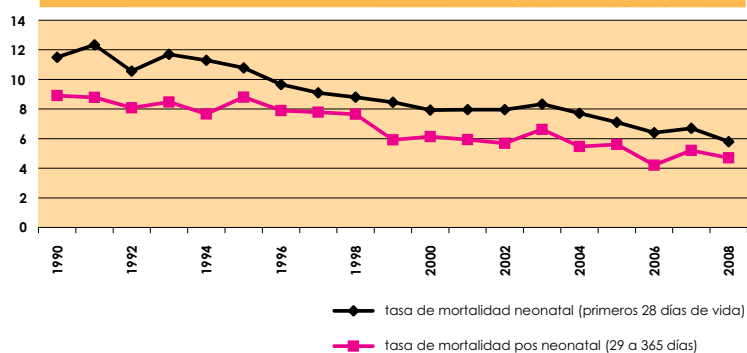
el mayor número de muertes evitables (componente «blando»). Por otra parte cabe destacar que en relación a las muertes de niños entre 1 y 5 años, la principal causa son los accidentes (causas externas).

Gráfico 25: Tasas de Mortalidad cada 1000 nacidos vivos



Año	Mortalidad infantil (menores de 1 año)	Mortalidad de menores de 5 años (0 a 5)
1990	20,4	23,4
1991	21,1	23,6
1992	18,7	21,6
1993	20,1	23,3
1994	18,9	21,5
1995	19,6	21,8
1996	17,5	20,5
1997	16,6	18,8
1998	16,4	19,0
1999	14,5	16,9
2000	14,1	16,5
2001	13,8	16,3
2002	13,6	15,6
2003	14,9	17,2
2004	13,2	15,4
2005	12,7	15,4
2006	10,6	12,4
2007	11,9	12,7
2008	10,6	12,6

Gráfico 26: Tasas de mortalidad neonatal y posneonatal cada mil nacidos vivos



Año	tasa de mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida)	tasa de mortalidad pos neonatal (29 a 365 días)
1990	11,5	8,9
1991	12,3	8,8
1992	10,6	8,1
1993	11,7	8,5
1994	11,3	7,7
1995	10,8	8,8
1996	9,7	7,9
1997	9,1	7,8
1998	8,8	7,7
1999	8,5	5,9
2000	7,9	6,1
2001	8,0	5,9
2002	8,0	5,7
2003	8,3	6,6
2004	7,7	5,5
2005	7,1	5,6
2006	6,4	4,2
2007	6,7	5,2
2008	5,8	4,7

Fuente: Depto. de Información Poblacional - Estadísticas Vitales - DIGESA-MSP

En relación al indicador que mide el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la importancia de su seguimiento radica en la influencia que tiene el peso del niño al nacer sobre sus posibilidades de sobrevivencia durante su primer año de vida. En la serie en estudio las cifras se han mantenido estables en un

rango no mayor a 2 puntos porcentuales. La cifra más baja se registra en el año 1998 donde un 6,9% de los nacimientos fueron de bajo peso, mientras que el valor más alto corresponde al año 2003 con un 9,1%. Entre los años 2004 y 2007 la cifra se mantiene estable en un promedio de 8,5%. Cabe señalar que a partir de 2006 se propone un cambio en la metodología de cálculo de este indicador. Si bien el mismo se define como el cociente entre el número de niños nacidos vivos con un peso menor a los 2,5 kg y el número total de nacimientos en el mismo año, se debe desagregar considerando la semana de gestación en que se produjo el nacimiento.

Esta descomposición del indicador permite distinguir entre el porcentaje de niños nacidos prematuros (gestación menor a 37 semanas), y el porcentaje de niños nacidos a término (gestación mayor a 37 semanas) con un peso inferior a 2,5 kg (bajo peso). Si bien ambos sucesos están estrechamente vinculados con el estado de salud de la madre, las causas que los producen pueden ser sustancialmente diferentes.

Del análisis de esta distinción entre ambos indicadores surge que el porcentaje global se explica mayormente por el número de nacimientos prematuros, y por ello la necesidad de hacer foco en el estudio de estos episodios.

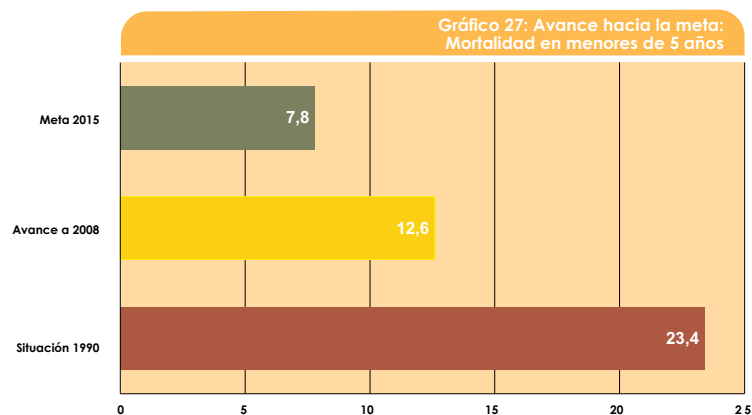
El bajo peso al nacer está asociado en forma significativa con: a) la presencia de anemia en la madre cuando se detectó el embarazo, b) un aumento de peso materno menor a 8 kilogramos en el embarazo, c) el hábito de fumar durante el mismo, d) antecedentes de bajo peso al nacer en partos anteriores, e) la presencia de hipertensión arterial desde antes de la gestación y f) la consulta prenatal extemporánea.

Las consecuencias inmediatas son una mayor morbilidad y mortalidad neonatal e infantil, por lo tanto las medidas de prevención serán las más eficaces.

Por otro lado la desnutrición intrauterina o temprana compromete múltiples órganos, tejidos y funciones, asociándose muy fuertemente con el desarrollo en la vida adulta del denominado «síndrome X» (obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, resistencia a la insulina y diabetes) y afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres.

En síntesis, la reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de un año a la mitad (10,6) para el período 1990-2008 ha sido particularmente importante, lo cual indica que las políticas y programas de salud dirigidos a la atención de la primera infancia han dado buenos resultados, incidiendo de manera positiva en la baja de la mortalidad de menores de cinco años. De mantener continuidad

y constante mejora de las políticas económicas, sociales y sanitarias, con énfasis en acciones dirigidas a los grupos con mayor riesgo de exclusión, es posible pronosticar un escenario positivo en relación al alcance de la meta en 2015, que deberá registrar una tasa global de 7,8 por cada mil nacidos vivos.



II. Programas y acciones de apoyo

Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP

La principal iniciativa de este período de gobierno ha sido la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Sus líneas estratégicas centrales en relación al modelo de atención establecen¹:

- Fortalecer la cobertura de salud en las áreas priorizadas en función del riesgo social y sanitario: infancia y adolescencia.
- Obtener un diagnóstico precoz de enfermedades y asegurar una adecuada información epidemiológica y colectivización de la información relevada.

- Modificar el modelo asistencialista hacia un modelo apoyado en el concepto de integralidad, prevención y promoción de salud con enfoque de riesgo social, de género y reducción de daños. Para ello se propone la priorización de las acciones en el Primer Nivel de Atención coordinadas en forma de red por parte de todos los efectores de salud

¹ Programa Nacional de Salud de la Niñez, pág.7.

En función de estos objetivos se crean los siguientes programas: *Programa Nacional de Salud de la Niñez*, *Programa Nacional de Salud Adolescente*, y *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*.

Merece especial destaque el *Programa de Salud de la Niñez*, cuyo principal objetivo es brindar acciones de control en salud a niños/as desde el nacimiento hasta los 14 años por parte de actores interdisciplinarios con promoción y apoyo a la madre y a la familia.

Asimismo debe hacerse especial mención al *Programa Aduana*. Si bien el mismo surge en el año 1971 como respuesta a los altos índices de mortalidad infantil que se registraban en la época, a partir de 2007, en el marco del Plan de Equidad, es reformulado tanto en su cobertura como en su diseño. Actualmente se está implementando en todo el territorio nacional, y la captación y seguimiento del niño se extiende hasta su segundo año de vida.

Este instrumento básicamente propone la mejora en el primer nivel de atención de los recién nacidos egresados de la maternidad, captándolos antes de su

egreso y derivándolos a los centros de atención próximos a su domicilio. Este procedimiento implica la salida custodiada desde el centro asistencial donde nace el bebe, paso de aduana hacia el primer nivel de atención, a quien se le informará qué niños llegarán para su control.

Desde el año 2008, se instrumenta un convenio entre MSP-ASSE-INAU-CAIF-MIDES, para fortalecer las prestaciones dirigidas a embarazadas y niños menores de 3 años pertenecientes a sectores socioeconómicos más vulnerables.

En otra área programática desarrollada por el MSP, se destaca la política de control del tabaquismo, que tiene un alto impacto sobre la salud de los uruguayos, pero muy especialmente sobre el correcto desarrollo del embarazo, por su relación con la prematuridad y el bajo peso de los recién nacidos.

Por su parte el Banco de Previsión Social, a través del Servicio Materno Infantil presta atención integral a la embarazada y al niño beneficiario de Asignaciones Familiares de BPS. Sus áreas de trabajo son educación, salud, discapacidad y alimentación.

III. Desafíos y prioridades

Teniendo en cuenta el buen desempeño registrado en los últimos años principalmente en las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal, el desafío que el sector salud enfrenta en esta materia es **hacer foco en las causas de muerte infantil más difíciles de evitar**, cuyo tratamiento requiere de personal y recursos técnicos altamente especializados y cuyo costo es elevado.

En este sentido cabe destacar la importancia que reviste el fortalecimiento del primer nivel de atención en los sistemas de salud, en tanto se hace especial énfasis en **captación precoz y control de embarazos** (sobre todo en sectores vulnerables), lo cual incide directamente en las tasas de prematuridad y bajo peso al nacer, principales componentes de la mortalidad infantil. Este cambio en el modelo de atención favorece también la detección oportuna de enfermedades a través del diagnóstico precoz, principalmente las infecciones respiratorias, todo lo cual permitirá revertir la incidencia de algunas de estas causas así como la reducción de otras, también prevenibles, como los accidentes.







Objetivo 5

MEJORAR LA SALUD MATERNA

MEJORAR LA SALUD MATERNA

ODM 5 Meta Nacional 6A

Metas Mundiales	Metas Nacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Meta 6A: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 6A – Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna • Partos con asistencia de personal sanitario especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna por 10000 nacimientos vivos • % de embarazos captados en el primer trimestre • % de partos asistidos por personal de salud especializado

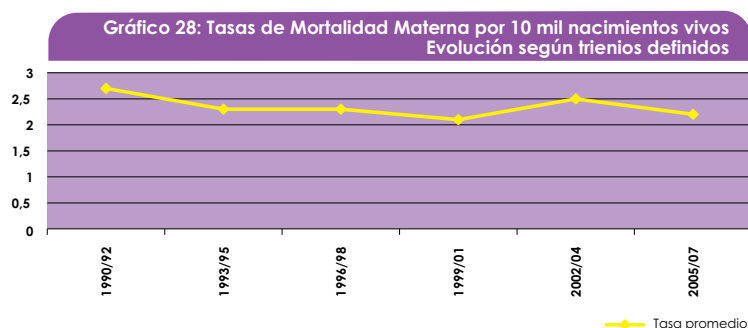
I. Situación actual y tendencias

La tasa de mortalidad materna es definida como el número de defunciones relacionadas con causas vinculadas al embarazo, parto, puerperio y aborto. En este sentido se destaca la importancia primordial que tiene sobre la salud materna la atención peri natal. El mismo es un factor determinante no sólo en lo que refiere a la salud de la mujer sino también por sus efectos sobre la reducción de la mortalidad infantil.

Dado que la captación temprana del embarazo repercute directamente en la disminución de los riesgos asociados a las complicaciones relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio, los Programas que desarrolla el MSP en este sentido hacen énfasis en la aplicación de políticas de salud preventivas tanto en relación a

la madre como al feto en gestación.

Con respecto a la meta establecida, en Uruguay se destacan los siguientes avances: casi la totalidad de los partos son asistidos institucionalmente y el 90% de los embarazos son captados en el primer y segundo trimestre. Teniendo en cuenta los valores que registran estos indicadores y las acciones y programas que desarrolla el MSP relativos a la atención de la mujer embarazada, es posible estimar el alcance de la meta en 2015.



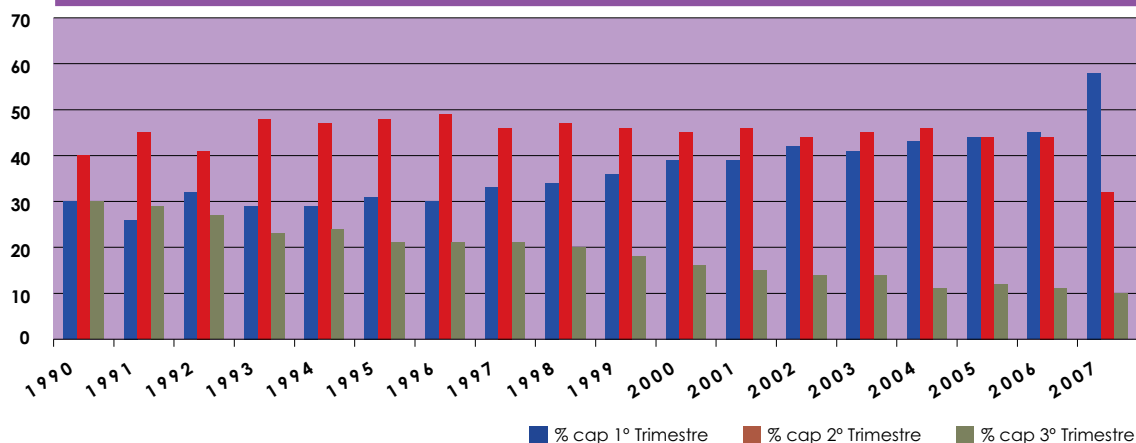
Período	Defunciones maternas	Tasa promedio
1990/92	44	2,7
1993/95	39	2,3
1996/98	39	2,3
1999/01	34	2,1
2002/04	38	2,5
2005/07	31	2,2

Considerando la importancia que reviste el adecuado control del embarazo en todas sus etapas, es hacia este objetivo que se deben orientar todos los esfuerzos. La evolución de las cifras que registra el período analizado es positiva, pues el aumento de los controles en el primer trimestre ha sido sostenido, destacándose los niveles obtenidos en 2007 como resultado de las políticas de prevención y cuidado de las mujeres embarazadas aplicadas por el MSP. No obstante, aún queda un camino por recorrer en materia de intervención (sobre todo educativa), pues la cifra de embarazos captados en el tercer trimestre, considerados de riesgo, es aún alta (10% en 2007).

Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP

Nota: A fin de que la comparación se efectúe sobre cifras estables se agrupó la serie en trienios, lo cual permite visualizar con mayor precisión la evolución de la tasa, cuya tendencia a la baja en los últimos 3 años es muy clara. Por tanto, a los efectos estadísticos, no es conveniente graficar año por año pues las cifras, al ser tan bajas, tienen oscilaciones muy fuertes.

Gráfico 29: Captación de embarazos según trimestre de gestación



Captación de embarazos según trimestre de gestación				
	% cap 1º Trimestre	% cap 2º Trimestre	% cap 3º Trimestre	Total
1990	30	40	30	100
1991	26	45	29	100
1992	32	41	27	100
1993	29	48	23	100
1994	29	47	24	100
1995	31	48	21	100
1996	30	49	21	100
1997	33	46	21	100
1998	34	47	20	101
1999	36	46	18	100
2000	39	45	16	100
2001	39	46	15	100
2002	42	44	14	100
2003	41	45	14	100
2004	43	46	11	100
2005	44	44	12	100
2006	45	44	11	100
2007	58	32	10	100

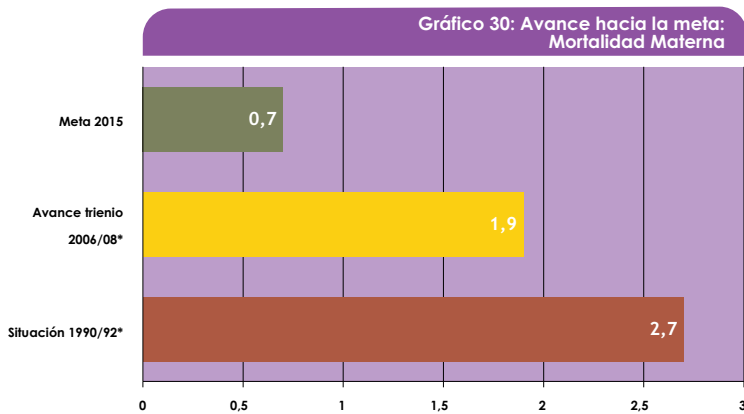
Fuente: Sistema Informático Perinatal, DIGESA, MSP

CUADRO 6: Tasa de Mortalidad Materna cada 10000 nacidos vivos- Período 1990-2008			
Año	Nacimientos	Defunciones maternas	Tasa
1990	56514	9	1,6
1991	54754	21	3,8
1992	54190	14	2,6
1993	56076	14	2,5
1994	55990	12	2,1
1995	56664	13	2,3
1996	58862	11	1,9
1997	58032	17	2,9
1998	54760	11	2,0
1999	54055	6	1,1
2000	52770	9	1,7
2001	51959	19	3,6
2002	51953	18	3,4
2003	50631	11	2,2
2004	50052	9	1,8
2005	47144	11	2,3
2006	47422	6	1,3
2007	47372	14	2,9
2008*	47474	7	1,5

Fuente: Dpto. de Información Poblacional, Estadísticas Vitales- DIGESA, MSP
2008 datos provisorios.

CUADRO 7: Partos con asistencia de personal sanitario especializado				
Año	Médico	Partera	Otros	Total
1990	71,40	28,00	0,60	100,00
1991	64,30	35,00	0,70	100,00
1992	67,00	32,00	1,00	100,00
1993	65,00	33,30	1,70	100,00
1994	67,00	31,20	1,80	100,00
1995	63,00	35,00	2,00	100,00
1996	64,00	34,00	2,00	100,00
1997	66,00	32,40	1,60	100,00
1998	65,00	34,00	1,00	100,00
1999	67,00	32,80	0,20	100,00
2000	70,00	29,70	0,30	100,00
2001	67,60	32,00	0,40	100,00
2002	66,00	33,70	0,30	100,00
2003	67,00	32,70	0,30	100,00
2004	70,50	29,00	0,50	100,00
2005	68,90	31,00	0,10	100,00
2006	76,50	23,40	0,10	100,00
2007	66,80	31,80	1,40	100,00
2008	74,00	25,60	0,40	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal, DIGESA, MSP



*tasas promedio

Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP.

II. Programas y acciones de apoyo

La tasa de mortalidad materna que registra Uruguay es la más baja de la región, no obstante, es un tema que se analiza con preocupación por parte de las instituciones de salud, pues se trata, en la mayoría de los casos, de muertes evitables. Durante gran parte del período analizado, la mitad de las mismas se originaba en casos de aborto provocado en condiciones de riesgo, o por deficiencias en el proceso de atención (MSP, 2005).

Esta situación comienza a revertirse a partir de la puesta en práctica en el año 2002, del Programa “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” llevado a cabo por la Dirección de Iniciativas Sanitarias del Hospital Pereira Rossell. La acción del equipo está orientada a actuar médicamente en el pre y post-aborto, ofreciendo a la gestante tiempos e instancias de reflexión para valorar y rever la decisión de interrumpir el embarazo, y, en caso contrario, brindar ase-

soramiento a fin de minimizar los efectos perjudiciales y evitar daños a su salud.

En consecuencia se ha registrado una importante caída en el número de muertes por esta causa..

Por otra lado, y también como parte del proceso que implicó la implementación del nuevo Sistema Integrado de Salud, se crea el *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*, cuyo principal objetivo es fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres. Varias de las medidas propuestas refieren a la importancia del desarrollo de una maternidad segura y responsable que propenda a evitar las muertes prevenibles a partir de la prevención, promoción y educación de mujeres, niñas y adolescentes. Específicamente el MSP fijó, como una de las metas de asistencia sanitaria de los prestadores de servicios, el cuidado de las usuarias en estado de gravidez, cuyos principales objetivos son:

- El 100% de las embarazadas de la zona de influencia captadas en el primer trimestre del embarazo,
- De los embarazos captados, el 100% con más de 6 controles al término del mismo,
- 100% de las gestantes con el carné y la historia SIP debidamente llenados y completos,
- El 100 % de las gestantes controladas, con VDRL y HIV (con consentimiento informado) efectuados y conocidos en el primer y en el tercer trimestre del embarazo.

En lo que refiere al ámbito de la salud sexual y reproductiva se destaca la formación de una Comisión Asesora de seguimiento y auditoría de muertes de mujeres por embarazo, parto, cesárea y aborto, que tiene a su cargo el análisis de los casos que presentan estas causas. Establecida a partir del año 2006 cuenta con la participación de actores públicos y privados, especialistas en la materia.

En el plano de captación precoz, control del embarazo y atención adecuada del parto, se destaca además, la aprobación de la Ley de acompañamiento del trabajo de parto, mediante la cual se pretende promover las responsabilidades familiares compartidas entre varones y mujeres (Decreto 67/006). Con referencia a la prevención y control de las enfermedades con mayor prevalencia en las mujeres son importantes los marcos normativos que incentivan y facilitan la realización del examen papanicolau y /o mamografía a mujeres trabajadoras.

III. Desafíos y prioridades

Si bien en el período considerado el número de embarazos captados en el primer trimestre prácticamente se ha duplicado, es preciso continuar este esfuerzo hasta que todos ellos sean **captados en el primer trimestre**.

El segundo desafío es **reducir los embarazos de riesgo**. Los programas de prevención, promoción y educación orientados a mujeres en edad reproductiva implementados tanto a nivel local como nacional, son la principal herramienta para el logro de esta meta.

ODM 5 Meta Nacional 6B

Meta Mundial	Meta Nacional
<ul style="list-style-type: none"> Meta 6B - Alcanzar para 2015, acceso universal a salud reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Meta 6B - Cobertura y acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de equidad para hombres y mujeres.
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Tasa de embarazo adolescente Cobertura de atención prenatal (por lo menos una consulta y por lo menos cuatro consultas) Necesidades insatisfechas de planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de fecundidad adolescente cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad Proporción de nacimientos de madres adolescentes (entre 15 y 19 años de edad) en el total de nacimientos Cobertura de atención a la mujer embarazada, cantidad de controles y fecha de primer control Gasto público en compra de métodos anticonceptivos Informes nacionales de las Comisiones de Seguimiento y Auditorías de las Muertes Maternas y su entrega a los servicios de obstetricia

I. Situación actual y tendencias

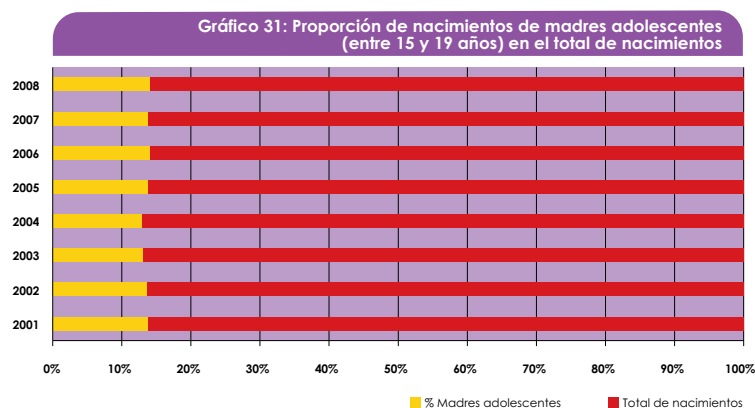
Como consecuencia de haber experimentado procesos de transición demográfica tempranos, el Uruguay presenta una fecundidad considerada baja en el contexto internacional, con una tasa global para el año 2007 de 2,02 hijos por mujer (INE, 2008). Sin embargo la tendencia muestra una evolución diferencial de la fecundidad según estratos socioeconómicos. Los

cambios en el comportamiento reproductivo analizados según la posición social de los hogares a los que pertenecen las mujeres, dan cuenta de que los niveles de fecundidad más altos se concentran en los hogares más pobres (Varela 2007). A su vez las variaciones en el período 1975-2006 muestran, para todos los tramos etarios, un descenso de la fecundidad, excepto

para el grupo de 15 a 19 años donde los niveles se han mantenido relativamente estables. Esta situación es analizada con preocupación por las consecuencias que la maternidad en la adolescencia tiene sobre las posibilidades de emancipación de las mujeres, además de su impacto en el circuito de reproducción de la pobreza.

CUADRO: 8	Tasas de fecundidad por edad (por mil) y tasa global de fecundidad – Período 1975-2006			
	Año 1975	Año 1985	Año 1996	Año 2006
Tasa Global de Fecundidad	2,89	2,48	2,45	2,04
Edad				
10 a 14	1,2	1,2	1,8	1,7
15 a 19	65,7	58,5	70,6	62,6
20 a 24	159,4	131,2	122,3	90,7
25 a 29	157,8	135,7	129,4	99,1
30 a 34	109,8	96,1	97,4	91,7
35 a 39	62,3	54	52,2	48,4
40 a 44	19,8	16,9	15,6	12,7
45 a 49	2,9	1,5	1	0,7

Fuente: Varela, Carmen. Demografía de una Sociedad en Transición, Programa de Población, FCS, UDELAR, UNFPA.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Unidad de Información en Salud del MSP. 2008, datos provisionales.

Con respecto al indicador que mide la cobertura de atención a la mujer embarazada, definido como el número de embarazos controlados según cantidad de consultas durante la gestación, el avance es muy satisfactorio pues el registro para el año 2007 indica que el 79% de los nacimientos cursaron más de 6 consultas prenatales, cifra que en el año 2000 era de 11 puntos porcentuales menos. Estos resultados son comparables a los obtenidos en la medición del segundo indicador de la meta 6A: *captación de embarazos según trimestre de gestación*. La justificación de ambos radica en la importancia del control temprano por su incidencia directa en la salud materna y en el desarrollo saludable del feto.

En relación al monto total del gasto público destinado a la adquisición de métodos anticonceptivos, la compra global prevista para el año 2010 para ASSE, FFAA, Sanidad Policial y BPS, es de US\$ 1.200.000.

En cuanto a los informes nacionales de las Comisiones de Seguimiento y Auditoría de Muerte Materna y su entrega en los servicios de obstetricia, se debe tener en cuenta que esta información comenzó a generarse a partir de 2008, año en el cual entra en vigencia el Sistema Nacional Integrado de Salud.

II. Programas y acciones de apoyo

Numerosos estudios que abordan la problemática del embarazo adolescente señalan la importancia que reviste el papel de las políticas de educación y prevención en salud sexual y reproductiva sobre la fecundidad. El reconocimiento de la severidad que presenta a nivel nacional esta temática ha dado lugar al desarrollo, por parte de las autoridades sanitarias, de una política activa de protección y defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Específicamente, el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Programa Nacional *Salud de la Mujer y Género* del MSP desarrolla líneas de intervención, como el Programa de Anticoncepción, que trabaja sobre los siguientes temas: planificación familiar; maternidad y paternidad responsables; acceso a una canasta amplia de métodos anticonceptivos seguros y de calidad¹; acceso universal a programas de fertilización asistida; campañas de difusión sobre salud sexual; intensificación de la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados.

En esta misma línea, en el área de salud del programa INFAMILIA del Ministerio de Desarrollo Social, se han implementado diversas líneas de acción tendientes a disminuir el embarazo adolescente, promoviendo la información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva; la formación de promotores juveniles en prevención del embarazo precoz; fortalecimiento de una atención especializada y diferenciada para el trabajo con adolescentes; entre otras. También se han coordinado acciones entre el Programa de Adolescentes del MSP e INFAMILIA creando los denominados *espacios de salud adolescente*, dirigidos a la atención integral y diferenciada de adolescentes entre 10 y 19 años. En dichos espacios intervienen profesionales de la salud especializados en la temática, participando también en el seguimiento y apoyo a madres y padres adolescentes.

Por otra parte, en la órbita de la Intendencia Municipal de Montevideo, el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), creado en 1996, es desarrollado en 18 policlínicas municipales con tres subprogramas: Maternidad Informada y Voluntaria; Control del Em-

barazo y Puerperio; y Detección Oportuna del Cáncer Génito Mamario. Brinda además servicios de anticoncepción.

III. Desafíos y prioridades hacia el alcance de la meta

En Uruguay, durante la actual gestión de Gobierno, el área de salud sexual y reproductiva se ha destacado por los importantes avances que ha tenido, tanto conceptuales como prácticos. No obstante las prioridades en esta materia se focalizan en:

Mantener y profundizar las políticas que promueven la autonomía de las mujeres, en particular aquellas de bajos recursos y de bajo nivel educativo, en relación a su sexualidad y reproducción.

Garantizar equidad en la compatibilización del número deseado de hijos y los recursos y posibilidades con que las familias cuentan (i.e: métodos anticonceptivos, fertilización asistida, servicios de cuidados, normativas laborales, etc.)

Alcanzar un amplio acuerdo en torno al abordaje de los embarazos no deseados.

1 Por disposición del MSP (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género) a partir de setiembre 2009 se extiende al sector privado la distribución gratuita del Dispositivo Intra Uterino (DIU) condicionado a que sea colocado sin costo alguno; garantizando el acceso equitativo de todas las usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud.



Objetivo 6

COMBATIR EL
VIH/SIDA, EL
PALUDISMO Y
OTRAS
ENFERMEDADES



COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

ODM 6 Meta Nacional 7A

Meta Mundial	Meta Nacional
<ul style="list-style-type: none"> Meta 7A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> Meta 7A: Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA Tasa de uso de anticonceptivos Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años 	<ul style="list-style-type: none"> Casos anuales de SIDA Casos anuales de VIH positivos Infectados de SIDA fallecidos

I. Situación actual y tendencias

Uruguay se sitúa en la región en un lugar destacado en referencia a las acciones que los gobiernos deben impulsar hacia la mejora de los resultados relativos al detenimiento y control de esta epidemia, pues tanto las tasas de aumento de la enfermedad como las de pre-

valencia registran menores valores que las del resto de los países de la región.

Resultados de investigaciones efectuadas, presentadas en el día Mundial de Lucha contra el Sida, determinan que la pandemia en Uruguay es compleja, producto de la circulación de cepas y cepas recombinantes, y alcanza al 0,42% de la población a nivel nacional. Se concentra en la capital del país (77%), así como en el entorno de la misma (Canelones y Maldonado), y en la frontera con Brasil.

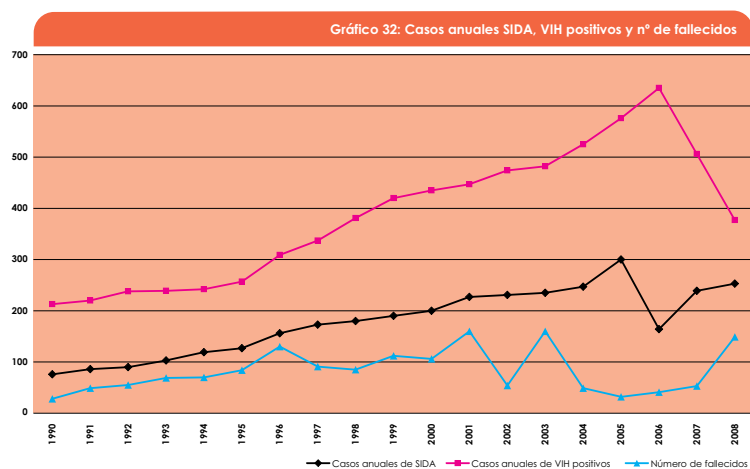
Uno de los avances importantes concretado recientemente es la adhesión a la *Declaración de México* relativa a la relación existente entre salud y educación. En este sentido, es ejemplo para América Latina y el Caribe la implementación a nivel nacional del Plan de Educación Integral de Sexualidad, el cual incorpora una herramienta fundamental en el desarrollo de capacidades y vivencias para una sexualidad plena, con responsabilidad y prevención de enfermedades.

Dentro de los principales logros obtenidos en la lucha contra esta enfermedad se destaca la caída en el número de casos de infectados por transmisión sanguínea, principalmente por la aplicación de normas sanitarias que refieren al tamizaje obligatorio de sangre y hemoderivados lo cual asegura que los bancos de sangre estén libres de VIH.

Otro avance a destacar es la baja en la transmisión vertical del virus (madre/hijo), este tipo de contagio está actualmente muy controlado por la incorporación del examen obligatorio de VIH en el control del embarazo. Los resultados hasta ahora obtenidos permiten pronosticar el alcance de la meta.

Año	Casos anuales de SIDA	Casos anuales de VIH positivos	Número de fallecidos
1990	76	213	28
1991	86	220	49
1992	90	238	55
1993	103	239	69
1994	119	242	70
1995	127	257	84
1996	156	309	130
1997	173	337	91
1998	180	381	85
1999	190	420	112
2000	200	435	106
2001	227	447	160
2002	231	474	54
2003	235	482	160
2004	247	525	49
2005	300	576	32
2006	164	635	41
2007	239	506	53
2008	253	377	149

Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, MSP



Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, MSP

Perfil de los infectados:

- **75 %** corresponde a hombres y el **25 %** a mujeres
- **Franja de edad** en las que predominan la mayor cantidad de casos: entre 20 y 54 años de edad
- **Mecanismos de transmisión:** vía sexual con un 71 % del total de casos, le siguen la transmisión sanguínea con un 25%, y en último lugar la perinatal (transmisión vertical de madre a hijo) que representa un 3%.

Tendencias:

- La edad del contagio es cada vez más temprana
- Se ha incrementado la relación de feminidad de la epidemia. En el año 1990 esta relación en los casos de SIDA se ubicaba en torno a los 6,6 varones por cada mujer, mientras que en el 2007 este valor cae a 2,3.

II. Programas y acciones de apoyo

Las intervenciones en materia de prevención desarrolladas por el Programa Nacional ITS/VIH-SIDA a cargo del MSP destacan la prioridad asignada al tratamiento de esta enfermedad, principalmente a la intervención en materia de promoción y difusión. Estas acciones dan cuenta del mantenimiento

de una postura activa permanente en relación a este tema.

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se elaboró el Plan Estratégico Nacional 2006/2010 para dicho Programa, el cual procura desarrollar líneas de intervención orientadas a fortalecer la promoción de la salud de la población y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, haciendo énfasis en las acciones a implementar desde el primer Nivel de Atención en el diagnóstico precoz, según directrices y normativas nacionales con consejería pre y post test y consentimiento informado.¹

Se incorpora además, a través del SNIS, el tratamiento del consumo problemático de drogas. Sin duda un avance en la cobertura de un importante problema social, pues la segunda causa de contagio (transmisión sanguínea, 25% de las personas notificadas como VIH positivo) está asociada al uso de drogas intravenosas. En el marco de la Junta Nacional de Drogas, el MSP contribuye en la construcción de respuestas institucionales (educación y salud) y comunitarias en el control de la oferta, la prevención de la demanda y la reducción de riesgos y daños.

En materia de vigilancia laboratorial de las cepas circulantes del VIH, los estudios a cargo del Departamento de Labora-

¹ Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA- DIGESA-MSP

torio del MSP otorgan la confiabilidad y respaldo necesarios para que los test de diagnóstico empleados sean adecuados, destacándose el conocimiento que brinda esta labor científica sobre el perfil de la epidemia. Del mismo modo, los estudios de vigilancia farmacológica realizados permiten conocer las respuestas más adecuadas a los genotipos circulantes.

III. Desafíos y prioridades hacia el alcance de la meta

En el análisis de la situación actual de las infecciones de transmisión sexual se identifican, en el Plan Estratégico Nacional, cinco puntos de referencia críticos sobre los cuales hacen foco las acciones definidas en el período considerado y que se constituyen en los principales desafíos:

Feminización creciente de la epidemia de VIH

Particular vulnerabilidad de los jóvenes frente a la epidemia

Territorialidad de la epidemia (concentrada casi en un 90% en capital y área metropolitana, y departamentos fronterizos con Brasil)

Modos de infección dominantes (el 71% se produce por vía sexual, en poblaciones con prácticas de riesgo sexual y por uso de material punzante contaminado)

Vulnerabilidad de las personas privadas de libertad

Baja cultura preventiva de la sociedad uruguaya en materia de riesgos ligados a la sexualidad y al VIH/Sida

Las prioridades están en la mejora continua en la prevención del virus, en **lograr revertir las tendencias que definen hoy su perfil** y en particular en disminuir los riesgos de transmisión sexual, y orientar los mayores esfuerzos en la detención de los niveles actuales de consumo de drogas.

ODM 6 Meta Nacional 7B

Meta Mundial	Meta Nacional
<ul style="list-style-type: none"> Meta 7B- Alcanzar a 2010, acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten. 	<ul style="list-style-type: none"> Meta 7B - Alcanzar a 2010, acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Proporción de la población con infección avanzada de VIH con acceso a medicación anti-retroviral 	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de la población con infección avanzada de VIH con acceso a medicación anti-retroviral

I. Situación actual y tendencias

En el año 2002 se crea el Fondo Nacional de Lucha contra el Sida con el objetivo de financiar el suministro de medicamentos y estudios necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lo cual ha permitido que estén

disponibles en el mercado todas las drogas antiretrovirales.

Dentro de las modificaciones introducidas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se incluye una nueva política nacional de medicamentos y tecnología, la cual implica la compra conjunta por la Unidad Centralizada de Adquisiciones Médicas y Afines del Estado (UCAMAE) (Sector Público, Sanidad Policial y Militar) y la toma de decisiones conjuntas con el PPITS/Sida y la “Comisión Consenso de Tratamiento ARV” para la compra de estos medicamentos; así como la participación en la negociación conjunta con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (Programas de Sida Nacionales de A. Latina y Caribe). Estos acuerdos contribuyen al mantenimiento y profundización de los logros alcanzados por el país en materia de cobertura de tratamiento antiretroviral.²

Se incorpora también la Comisión de Farmacovigilancia y las disposiciones, ya para el 2008, de exigencia de Biodisponibilidad y Bioequivalencia para muchos de los medicamentos (incluidos los ARV), del control de calidad por parte del MSP.

Por otra parte el Plan Integral de Prestaciones (PIP), según los lineamientos del SNIS, incluye las obligaciones de los prestado-

res de salud relativas a los programas prioritarios, y los bienes y servicios obligatorios a dar. En el caso específico del Programa Prioritario de ITS/SIDA se debe garantizar:

-la consejería pre y post test, así como la entrega de preservativos,

-el encare sindrómico y la promoción del acceso al diagnóstico de VIH con consentimiento informado,

-acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

En cuanto a los derechos de los usuarios/as se establece que *“todas las personas residentes en el Uruguay, tendrán derecho al Plan Integral de Prestaciones (PIP) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la ley, desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.”*³

En el caso del VIH, el tratamiento ARV se entrega a todos aquellas personas que su médico tratante lo indique, alcanzando aproximadamente a más de un 90% de cobertura.

II. Programas y acciones de apoyo

El Programa Prioritario de ITS/SIDA (PPITS/SIDA), dependiente de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública, tiene

² Informe Nacional 2008 sobre los Progresos Realizados en la Aplicación de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) Uruguay 2008

³ Ibid

a su cargo, entre sus principales funciones, el monitoreo y evaluación de las normativas vigentes y de las prestaciones implementadas por los efectores de salud.

Como parte de una política de mejora continua de los resultados, se destaca además la incorporación, desde hace un año, de la realización del Test de Resistencia Genotípica a Retrovirales, el cual aporta valiosa información de personas que presentan problemas ante dicho tratamiento. Este examen será extendido también a usuarios de las instituciones de asistencia médica colectiva, en el marco de los compromisos asumidos en la reforma de la salud.

El efecto de la diversidad en las pruebas diagnósticas y de monitoreo, así como en las resistencias antiretrovirales determina la necesidad de que la vigilancia epidemiológica molecular sea permanente.

III. Desafíos y prioridades

Los logros obtenidos en relación a esta meta permiten considerar que el cumplimiento de la misma se ha alcanzado. No obstante el principal desafío se centra en **mantener el buen desempeño** de las acciones de recuperación y rehabilitación, así como de suministro de tratamiento antiretroviral a todas las personas que lo necesiten.

ODM 6 Meta Nacional 8

Meta Mundial	Meta Nacional
<ul style="list-style-type: none"> Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves 	<ul style="list-style-type: none"> Meta 8: Detener y comenzar a revertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Tasa de prevalencia del paludismo por cada 100.000 habitantes Tasa de prevalencia de la tuberculosis por cada 100.000 hab. Tasa de mortalidad de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> Personas operadas de quiste Hidático Casos anuales de Tuberculosis Casos anuales de hepatitis A Casos anuales de hepatitis B

I. Situación actual y tendencias

Los indicadores principales definidos para Uruguay en relación a la Meta 8 refieren al seguimiento de los casos anuales de tuberculosis, hepatitis A y B y número de personas operadas de quiste hidático.

Los mismos fueron definidos teniendo en cuenta que los registros de salud indican la ausencia, desde hace ya unos cuantos años, de casos de enfermedades graves como el cólera, la difteria, la fiebre amarilla, la polio y el tétanos neonatal.

La situación en relación a la malaria es similar. Los casos que se registran en Uruguay son importados, contraídos por personas que se encontraban en países donde la enfermedad es endémica. Según datos de la

Unidad de Vigilancia Epidemiológica del MSP, se contabilizan entre el 1º de enero y el 28 de julio de 2007 seis eventos importados sin registro de casos autóctonos.

En lo que refiere al número de personas operadas de quiste hidático, la serie de datos 1993-2002 muestra un sostenido descenso en todo el período (ver Cuadro 10). Cabe aclarar que este indicador tuvo valor durante muchos años durante los cuales la cirugía era diagnóstica-terapéutica, mas, con el advenimiento de la ecografía se diagnostican casos asintomáticos y no quirúrgicos, por lo cual desde hace 5 años se le da más valor a este procedimiento. Cambia entonces la forma de registro, siendo el censo de operados sustituido por el número de pacientes diagnosticados en las áreas de riesgo (dichas áreas se concentran en los departamentos donde se realiza la cría de ovejas, debido a que los bofes y el hígado infectado de estos animales es consumido por los perros; luego se produce la contaminación de las pasturas, y en forma accidental, del ser humano).

Según estudios recientes realizados por la Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, la prevalencia en dichas zonas es de 0,1 a 0,2 por mil y el número de personas operadas anualmente oscila entre 150 y 200.

CUADRO 10: Personas operadas de quiste hidático Período 1993 – 2002	
Año	Personas operadas
1993	367
1994	327
1995	293
1996	282
1997	212
1998	266
1999	243
2000	197
2001	194
2002	139

Fuente: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis (ex Comisión Nacional Honoraria de lucha contra la Hidatidosis).

Con respecto a la Tuberculosis cabe destacar que, a pesar del aumento de su incidencia a nivel mundial, en Uruguay han sido muy importantes los logros obtenidos en relación a su nivel de control, lo cual ha determinado una reducción significativa en sus tasas de morbilidad y letalidad. Ello se debe a que el país tiene una historia larga y continuada de lucha contra esta enfermedad. La caída abrupta en el número de casos a comienzo de los años ochenta (como consecuencia de la implantación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis-PNC-TB) determinó una disminución de más del 50% de la incidencia en menos de diez años. No obstante, desde mediados de la década

CUADRO 11: Casos anuales de tuberculosis Período 1990-2005	
Año	Casos
1990	886
1991	819
1992	729
1993	691
1994	632
1995	633
1996	733
1997	706
1998	628
1999	608
2000	639
2001	684
2002	606
2003	646
2004	725
2005	627

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

del noventa el ritmo de descenso se enlentece, principalmente por efecto de la repercusión en forma significativa de la epidemia por VIH, cuya incidencia provoca además un cambio en el perfil de la población afectada por TB, generando un aumento relativo en los casos comprendidos entre 25 y 34 años, especialmente en el sexo masculino.⁴

Actualmente la búsqueda activa de casos se concentra en grupos considerados de mayor riesgo, incluyendo pacientes portadores de VIH/SIDA, población carcelaria y personas que conviven con pacientes tuberculosos (contactos convivientes).

La situación con respecto a la hepatitis es notoriamente diferente. Es una enfermedad endémica en Uruguay que ha presentado cifras importantes en el período en estudio con picos altos en algunos años, tal como se observa en el cuadro 12. No obstante, como resultado de las políticas aplicadas en materia de prevención, los registros del último trienio presentan una caída sustancial para ambos tipos de hepatitis.

CUADRO 12: Casos anuales de Hepatitis según tipo
Período 1990 – 2008

Año	Hepatitis A	Hepatitis B
1990	4500	s/d
1991	1509	s/d
1992	667	s/d
1993	769	s/d
1994	1324	s/d
1995	2183	s/d
1996	3565	s/d
1997	1350	s/d
1998	583	s/d
1999	304	14
2000	1470	35
2001	748	37
2002	868	23
2003	1007	27
2004	381	379
2005	2944	1063
2006	1878	331
2007	564	620
2008	410	512

Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud, MSP

II. Programas y acciones de apoyo

Los principales instrumentos de las políticas públicas en la materia son el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, y la Comisión Honoraria de Zoonosis (MSP).

Esta última, en su cometido de atender la problemática animal, lleva practicadas más de 50.000 castraciones y 60.000 ecografías en humanos.

Es además quien se encarga de la distribución y suministro de medicamentos en función de las zonas de riesgo definidas.

⁴ Organización Panamericana de la Salud, "El control de la Tuberculosis en Uruguay", 2007

Al mismo tiempo trabaja en la prevención, buscando provocar un cambio cultural en los habitantes de zonas afectadas por la hidatidosis.

Con respecto a la tuberculosis, los resultados de los programas de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP), han sido relevantes, llevando al país a un nivel ejemplar en materia del control de las enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles que la institución tiene a su cargo. En 1980 se estableció el Programa Nacional de Control de la TB (PNC-TB) y se comenzó a trabajar con normas de diagnóstico, tratamiento y prevención con vigencia en todo el territorio nacional, siendo responsabilidad directa de dicho Programa el tratamiento de todos los pacientes con TB, así como la adquisición y distribución de la medicación necesaria.

La herramienta estratégica ha sido el Plan Nacional de Vacunación desarrollado por dicha Comisión, a consecuencia del cual se han alcanzado los más elevados niveles de cobertura de inmunización en forma homogénea en todo el país y una calidad técnica y de gestión que se destaca como referencia a nivel internacional. Estos logros han sido reconocidos por la Organización Panamericana de la Salud mediante la evaluación multidisciplinaria realizada a fines del año 2006.⁵

En relación al control de la hepatitis, la iniciativa de mejorar

el Programa de Inmunizaciones, con la incorporación de las vacunas de Hepatitis A y Neumococo, colocan a Uruguay entre los primeros países a nivel mundial, en lo que refiere a la ampliación de cobertura universal y obligatoria en inmunizaciones.

Por otra parte, en función de los acuerdos alcanzados entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social, han resultado de fundamental importancia las campañas de vacunación contra la Hepatitis A y B de los niños y niñas en situación de vulnerabilidad social. Este esfuerzo de coordinación entre ambas instituciones ha permitido prevenir la enfermedad cubriendo los sectores de la población más desprotegidos.

III. Desafíos y prioridades

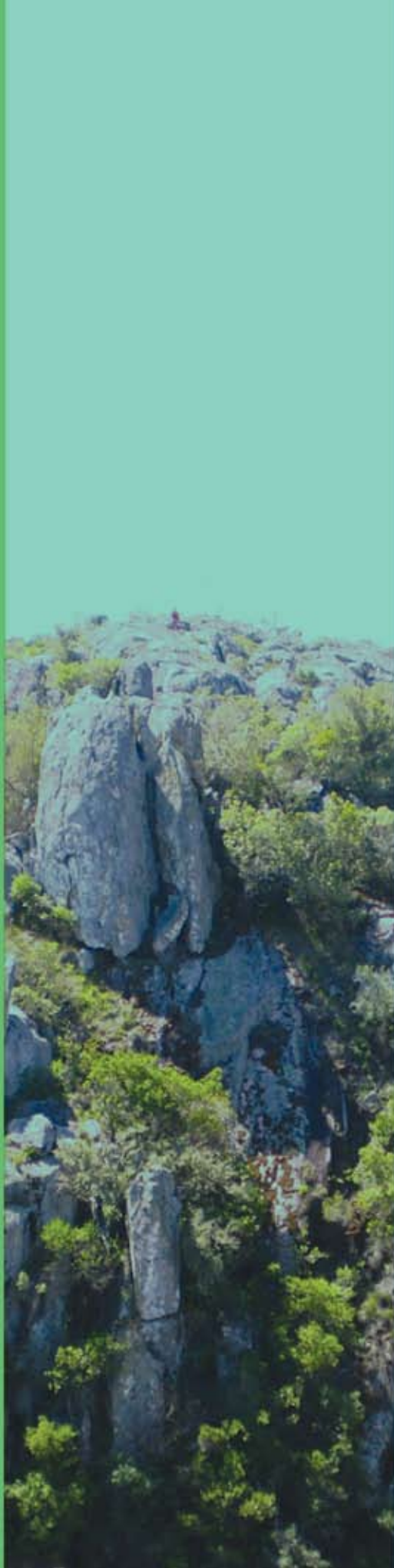
En relación a la Meta 8 del Objetivo 6, el principal desafío para Uruguay es **mantener el buen desempeño en materia de control de enfermedades infecciosas y parasitarias**⁶, para lo cual resulta de fundamental importancia el énfasis puesto en el fortalecimiento del primer nivel de atención, promoviendo el diagnóstico precoz.

⁶ Las enfermedades consideradas bajo este perfil fueron definidas en base a los siguientes criterios: magnitud (frecuencia de ocurrencia de los hechos), tendencia, gravedad, vulnerabilidad y aceptación social (que sea percibida como un problema por la propia comunidad). Informe País sobre los ODM, 2005 (Presidencia de la República).

⁵ www.chlaep.org.uy, Boletín Informativo, mayo 2008

Con respecto a la definición de otras enfermedades consideradas importantes y, teniendo en cuenta las transformaciones que ha tenido el perfil epidemiológico poblacional, probablemente la discusión deberá orientarse hacia la importancia que revisten hoy las enfermedades crónicas no transmisibles. Una Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enferme-

dades pulmonar crónica y renal crónica, realizada en junio de 2007 por el MSP, indica que las mismas son la causa del 70% de las muertes producidas en Uruguay. Otro dato alarmante es que, aun tratándose de factores de riesgo prevenibles, insumen el 60% de los costos de atención médica, y además, nuestro país ya presenta las cifras que la OMS proyecta para la región en el año 2020.





Objetivo 7

GARANTIZAR LA
SUSTENTABILIDAD
AMBIENTAL

GARANTIZAR LA SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL

Meta Nacional 9a

Meta Mundial	Meta Nacional
<ul style="list-style-type: none"> Meta 9 a – Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> Meta 9 a – Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA). Emisiones de dióxido de carbono per cápita y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de la superficie total del territorio nacional con erosión media o severa. Uso de plaguicidas (en ton/año) Uso de fertilizantes. Emisiones netas en equivalentes de CO₂ (kton/hab al año). Nivel de dióxido de azufre y partículas sólidas en suspensión. Porcentaje de energía renovable alternativa (eólica, solar y biogás) en el total de la generación energética. Generación de desechos domésticos por habitante.

I. Situación actual y tendencias

Erosión

El porcentaje de territorio afectado por distintos niveles de erosión en 1999 fue estimado por el MGAP en:

Leve	Moderada	Severa	Muy severa
18,3 % (31.859 km ²)	9,9 % (17.186 km ²)	1,3 % (2.293 km ²)	0,5 % (949 km ²)

Cuadro 13 Erosión

Fuente: "Erosión antrópica", en el SIG de la DGRNR, www.mgap.gub.uy, en base a la Carta de Erosión Antrópica, 1999.

El indicador definido para Uruguay hace referencia a "erosión media o severa". Articulando esas categorías con las utilizadas por el MGAP en los datos anteriores, puede afirmarse que en 1999 la erosión media y severa tenía un 11,7% de incidencia en relación al territorio nacional.

En todos los niveles, la agricultura es la actividad más vinculada a procesos erosivos, afectando una superficie más de veinte veces mayor que la erosión de origen ganadero en los niveles involucrados en el indicador, y más de cuatro veces mayor en la categoría de erosión leve.¹

Si bien no hay cifras recientes, se estima que estas no habrían tenido variaciones fuertes en relación a las indicadas. Sin perjuicio de ello, se observa un incremento del riesgo de expansión erosiva ligado al cambio en el uso del suelo. El seguimiento de los procesos de erosión y la prevención de los mismos ha cobrado así mayor importancia, debido a la expansión de la soja. Su cultivo está vinculado a un uso más intensivo de recursos y a prácticas potencialmente más riesgosas, por ser poco protectoras del suelo.²

1 Véase información de la DGRNR en www.mgap.gub.uy: "Intensidad del proceso erosivo", y documentación relativa al SIG ("Carta de Erosión Antrópica").

2 Ver expresión de motivos del Decreto de Uso Responsable y Sostenible de los Suelos (21 de agosto de 2008), en www.mgap.gub.uy.

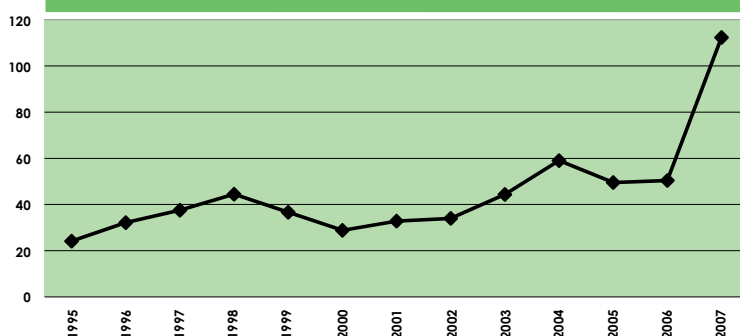
Plaguicidas

El uso de plaguicidas venía en aumento ya en los años '90. Si bien la coyuntura de crisis y el contexto desfavorable a las exportaciones marcaron niveles inferiores durante los años 1999-2002, siguió a ello un período de fuerte incremento, que recientemente se ha hecho aún más agudo.

Empujan este aumento la reactivación del agro y su conversión a nuevas estrategias productivas, como el cultivo de soja.

La soja transgénica resiste una carga de plaguicidas mayor que la de otros cultivos, y la magnitud de los predios ocupados en esta actividad suele comportar el uso de fumigación aérea. Ambos factores hacen que puedan presentarse fricciones en el desempeño productivo como consecuencia de la expansión de la soja y su convivencia con otras formas de explotación agropecuaria (así como por su contigüidad a áreas de habitación, de servicios o de valor ecológico significativo).

Gráfico 33: Importación de plaguicidas (millones de U\$S)



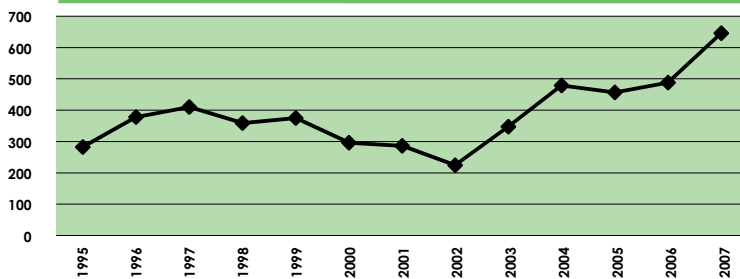
Fuente: Datos de MGAP – DIEA, Anuario Estadístico Agropecuario, eds. 2003 a 2008

Fertilizantes

Como ocurre con los plaguicidas, el volumen de fertilizantes utilizados también ha tenido un crecimiento importante en la presente década y recientemente ha marcado incluso una fase aún más dinámica de incremento.

Esto supone seguir con atención el flujo de estos agroquímicos hacia la red hidrográfica, monitoreando la situación en cursos de agua, y especialmente en lagunas, que por su condición de receptores tienden a ser las áreas más expuestas. Asociados al escurrimiento de agroquímicos hacia las lagunas pueden presentarse episodios de floraciones algales (en ocasiones tóxicas), afectación de las condiciones del agua y pérdida en la población de peces.

Gráfico 34: Importación de fertilizantes (miles de ton.)



Fuente: Datos de MGAP – DIEA, Anuario Estadístico Agropecuario, eds. 2003 a 2008

Calidad del aire y de los recursos hídricos en Montevideo

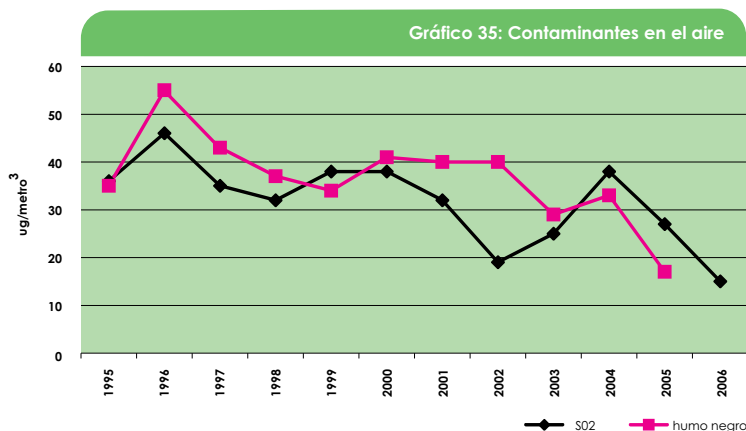
Calidad del aire en Montevideo

La calidad del aire ha tenido un seguimiento sistemático en Montevideo desde los años '90 debido a la concentración industrial en la ciudad. De todos modos, por sus características geográficas Montevideo no presenta un entorno complejo para la gestión de la calidad del aire. La contaminación del aire derivada de la industria y el transporte genera las situaciones más graves en grandes ciudades cercadas por montañas, que enlentecen el flujo de masas aéreas. En Montevideo, ubicada entre el Río de la Plata y un territorio sin alturas relevantes, abierta a los vientos, las emisiones urbanas se dispersan con rapidez. De ahí que no quepa esperar que la ciudad presente niveles bajos de calidad del aire. En efecto, Montevideo ha mantenido en términos generales un buen estándar, mientras los problemas de contaminación tendían a concentrarse en otros planos, como el de los cursos de agua urbanos.

De todos modos, y al tiempo que desarrollaban sus herramientas de gestión ambiental en todos los temas, las instituciones nacionales y municipales incrementaron su control sobre el nivel de emisiones y de concentración de contaminantes en el aire, particularmente en los últimos años.

Por otra parte, la propia tecnología aplicada en industrias y transporte se ha adaptado en el mundo a pautas más exigentes respecto a sus emisiones (en el medio local cabe mencionar como ejemplo el inicio de la elaboración de nafta sin plomo, en 2004).

Esa evolución se refleja en una tendencia decreciente de los contaminantes aéreos en Montevideo, cuyo desarrollo se ejemplifica en el siguiente cuadro con dos de ellos: dióxido de azufre (SO₂) y partículas sólidas en suspensión (“humo negro”).



Fuente: Datos de IMM-GAM, Informe ambiental de Montevideo, 2006.

En 2005 la IMM amplió sus actividades de control de la calidad del aire, instalando una red de monitoreo con bases en ocho puntos de la capital. La información sobre el conjunto de contaminantes relevados se sistematiza en un único “índice de calidad del aire” (ICAire), medido de 1 a 400 y estructurado en cinco niveles de creciente presencia de contaminantes. Dicha estructura y los resultados del ICAire para 2007-8 se presentan en la siguiente tabla.

Porcentaje de muestras del aire montevideano, según su estándar de calidad³

CUADRO 14: Porcentaje de muestras del aire montevideano, según su estándar de calidad

Calidad del aire	ICAire	Efecto	2007	2008
BUENA	0-50	Favorable a todo tipo de actividades	66	58
ACEPTABLE	50-100	Aceptable	34	38
INADECUADA	100-200	Molestias en personas sensibles	-	4
MALA	200-300	Molestias e intolerancia en personas sensibles	-	-
MUY MALA	300-400	Síntomas e intolerancia en la población	-	-
TOTAL			100	100

En 2007 las muestras relevadas correspondieron a calidad buena y aceptable, con predominio de la primera. Las que indicaron calidad inadecuada en alguna de las bases de monitoreo no alcanzaron a un punto porcentual.

Fuente: Datos de IMM, Calidad del aire de Montevideo, informes 2007 y 2008 (www.imm.gub.uy).

³ Los porcentajes presentados son el promedio simple de los registrados por cada una de las ocho bases zonales de Montevideo (y no el promedio del total de muestras), ya que la cantidad de registros tomada por cada base fue distinta. Por otra parte, los porcentajes refieren al total de muestras efectivas, descartándose la categoría de calidad “no determinada”, que en los registros de la IMM corresponde a las lecturas previstas que no hayan podido realizarse.

En 2008 el estándar de calidad registrado fue ligeramente menor. El monitoreo zonal registró además la aparición de problemas de contaminación aérea en la base del Prado, en los primeros y los últimos meses del año. En ese período hubo una serie continua de registros de calidad inadecuada, con exceso de dióxido de carbono y dióxido de nitrógeno.

Si bien el estudio emprendido en esa coyuntura (DINAMA-Udelar-IMM) no logró identificar la fuente, la detección de esta clase de alteraciones focalizadas en ciertas zonas de la ciudad muestra la utilidad de la red de monitoreo como instrumento de control y de alerta.

Calidad de los recursos hídricos en Montevideo

El impacto de la actividad económica y particularmente la industrial no se ha hecho sentir tanto sobre el aire como en el estado de los cursos de agua. En Montevideo este problema había alcanzado su máxima dimensión en los '90 y a partir de allí se aplicaron políticas de gestión ambiental tendientes a mitigar la contaminación y recuperar los cursos de agua urbanos.

La eficacia en la reducción del potencial contaminante de las emisiones industriales sobre los arroyos y la costa de Montevideo se vio fortalecida considerablemente en los últimos años, como muestran los siguientes cuadros. El nivel bruto de caudal emitido, tras bajar coyun-

turalmente durante la crisis, ha vuelto actualmente a los niveles de fines de los '90. Pero la presencia en ellos de sustancias contaminantes como grasas, materia orgánica en general y metales pesados (plomo y cromo) ha tenido una reducción incluso drástica respecto a los valores de la década anterior.

Gráfico 36: Vertido industrial de grasas (Montevideo, Kg/día)

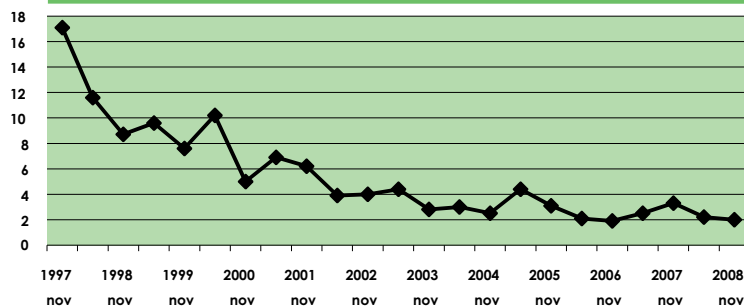


Gráfico 37: Vertido industrial de Materia Orgánica (Montevideo, Kg/día)

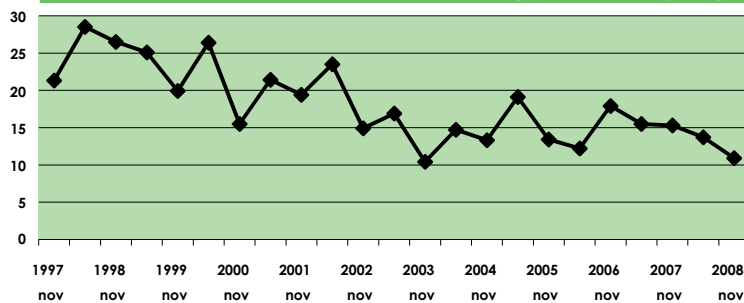
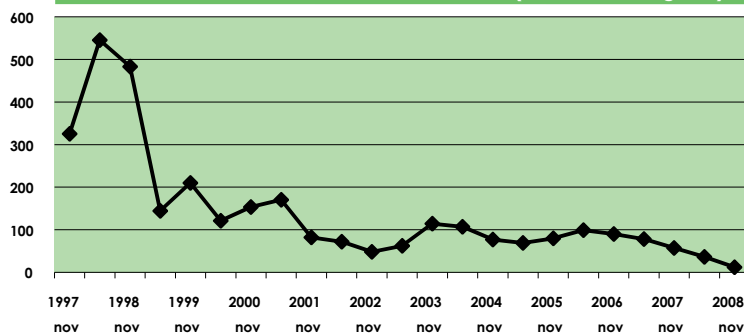


Gráfico 38: Vertido industrial de metales pesados (Montevideo, Kg/día)



Fuente de cuadros 36 a 38: Datos de IMM, Evaluación de la contaminación de origen industrial en Montevideo (www.imm.gub.uy).

Emisiones aéreas y calentamiento global

Respecto al papel de las emisiones de gases de efecto invernadero, los datos vigentes son los ya presentados en el anterior informe ODM (inventarios de gases de efecto invernadero hasta el correspondiente a datos de 2002).⁴

Este indicador puede registrarse de dos modos: en términos de kilotoneladas de emisiones netas (kilotoneladas de gas emitido frente a kilotoneladas de gas captados), o de emisiones de kilotoneladas de dióxido de carbono equivalente, a cien años, frente a la captación. La distinción radica en que si bien el dióxido de carbono es el gas con mayor volumen de emisión, otros gases con volúmenes de emisión menores, como el metano y el óxido nitroso, tienen en la atmósfera un potencial de calentamiento mayor. Por tanto un volumen poco significativo de metano y óxido nitroso en términos de kilotoneladas de gas emitido, puede tener en su efecto a cien años una incidencia similar a la de volúmenes mucho mayores de dióxido de carbono. Como la captación de carbono a través de la forestación opera sobre el dióxido de carbono y no sobre el metano y el óxido nitroso, el resultado en emisiones netas puede ser distinto al expresarse en kilotoneladas de cada gas o

de equivalente en dióxido de carbono, aunque esto no afecta las tendencias en el indicador.

En la estimación sobre gases de efecto invernadero para 2002 se determinó que Uruguay estaba ampliando con fuerza su condición de captor de carbono.

La siguiente tabla expresa la evolución de las emisiones netas de kilotoneladas de dióxido de carbono, que eran superadas cada vez con mayor fuerza por la captación forestal. Por otra parte, en ese período se registraba un descenso de las emisiones a raíz de una menor actividad industrial durante la crisis (coincidente con un menor emisión de las centrales térmicas de energía, ya que en 2002 hubo una disponibilidad importante de energía hidroeléctrica).

Fuente: Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero 2002 UCC, DINAMA, MVOTMA

CUADRO 15:	Emisiones y remociones totales (en kton de gas)				
Categorías de Fuentes y Sumideros	1990	1994	1998	2000	2002
Dióxido de carbono (CO ₂)					
Energía	3.607,98	3.930,39	5.384,44	5.125,92	4.064,21
Procesos industriales	229,95	279,11	517,93	392,29	252,59
Cambio Uso Tierra y Silvicultura	-3.047,15	-6.335,61	-7.270,22	-14.209,52	-23.473,76
Totales	790,78	-2.126,10	-1.367,85	-8.691,32	-19.156,95
Metano (CH ₄)					
Energía	0,71	0,70	0,89	1,06	0,73
Agricultura	573,54	631,27	648,07	587,29	623,66
Desechos	51,82	58,13	60,13	64,45	63,51
Totales	626,08	690,10	709,09	652,80	687,90
Óxido nitroso (N ₂ O)					
Energía	0,06	0,08	0,11	0,10	0,09
Agricultura	30,26	31,10	31,18	28,25	30,96
Desechos	0,22	0,22	0,22	0,23	0,23
Totales	30,53	31,40	31,51	28,59	31,28

⁴ Próximamente se publicará el inventario de gases de efecto invernadero correspondiente a datos de 2004.

La captación de dióxido de carbono del país no solo es mucho mayor a sus emisiones de ese gas, sino también al conjunto de emisiones de gases de efecto invernadero, debido a que las emisiones metano y óxido nitroso son comparativamente de poco volumen. La siguiente tabla expresa cómo Uruguay se transformó desde mediados de los 90 en un sumidero forestal de carbono, con volúmenes de captación muy por encima de sus emisiones.

CUADRO 16: Emisiones netas (en kton de gas)				
Año	Gas			Total
	CO2	CH4	N2O	
1990	791	626	31	1.448
1994	-2.126	690	31	-1.405
1998	-1.368	709	32	-627
2000	-8.691	653	29	-8.009
2002	-19.157	688	31	-18.438

No obstante, como el metano y el óxido nitroso tienen un mayor potencial de calentamiento, la captación forestal de dióxido de carbono no alcanzaba en 2002 a neutralizar el potencial de calentamiento de las emisiones en términos de dióxido de carbono equivalente, aunque la tendencia a una menor emisión neta ha sido igualmente marcada. El óxido nitroso proviene prácticamente en su totalidad del sector agropecuario, y el metano tiene igual origen en cerca de un 90% del volumen emitido, correspondiendo a los residuos el 10% restante.

CUADRO 17: Emisiones netas a cien años (en kton CO2-eq)				
Año	Gas			Total
	CO2	CH4	N2O	
1990	791	13.148	9.464	23.403
1994	-2.126	14.492	9.734	22100
1998	-1.368	14.891	9.768	23.291
2000	-8.691	13.709	8.863	13.881
2002	-19.157	14.446	9.697	4.986

Fuente: Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero 2002, UCC, DINAMA, MVOTMA. Unidad: ton CO₂-eq.

Energía renovable

El examen de la evolución de la matriz energética general desde 1990 permite observar el comportamiento relativo de sus dos componentes fundamentales, la energía derivada de combustibles fósiles importados y la generación hidroeléctrica.

Dicha evolución está marcada por tres elementos:

- la relación inversamente proporcional entre la disponibilidad de energía hidroeléctrica, derivada del volumen pluviométrico en la cuenca del río Uruguay, y la necesidad de recurrir a importación de combustibles fósiles.

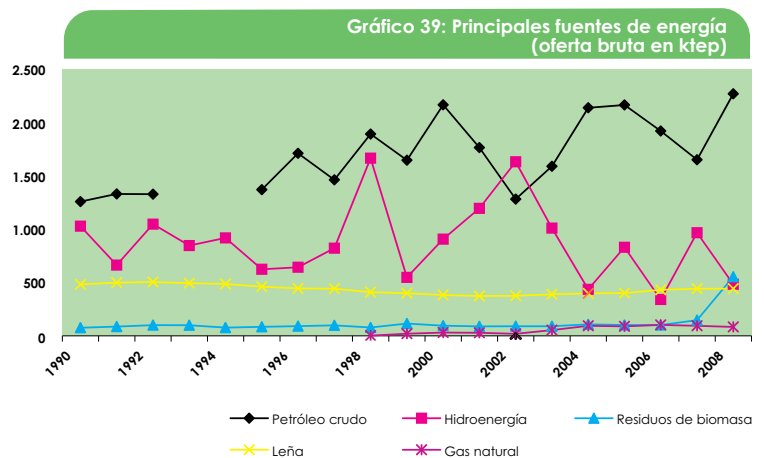
- la entrada a un período de fuertes oscilaciones en la generación hidroeléctrica, al que se ingresó a fines de los '90, asociado al cambio climático global.

- la tendencia a un decrecimiento en el nivel promedio de lluvias y por consiguiente en la generación hidroeléctrica durante este período, acompañada por una tendencia al alza en el uso

de combustibles fósiles (perceptible incluso pese a la fuerte disminución que marcó la crisis económica hasta 2002).

En suma, la situación actual muestra un incremento leve en el volumen de energía total consumido. Aunque con las dificultades añadidas (ambientales y económicas) derivadas de que en ese total incrementado, el aporte hidroeléctrico disminuye respecto al de principios de la década del '90, forzando a que el aumento del uso de combustibles fósiles sea mayor que el incremento general del consumo de energía.

El fuerte incremento de la participación de los residuos de biomasa en 2008 se debe a la producción de energía por la industria de la celulosa.



En términos relativos, se aprecia el avance porcentual del petróleo y sus derivados como fuente de la energía utilizada, que siendo de 44% en 1990, se ubicó en 59% en 2008.

Fuente: Datos de MIEM-DNETN, Matriz energética: oferta bruta, www.miem.gub.uy (Se omite petróleo crudo como fuente en 1993-4 debido al cese de actividad en la refinería de ANCAP; el consumo de combustible en dicho período fue de nivel similar al de los años anterior y posterior).

Gráfico 40: Matriz energética 1990

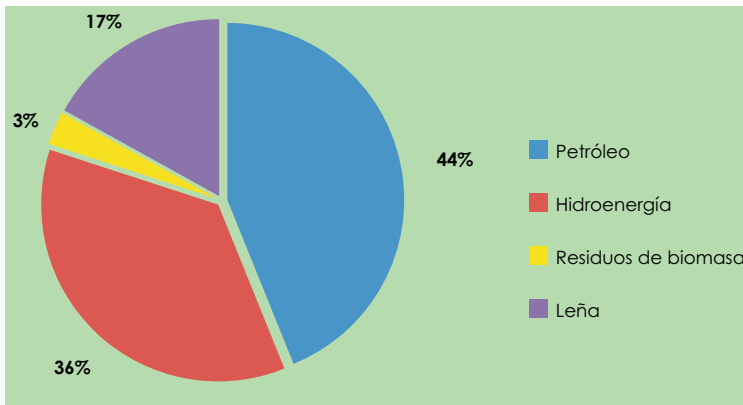
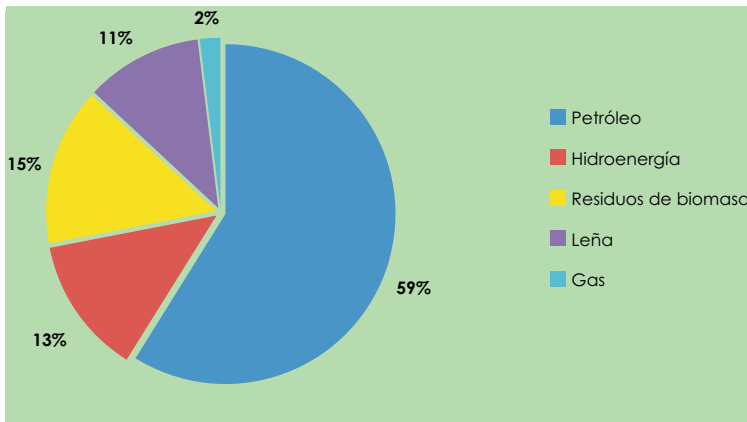


Gráfico 41: Matriz energética 2008



Si bien 2008 fue un año de sequía, con una disponibilidad de hidroenergía extraordinariamente baja, la producción de las represas resulta porcentualmente menor también en el largo plazo.

Fuente de gráficos 40 y 41: Datos de MIEM-DNETN, Matriz energética (residuos y biomasa, petróleo y gas: oferta; hidroenergía y leña: producción), www.miem.gub.uy.

Residuos sólidos

El volumen de generación de residuos continúa siendo uno de los problemas centrales del Uruguay urbano, particularmente en el área metropolitana. El país ha definido como indicador para esta temática la

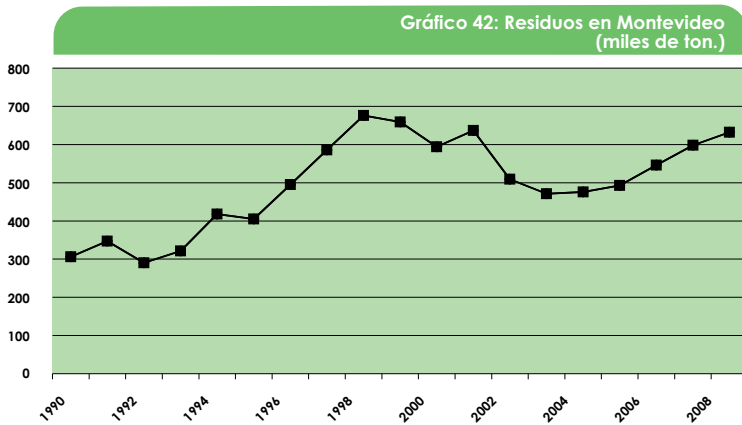
generación de residuos domiciliarios.

Durante la década de los '90 el tonelaje de residuos generado en Montevideo se duplicó. Y aunque buena parte de ese incremento se revirtió coyunturalmente en 1999-2003 por efecto de la crisis, al pasar ese período el volumen anual de residuos volvió a crecer hacia los niveles máximos alcanzados a fines de los '90.

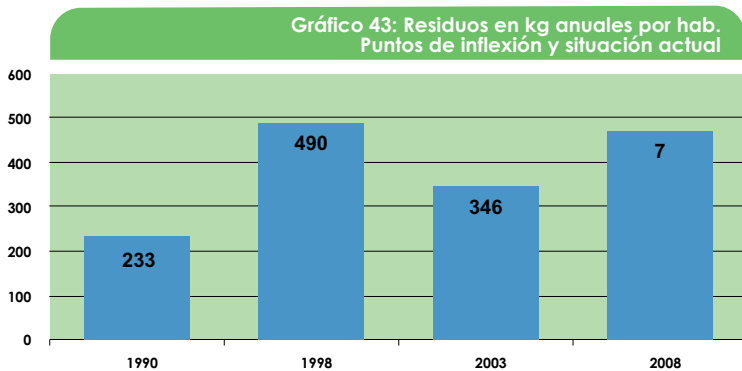
En lo que hace a las políticas involucradas, la gestión de residuos ha tenido avances sustantivos en Montevideo y en el interior del país, al paso de una reconfiguración del esquema institucional. La administración central ha asumido la responsabilidad sobre residuos especiales a nivel nacional, y las intendencias han mejorado sus sistemas de disposición final de residuos domiciliarios.

Puede decirse entonces que los avances fundamentales en la gestión diferenciada de residuos hospitalarios, industriales y domiciliarios se han realizado justamente desde la década del '90 a la actualidad.

No obstante permanecen como problemas sostenidos el creciente volumen de generación, así como la necesidad de relocalizar la disposición final de los residuos del área metropolitana de Montevideo, y de incrementar la capacidad de tratamiento de residuos industriales.



Fuente: IMM-GAM, Informe ambiental de Montevideo, 2008.



Fuente: Datos de IMM (Informe ambiental de Montevideo, 2007), e INE (población de Montevideo según censo de 1985 para 1990, y según estimaciones correspondientes a cada año para los posteriores).

II. Programas y acciones de apoyo

Los **cambios de matriz productiva generados en la agricultura** han dado lugar a nueva normativa en varios aspectos y esferas institucionales.

El poder ejecutivo emitió el Decreto de Uso Responsable y Sostenible de los Suelos (21 ago. 2008), reglamentario del Decreto-Ley de Conservación de Suelos y Agua (15.239, 23 dic. 1981). La medida atiende a la prevención de riesgos de erosión, degradación de suelos y pérdida de fertilidad que puede conllevar la expansión de estas nuevas prácticas de agricultura intensiva. El decreto habilita al

MGAP a establecer sanciones en los casos en que no se cumpla con pautas de manejo adecuado de los suelos.

La prevención de conflictos entre distintos usos agrícolas, a raíz del incremento del uso de plaguicidas en algunos rubros, ha puesto la atención en la Ley de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible. Esta constituye una útil herramienta de gestión, asociada a un rol más importante de los gobiernos departamentales como coordinadores de políticas productivas en el nivel local (ejemplo de ello

es la experiencia reciente en Canelones).

En el campo de la reducción de **contaminantes en los efluentes industriales montevidEOS**, los avances registrados en los últimos años resultan de las metas acordadas al acceder a la financiación para el Plan de Saneamiento III. Este tuvo por objetivos ampliar la red de alcantarillado público y reducir los contaminantes vertidos a los arroyos Carrasco, Miguelete y Pantanoso, y a la bahía de Montevideo.

En materia de **política energética**, y como parte del reimpulso para ampliar la generación y diversificar sus fuentes, se ha estimulado la generación a partir de biomasa, la eólica y la producción de biocombustibles, tanto por parte del estado como por el sector privado.

III. Desafíos y prioridades

Los desafíos principales radican en la gestión de residuos en las ciudades (y especialmente en el área metropolitana de Montevideo), el control del uso de agroquímicos y las prácticas erosivas en el medio rural, así como la disponibilidad de fuentes de energía alternativas y renovables.

Esto implica en materia de **residuos** continuar fomentando su clasificación y reciclaje, mejorar los sitios de disposición final, incrementar su uso como fuente de energía y dotar al país

de una gestión integrada de residuos especiales, en particular los de origen industrial.

La rápida evolución al alza del **uso de agroquímicos** es un alerta claro respecto a la necesidad de fortalecer las políticas de control sobre su utilización y el monitoreo de sus efectos, especialmente en el caso de los plaguicidas.

El crecimiento de las **presiones erosivas** supone también incrementar el monitoreo de las actividades agropecuarias en este aspecto.

En materia de **energía** es preciso elevar la capacidad de generación. Especialmente en rubros alternativos renovables, que permitan disminuir la dependencia de combustibles fósiles, el grado de vulnerabilidad en períodos de alza en el precio del petróleo y la falta de certeza que supone la relativa irregularidad del régimen pluvial.

ODM 7 Meta Nacional 9b

Meta Mundial	Meta Nacional
<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9 b – Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9 b – Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida.
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de superficie cubierta por bosques. • Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total. • Proporción de especies en vías de extinción. • Proporción de la población de peces que está dentro de límites biológicos seguros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de superficie ocupada por el bosque nativo • Proporción de superficie ocupada por humedales categoría Ramsar. • Proporción de superficie total ocupada por pradera natural. • Proporción de la superficie bajo el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SNAP). • Porcentaje de anfibios amenazados. • Proporción de poblaciones de condricios con bajo nivel de amenaza, sobre el total de las afectadas por las pesquerías uruguayas.

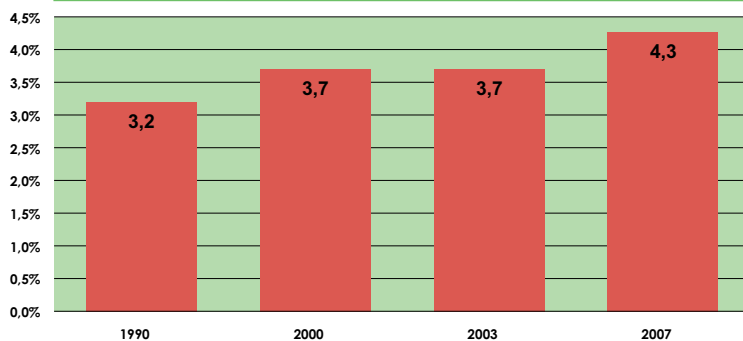
I. Situación actual y tendencias**Ambientes destacados: bosque natural**

El bosque natural ha estado sometido a dos diferentes formas de presión. Por una parte a la extracción de madera, usada fundamentalmente como combustible. Por otra parte, la construcción de centrales hidroeléctricas implicó la pérdida de una superficie importante de bosque de ribera, desde la inauguración de la represa de Rincón del Bonete en los años '40 hasta las de Salto Grande y Palmar en los '70 y '80. Cabe destacar que la extracción de leña se ha mantenido estable (en cifras de 40 a 50 mil toneladas anuales), sin que contribuya a disminuirla la

creciente disponibilidad de leña de especies plantadas, como el eucaliptus.

Sin embargo, a pesar de esta presión, las distintas estimaciones realizadas en las últimas décadas marcan una tendencia al incremento de las áreas de bosque natural.

Gráfico 44: Bosque natural (% del territorio nacional)



Fuente: Datos de MGAP: Censos Agropecuarios (1990 y 2000), y Estadísticas (2007) en www.mgap.gub.uy.

La expansión del bosque natural en algunas áreas del país ha estado vinculada a dos fenómenos opuestos. En algunos casos (principalmente en el litoral) se debió a recolonización del bosque sobre predios que habían sido agrícolas y dejaron esa actividad.

Pero en otros se relaciona a la mayor presencia de agricultura en áreas cercanas, lo cual beneficia en algunas especies el incremento de la avifauna y esto, asociado a la pérdida de población en animales predadores de aves, estaría en la base de la propagación del bosque natural.

Por otra parte ha colaborado a la preservación del bosque natural la implementación de políticas de control sobre el uso del recurso aplicadas a partir de la Ley Forestal de 1987: desde 1990 la extracción de madera en predios privados está sujeta a permisos por parte del MGAP.

Ambientes destacados: humedales de prioridad internacional (áreas Ramsar)

La superficie abarcada por “áreas Ramsar” (Convención para la protección de humedales de relevancia internacional), no ha tenido cambios recientes, estando integrada por dos regiones: “Bañados del Este y Franja Costera” (Rocha-Treinta y Tres, 4.075 km²), y “Estero de Farrapos e Islas del Río Uruguay” (175 km²). La primera fue inscrita por Uruguay en 1984, en su proceso de ingreso a la Convención de Ramsar, y la segunda fue incorporada en 2004.

Ambos suman una cobertura equivalente al 2,4% del territorio nacional. Cabe señalar que parte de la superficie de los Bañados del Este fue afectada por la expansión de arrozales en la zona durante los años '90. De ahí que el área haya sido inclui-

da por la Convención en el Registro de Montreux, que señala los casos de incumplimiento de las pautas de protección comprometidas.⁵

Para resolver dicha situación Uruguay está revisando los límites de las áreas incluidas así como su clasificación, e ingresando a la Convención de Ramsar nuevas áreas. En esa tarea se inscribe el ingreso a Ramsar del área “Estero de Farrapos e Islas del Río Uruguay”, que fue poco después una de las primeras en ser incluida en el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SNAP).

Ambientes destacados: pradera natural

En los anteriores informes de ODM los indicadores relacionados a la extensión de hábitats referían a la superficie de bosque natural y de humedales catalogados de interés mundial por la Convención de Ramsar. A ellos se agrega ahora la pradera natural.

Esto recoge una inflexión relativamente reciente en la concepción de las prioridades de conservación del país. A fines del siglo XX esa prioridad estaba concentrada principalmente sobre los humedales, que en la zona este del país fueron incluidos tanto en la Convención de

Ramsar como en las “reservas de biosfera” de la UNESCO.

En contraste, se dio poca atención a los espacios de pradera, que cubren la mayor parte del país. En la presente década se ha enfatizado, tanto en el país como desde organismos internacionales, que la conservación de la biodiversidad en ambientes de pradera es una de las tareas fundamentales de Uruguay en la materia, en tanto ese tipo de hábitat es el más característico de la región.

Por otra parte es el ambiente que ha estado sometido a presión desde más largo tiempo. Dicha presión puede remontarse a la introducción de la ganadería en el siglo XVI, continuando en el XIX con matanzas sistemáticas de sus especies más emblemáticas, para evitar su competencia por pasturas con el ganado. Fruto de esa práctica, que se extendió al siglo XX, es por ejemplo la casi eliminación del venado de campo en estado silvestre.⁶ Hasta fines de siglo la explotación económica de la pradera uruguaya se tradujo en la extinción o diezmo de los mayores representantes de su fauna, pero tuvo una incidencia menor en el resto de su biota.

Desde la pasada década la biodiversidad propia de la pradera está sometida a nuevas presiones, debidas en parte a una pau-

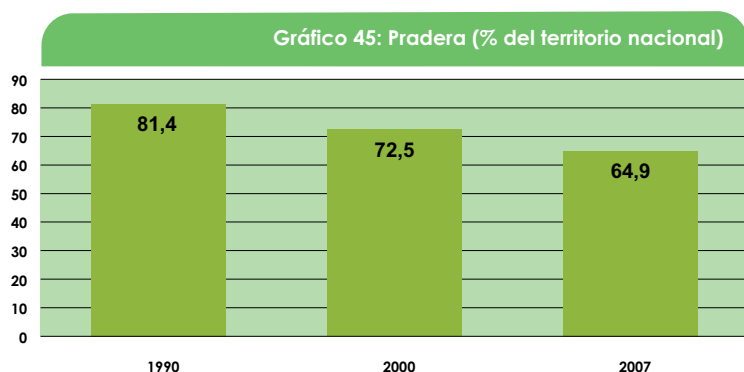
5 El Registro de Montreux es un listado de “los sitios Ramsar en los que se hubieran producido, se estuvieran produciendo o pudieran producirse modificaciones en las condiciones ecológicas” (www.ramsar.org).

6 Subsisten en la actualidad dos rebaños en estado natural, en Rocha y Salto, aunque ninguno de ellos se encuentra en áreas protegidas y por tanto su conservación no está facilitada por políticas estatales.

latina conversión de la pradera a usos agrícolas (principalmente por expansión de la soja, y en menor medida por crecimiento de la forestación).

Por otra parte, la propia ganadería tiende actualmente a un mayor grado de transformación sobre la pradera, sustituyendo la cobertura natural por artificial o interviniendo de diversos modos sobre ella. La superficie de praderas de pastoreo estaba constituida en 2007 por un 9% de pradera artificial, y un 27% de praderas modificadas.

El retroceso de la pradera natural como porcentaje del territorio queda reflejado en el siguiente cuadro.



Áreas protegidas

A lo largo del siglo XX diversas leyes y decretos nacionales y departamentales constituyeron áreas protegidas bajo distintas figuras ("parque nacional", "parque municipal", "monumento natural"), aunque hasta 1991 estas disposiciones legales no alcanzaron a concretarse en medidas de protección in situ.

Fuente: Datos de MGAP, Censo Agropecuario (1990 y 2000); y estimación de A. Brazeiro e.a. (2008), "Prioridades geográficas para la conservación de la biodiversidad terrestre de Uruguay".

Puede afirmarse entonces que en 1990 Uruguay aún no contaba en los hechos con un sistema de áreas protegidas efectivo. Por tanto, a partir de allí, el total del territorio abarcado por esta política equivale a su incremento. No obstante, cabe destacar que durante década y media la implementación de áreas protegidas fue llevada adelante por el MGAP, el MVOTMA e intendencias departamentales (en ocasiones asociadas a actores de la sociedad civil) sin que alcanzara a crearse con ellas un sistema único de gestión integrada. La creación de tal sistema fue dispuesta por la ley 17.234 (2000), y su puesta en marcha efectiva se concretó en 2005, al emitirse el decreto reglamentario correspondiente.

A partir de allí se inicia el proceso de incorporación formal al sistema de las áreas protegidas ya existentes, así como nuevos casos.⁷ En 2008 completaron el proceso de ingreso al sistema las dos primeras áreas: Quebrada de los Cuervos (Treinta y Tres) y Estero de Farrapos e Islas del Río Uruguay (Río Negro), a las que se agregaron en 2009 Valle del Lunarejo y Cabo Polonio.⁸

7 El proceso implica la presentación de la propuesta, elaboración de un proyecto por la DINAMA, su consideración en la Comisión Nacional Asesora de Áreas Protegidas, la puesta de manifiesto, una audiencia pública en la localidad involucrada, formulación de un proyecto final y su aprobación por decreto del Poder Ejecutivo a propuesta del MVOTMA.

8 En la anterior actualización de ODM el SNAP no tenía aún ningún área oficialmente incorporada. Dicho informe consigna la proporción de territorio sujeta a algún tipo de protección legal.

Laguna de Rocha, Cerro Verde e Islas de La Coronilla (Rocha) y Chamangá (Flores), han cumplido a 2009 las etapas de incorporación hasta la fase de audiencia pública.

La superficie cubierta por estas áreas en fase avanzada de ingreso o ya ingresadas al sistema, se detalla en el siguiente cuadro.

Fuente: MVOTMA - Departamento de Gestión del SNAP.

CUADRO 18		Áreas protegidas	
ÁREA PROTEGIDA	Departamento	Situación ante SNAP	Superficie (km ²)
Quebrada de los Cuervos	Treinta y Tres	Ingresada (2008)	44
Estero de Farrapos	Río Negro	Ingresada (2008)	58
Valle del Lunarejo	Rivera	Ingresada (2009)	293
Cabo Polonio	Rocha	Ingresada (2009)	258
Chamangá	Flores	Ingreso en proceso	122
Laguna de Rocha	Rocha	Ingreso en proceso	317
Cerro Verde	Rocha	Ingreso en proceso	90
Total ingresado o en proceso avanzado de ingreso			1.182
Porcentaje de superficie ingresada o en proceso avanzado de ingreso al SNAP			0,7 %

Otras se encuentran en una fase anterior del proceso: San Miguel, Laguna de Castillos, Laguna Negra (Rocha), Laureles-Cañas (Tacuarembó y Rivera), Bosques del Queguay (Paysandú), Bosques del Río Negro (Soriano y Río Negro), Paso Centurión – Sierra de Ríos (Cerro Largo), Isla de Flores (Montevideo) y Humedales del Santa

Lucía (Montevideo-Canelones-San José).

En casos de áreas costeras e insulares, estas involucran tanto superficie terrestre o lacustre, como oceánica y estuarina. En este sentido, cabe destacar que los ambientes marinos son una de las nuevas prioridades de acción incorporadas a la política de áreas protegidas.

vale decir, el total de superficie involucrada por disposiciones ministeriales o municipales, al margen de su situación de cumplimiento efectivo. Tal área constituía en conjunto un 1,6% del territorio nacional (Documento para el debate del Informe País, 2007, p.114).

Especies amenazadas

La elección de los anfibios como conjunto muestral indicativo del estado de la biodiversidad

para Uruguay se basa principalmente en que este es el primer grupo del que se tiene un relevamiento completo de las especies presentes en el país.

Para el resto de la fauna terrestre ese conocimiento se estima en 85 a 90% de las especies existentes. Por tanto, el porcentaje de especies amenazadas podría variar al registrarse nuevas especies y alterar el total, sin que hubiera cambios en las especies amenazadas en números absolutos.

La razón de la elección de los condrictios como representativos de las especies marinas comercialmente explotadas, es su captura en las pesquerías uruguayas y su registro en base a categorías de alta, media o baja amenaza (por el que este último rango equivale a las poblaciones dentro de límites de explotación seguros, señaladas por los lineamientos mundiales de los ODM).

Las especies de anfibios bajo algún grado de amenaza en el territorio uruguayo (desde “vulnerables” a “críticamente amenazados” en las categorías de UICN) son 13, en un total de 47, equivalente entonces a un 28%.

El número de especies de condrictios bajo explotación en las pesquerías uruguayas es de 63, de las cuales 28 están en el nivel inferior de la escala de amenaza realizada por la DINARA. Esto implica un 44% de estas especies con bajo nivel de amenaza.

Por otra parte, las especies más amenazadas de la fauna local conforman un grupo acotado y estable (en el sentido de que no se producen cambios frecuentes de categoría). Uruguay presenta 24 especies animales en las escalas de máximo riesgo de conservación (en situación de amenaza, amenaza crítica, en peligro y en peligro crítico). El grupo incluye 7 mamíferos, 10 aves (en su mayoría costeras migratorias), 5 reptiles (tortugas marinas) y 12 anfibios.

Dentro de este conjunto cabe fijar entonces prioridades de conservación y propender a que sus poblaciones queden comprendidas en áreas protegidas, por creación de nuevas áreas o reintroducción en sitios de protección.

En algunos casos cabe además procurar la reintroducción al país de especies recientemente extintas a nivel local que se han conservado en países vecinos (ej.: el ciervo de los pantanos, extinto en los Humedales del Este hacia mediados del siglo XX, pero relativamente abundante en ciertos puntos de la región, principalmente en Brasil).

La presencia de estas especies en zonas bajo protección puede además potenciar como símbolo y ejemplo el desarrollo del Sistema Nacional de Áreas Protegidas (tal el rol de las llamadas “especies-bandera” en términos de conservación).

II. Programas y acciones de apoyo

La principal política pública en la materia ha sido la puesta en marcha efectiva del **Sistema Nacional de Áreas Protegidas**.

Para fortalecer este proceso, el gobierno nacional ha dispuesto recursos propios y ha accedido a apoyo técnico y financiero de la cooperación internacional multilateral (GEF, PNUD) y bilateral (España y Francia, entre otros). También se suman aportes de la sociedad civil y de actores privados⁹. Para el caso de la identificación y planificación de áreas marinas y costeras, las tareas de la DINAMA (MVOTMA) se articulan con las de la DINARA (MGAP), con especial competencia en materia de pesca. DINARA tiene a cargo, en fase preparatoria, un proyecto de gestión de recursos pesqueros coordinado con el Proyecto SNAP de la DINAMA que contará con apoyo de FAO y del GEF.

Diversas iniciativas relacionadas a la protección de ambientes y recursos naturales, y de su acervo biológico, han sido desarrolladas en el marco del Programa de Producción Responsable (del MGAP), del Programa de Pequeñas Donaciones (implementado con fondos GEF por el PNUD, junto a la DINAMA y ONGs), así como los progra-

mas de gestión integrada de las zonas costeras (Ecoplata) y de protección ambiental del Río de la Plata y su Frente Marítimo (Freplata), este último con Argentina.

En materia de **bosque natural**, durante 2008-2010 el MGAP ejecutará con apoyo de FAO-UNJP el Proyecto Inventario Forestal Nacional, destinado a relevar datos cuantitativos y cualitativos sobre los recursos forestales nativos y plantados. Esto incluye información sobre su extensión, existencias, especies, estado sanitario de los bosques, situación de los suelos, conservación de ecosistemas naturales y situación de la biodiversidad.

Para asegurar un uso sostenible del bosque nativo se han desarrollado regulaciones por parte de gobiernos departamentales que constituyen un complemento necesario a la tarea desarrollada a nivel nacional en el control de la explotación del monte nativo, en particular para mantener una gestión adecuada de los recursos en terrenos fiscales.

Respecto a la posibilidad de avanzar hacia políticas de protección focalizadas para **especies en peligro**, la DINAMA coordinó la elaboración de una lista consensuada de especies prioritarias. Publicada en 2009, dicha lista deberá orientar las políticas nacionales en este terreno.

⁹ Estas actuaciones están articuladas en el proyecto Fortalecimiento del Proceso de Implementación del Sistema Nacional de Áreas Protegidas de Uruguay, MVOTMA/DINAMA - PNUD/GEF.

III. Desafíos y prioridades

En la actualidad el eje más dinámico de políticas está en el desarrollo del SNAP. En este sentido el paso inmediato es **continuar extendiendo el sistema de áreas protegidas** y en forma paulatina **dotarlo de una mayor representatividad** en lo que hace a la variedad de ambientes y especies protegidas. Esto plantea el desafío de desarrollar un plan estratégico del sistema que incluya, entre otros aspectos, su diseño y gradual desarrollo (incluyendo ambientes que hoy tienen baja representación, haciendo énfasis en las praderas y en los ecosistemas marinos y estuarinos).

Por su parte, la protección de ciertos conjuntos particulares de biota ha mostrado buenos resultados en el caso del bosque nativo, que en sí mismo es un recurso económico estimado y por tanto presenta estímulos claros para su conservación. En cambio la situación ha mostrado ser más compleja en el caso de los humedales, donde el principal punto pendiente es **efectivizar los compromisos de conservación contraídos en el marco de la Convención de Ramsar y las Reservas de Biosfera de UNESCO**.

Finalmente, **articular la protección ambiental en áreas específicas con la preservación de los recursos naturales en todo el territorio nacional**, supone conjugar dicha política con herramientas de gestión

más amplias, como el Decreto-Ley de Conservación de Suelos y Aguas, y la Ley de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible.

ODM 7 Meta Nacional 10

Metas Mundiales	Metas Nacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10 – Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10 – Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable, y reducir a la mitad aquella sin acceso al saneamiento.
Indicadores	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales. • Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de hogares sin acceso a agua potable • Porcentaje de hogares sin acceso a saneamiento.

El agua potable está disponible en Uruguay para toda la población urbana y rural, dada la buena cobertura de la red y al fácil acceso a napas de agua de alta calidad para el uso humano en todo el territorio. No obstante, en las áreas urbanas de 900 y más habitantes, disponía de agua potable al interior de las viviendas en 1991 el 90% de los hogares. El déficit de conexión al agua potable al interior de las viviendas ha estado asociado, entre otros factores, a condiciones de precariedad habitacional.

Por su parte, la conexión a la red de saneamiento en las loca-

lidades de 900 y más habitantes alcanzaba en 1991 al 58% de los hogares. En las áreas rurales y suburbanas (posteriormente absorbidas en algunos casos por los conglomerados metropolitanos) el saneamiento fue abordado mediante la instalación de fosas sépticas y pozos negros, que por entonces eran la forma de saneamiento utilizada por el 41% de los hogares.

La evolución a partir de entonces ha mostrado buenos resultados, tanto en el suministro de agua potable al interior de las viviendas, como en las conexiones a la red de saneamiento en las áreas urbanas. La disponibilidad de agua potable al interior de la vivienda avanzó de manera sistemática a lo largo de dos décadas, hasta reducirse al 3,7% los hogares que no disponen de este servicio dentro de la vivienda en el conjunto del país urbano (la aparente reversión de esa tendencia en 2005-2007 responde en realidad a la ampliación del conjunto relevado, incluyendo poblaciones más pequeñas). Buena parte de ese incremento se situó en el área metropolitana de Montevideo.

Hogares sin acceso a agua potable en la vivienda (%)	
1991	10,1
1998	5,4
1999	4,4
2000	4,4
2001	4,0
2002	3,9
2003	3,2
2004	3,2
2005	3,3
2006	4,6
2007	5,6
2008	3,7

Fuente: INE-ECH (1991). MIDES, Evaluación y Monitoreo, en base a ECH (1998-2008).

1991: Localidades de 900 y más hab.

1998-2005: Localidades de 5.000 y más hab. 2006-2008: País urbano, inc. localidades menores a 5.000 hab.

Por su parte, la planificación a gran escala del saneamiento urbano se inició en Montevideo en los '70, y tuvo un impulso mayor a partir del Plan Director de Saneamiento, de 1992-95. Este fijó pautas para mejorar el saneamiento, ampliar su cobertura y recuperar la calidad de los cuerpos de agua del departamento de Montevideo, las cuales regirán la acción de la IMM en la materia durante las tres primeras décadas del siglo XXI.

La conexión a la red de saneamiento avanzó con continuidad, avanzando desde el 61 al 67% de los hogares en 1998-2005, y sumando otro punto porcentual de avance en 2006-8. No obstante, no resultan directamente comparables los datos anteriores y posteriores a 2006, ya que en dicho año la ECH amplió su base al total del país urbano (incluyendo localidades menores a 5.000 habitantes). El desfase entre la muestra de 2005 y la de 2006 es la causa de un mayor registro de saneamiento por fosa séptica/pozo negro desde ese último año. Pese a ese desajuste, los valores tomados a partir de 2006 resultan más ajustados que los del período 1998-2005 y también relativamente más comparables con los de 1991. Dichos valores y el universo al que correspondió la muestra en cada período se detallan en la siguiente tabla. El porcentaje residual corresponde a saneamiento inadecuado (ej.: entubado hacia cursos de agua) y ausencia de saneamiento (en viviendas sin baño).

Cuadro 20	Cobertura de saneamiento adecuado (% de hogares)		
	Red	Pozo negro/ fosa séptica	Total
1991	58,4	41,2	99,6
1998	61,1	38,6	99,7
1999	60,7	39,1	99,8
2000	60,3	39,4	99,7
2001	64,2	35,6	99,8
2002	65,3	34,4	99,7
2003	65,2	34,6	99,8
2004	67,4	32,4	99,8
2005	67,0	32,7	99,7
2006	62,9	35,4	98,3
2007	63,1	34,9	98,0
2008	64,2	34,1	98,3

II. Programas y acciones de apoyo

En 2006 culminó el **Plan de Saneamiento Urbano III**, que incorporó a la red a 140.000 habitantes, y durante sus **fases IV a VI** completará la conexión de toda la población del departamento de Montevideo. Actualmente resta incorporar a la red de saneamiento a un 14% de la población urbana de Montevideo, y se prevé alcanzar la cobertura total en la década de 2020.

Fuente: INE-ECH (1991). MIDES, Evaluación y Monitoreo, en base a ECH (1998-2008)

1991: Localidades de 900 y más hab.

1998-2005: Localidades de 5.000 y más hab.

2006-2008: País urbano, inc. localidades menores a 5.000 hab.

En el resto del país el saneamiento se ha dinamizado en función del **Plan Nacional de Saneamiento**, cuyo objetivo central es precisamente ampliar la red de alcantarillado en las ciudades del interior. Parte fundamental de dicho plan son las

obras a realizarse para el saneamiento de Ciudad de la Costa y de Maldonado-Punta del Este, que constituyen los mayores planes de obras en la historia de OSE.

El avance en la meta sobre agua potable y saneamiento ha estado vinculado al desempeño en la referente a asentamientos, ya que parte de las nuevas conexiones a las redes de agua y saneamiento se ejecuta en **programas de vivienda aplicados para realojar o integrar a la trama urbana los asentamientos irregulares**.

En ese camino debió generarse una creciente integración entre la OSE y el MVOTMA.

III. Desafíos y prioridades

En materia de agua potable, las prioridades son: **mejorar el servicio** (plantas de bombeo y estaciones potabilizadoras), resolver las pérdidas de agua en el sistema y el agua no contabilizada, y continuar avanzando en la **incorporación del servicio de agua al interior de viviendas que aún no lo poseen**.

En el caso del saneamiento, **la prioridad es continuar avanzando en la extensión de la red de saneamiento especialmente en las mayores aglomeraciones urbanas del país: Montevideo y su área metropolitana (incluyendo Ciudad de la Costa) y Maldonado-Punta del Este**.

ODM 7 Meta Nacional 11

Metas Mundiales

- Meta 11 – Haber mejorado considerablemente para el año 2020 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

Indicadores

- Proporción de hogares con acceso a tenencia segura.

Metas Nacionales

- Meta 11 – Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas residentes en condiciones habitacionales precarias (cantegriles, tugurios, asentamientos irregulares).

Indicadores

- Porcentaje de personas en asentamientos irregulares.
- Porcentaje de personas viviendo en condiciones de hacinamiento.

En el Uruguay las viviendas precarias (expresadas en la calidad de los materiales con que están construidas y en el acceso insuficiente a servicios básicos) tienen su expresión principal –aunque no exclusiva– en los asentamientos irregulares.

El número de asentamientos tendió a crecer durante los años ochenta y noventa, principalmente en Montevideo, y más recientemente en la periferia de otras ciudades. El ciclo de estancamiento y crisis económica que afectó al país de 1999 a 2002 agravó la situación, pasando de 464 asentamientos en 1998-2000 a 676 en 2006.

Se trata de una realidad fuertemente concentrada en Montevideo. En el año 2006, el 61% de los asentamientos irregulares se encontraban localizados en la capital, repartiéndose el restante 39% en el conjunto del país.

El 11% de la población que habita en Montevideo, lo hace en asentamientos irregulares. En el resto del país, lo hace el 3% de los habitantes. De esto resulta que el 6% de la población del Uruguay ocupaba asentamientos irregulares, lo que implica un total de 196.000 personas (INE-PIAI, 2006).

Cuadro 21 Asentamientos Irregulares

	Total Asentamientos		Viviendas en Asentamientos		Personas en Asentamientos	
	1998-2000	2006	1998-2000	2006	1998-2000	2006
Montevideo	364	412	30.022	39.116	121.168	144.707
Interior	100*	264**		14.522		51.065
Total	464	676		53.638		195.772

* Las cifras totales para el interior, no son comparables dado que el relevamiento del año 1998 solo se realizó en las localidades de más de 10.000 habitantes (según Censo 1996) y el del año 2006 se extendió a todo el territorio.

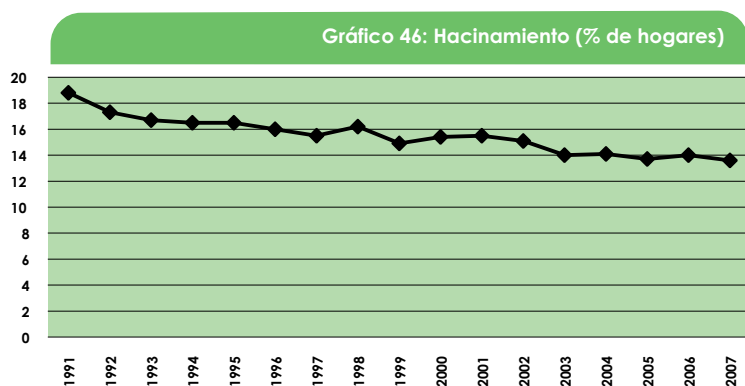
** La cifra incluye 20 asentamientos detectados en áreas rurales, cuyos datos de población y viviendas en 2004 no pudieron ser reprocesados. Se estima un mínimo de 200 viviendas de acuerdo con la definición de asentamientos utilizada por el INE.

Fuente: INE – PIAI: Relevamiento de Asentamientos 2005–2006 y Programa PROAS – FCS (www.fcs.edu.uy/vcomedio/PROAS.htm).

Mientras los asentamientos irregulares muestran una tendencia histórica de crecimiento que va de los '80 al período de crisis, el porcentaje de población en condiciones de hacinamiento (tres o más personas por habitación) ha tenido desde el año base una tendencia estable de reducción. El contexto de es-

tancamiento y crisis en torno al cambio de siglo detuvo coyunturalmente ese movimiento, pero posteriormente el fenómeno continuó reduciéndose.

Esta diferencia en el comportamiento de ambos indicadores remarca la incidencia de la fragmentación social de la trama urbana, que ha visto crecer los asentamientos incluso en un contexto favorable a largo plazo para el conjunto de la población, en términos del ratio entre población y viviendas.



Fuente: Datos de INE-ECH, procesados por MIDES, Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (en <http://observatoriosocial.mides.gub.uy>).

II. Programas y acciones de apoyo

El **PIAI (Programa de Integración de Asentamientos Irregulares, del MVOTMA)** es la herramienta central de política para integrar a la población de los asentamientos a la trama urbana regular. Atiende asentamientos en suelo de propiedad pública cuya consolidación resulte viable.

El programa mejora o construye infraestructura y equipamiento barrial en los asentamientos: obras de vialidad, saneamiento, tendido de redes

de agua potable y electricidad, alumbrado y espacios públicos, entre otros. Construye también equipamientos sociales, como centros de salud, salones comunales o centros de atención a la infancia. La construcción de viviendas se restringe a los casos en que sea imprescindible por el trazado del proyecto. El proceso finaliza con la regularización dominial de los predios en favor de las familias.

El PIAI, financiado con un préstamo del BID, tomó nuevo impulso a partir del año 2005. En el período 2000-2004 el programa finalizó 18 proyectos,

abarcando a 19 asentamientos y 7.400 personas. Entre 2005 y 2009 finaliza 24 proyectos, que atienden a 39 asentamientos y 19.700 personas. Los primeros atendieron fundamentalmente al interior del país, extendiéndose el segundo grupo a Montevideo y los departamentos de más intensa dinámica de población en las últimas décadas (sur, litoral y frontera norte).

En la actualidad comienza a aplicarse un proyecto que atiende a 25 asentamientos con 7.300 hogares, el cual de por sí

reducirá en cerca de un 15% los hogares en asentamientos irregulares. Se extenderá por cinco años y, acorde al perfil territorial antes señalado, habrá de volcarse en su mayor parte a los asentamientos surgidos en el área metropolitana de Montevideo.

Desde 2005 a la fecha se gestionan proyectos que incluyen la construcción de 72 equipamientos comunitarios y espacios públicos (policlínicas, centros CAIF, centros de jóvenes, espacios deportivos polifuncionales, espacios verdes, etc.) para garantizar la mejora en cobertura y acceso a servicios de salud, educativos, recreativos, de capacitación, y de fortalecimiento de las organizaciones barriales.

En 2009, a partir de los aprendizajes derivados de la implementación, el programa comienza a trabajar bajo una nueva modalidad de intervención, destacándose que las actuaciones ya no se limitarán al perímetro de los asentamientos sino que se trabajará sobre todo el tejido urbano de las áreas precarias aledañas. Estas áreas se definirán por sus carencias urbanas y socio-económicas, que frecuentemente son tan graves en los asentamientos irregulares como en sus zonas circundantes.

La intervención del Programa se orientará de acuerdo a un plan de desarrollo zonal, que deberá ser concertado por todos los actores relevantes con incidencia en el área. Con esto se busca mejorar la integridad de

la respuesta que se da al problema de la informalidad urbana, aportando a la vez una visión de desarrollo de mediano plazo para el territorio.

Por otra parte, el origen de los asentamientos irregulares no se encuentra vinculado solamente a la pobreza, sino también a las dificultades en el acceso a la vivienda formal por un creciente número de hogares. La política de vivienda fue matizada en los años sesenta sobre la base de un acceso condicionado al nivel de ingresos. Dicho acceso fue pensado en función de una población asalariada formal, con ingresos que, aún siendo relativamente bajos, serían estables. Pero esta matriz no se ajusta a las características de la población actual, con un sector informal más importante, y con parte de la población con niveles de ingreso que dificultan su acceso a la vivienda en las condiciones pautadas por la matriz de los sesenta.

Atendiendo a esta realidad, desde el año 2005, el MVOTMA ha abierto nuevos programas destinados a la compra de vivienda nueva y usada, fondo de garantía de alquileres, refacción y mejora de la vivienda, atención primaria habitacional y apoyo a las cooperativas de vivienda. Estas acciones deben ser ubicadas dentro del marco general de creación de una nueva institucionalidad tendiente a una redefinición del accionar público en la política de vivienda. También forma parte de

este proceso la reestructura del Banco Hipotecario del Uruguay (BHU) para convertirlo en un instrumento eficaz y eficiente dentro del mercado hipotecario, especialmente dando respuesta a aquellos sectores de la población que no califican como clientes del resto de las instituciones que ofrecen crédito hipotecario. Finalmente, se inscribe también en este ciclo de reformas la creación de la Agencia Nacional de Vivienda, como un servicio descentralizado a cargo de la ejecución de las políticas de vivienda y hábitat urbano definidas por el Plan Quinquenal.

Un eje complementario de política en el marco de la meta 11 es el **MEVIR, Movimiento de Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural**, a cargo del MVOTMA. Este programa fue creado en 1967 para solucionar la situación de los rancharíos rurales y atiende a población de bajos ingresos en localidades de hasta cinco mil habitantes. Conforme el problema original se transformó (convirtiéndose en urbano) el programa incorporó nuevos objetivos, como la mejora de instalaciones productivas en pequeños establecimientos agropecuarios familiares, que se añadió en los '90 y actualmente concentra gran parte de los programas.

El período de mayor actividad del MEVIR se inició en 1989 y se extendió hasta 2002. Desde entonces, al agravarse la situación de los asentamientos

irregulares urbanos, parte de su actividad derivó hacia las áreas urbanas pertenecientes a las pequeñas localidades del Interior.

Un cambio reciente ha sido la extensión de las actividades del MEVIR al área rural de Montevideo, que en la interpretación tradicional de la legislación vigente había quedado fuera de su esfera.

Al mismo tiempo se han establecido cambios en la forma de atender las necesidades de vivienda en los sectores de más bajos ingresos. En los '90 el acento fue puesto en la estrategia de núcleos básicos evolutivos donde los beneficiarios recibían una vivienda de mínima estructura, que luego debían intentar ampliar. En la actualidad se apunta en cambio a soluciones de vivienda de mayor superficie y calidad, y al fomento de la actividad cooperativa como herramienta de ejecución.

III. Desafíos y prioridades

El desafío central continúa siendo **revertir lo que ha sido la tendencia histórica de incremento de los asentamientos irregulares y su población** en las últimas décadas. Se espera que la modificación de la institucionalidad de los organismos competentes en materia de vivienda, así como la ampliación del espectro de los nuevos programas implementados desde los mismos (en especial los programas de lotes con servicios, de garantías de alquiler y de subsidio a la cuota para la compra

de viviendas por familias con hijos), impacten positivamente en el acceso a la vivienda formal y la permanencia en ella, por parte de los sectores de menores ingresos.

En términos de la política de regularización que se viene implementando, se destaca la **necesidad de profundizar y sostener en el tiempo la orientación hacia la integración social y territorial que la misma tiene.**

La nueva estrategia de intervención del PIAI, estructurada de acuerdo a un plan de desarrollo zonal, abre un **desafío institucional** importante, ya que serán necesarios **mayores esfuerzos de coordinación** entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con incidencia en el territorio, así como con los vecinos, para lograr el éxito de los proyectos.

Otros desafíos refieren a la **habilitación y agilización de los complejos procedimientos técnicos, jurídicos y legislativos** (básicamente la identificación de titulares, fraccionamiento, tasación, cálculo de subsidio y traspaso de la propiedad en diversas modalidades) necesarios para asegurar la tenencia del suelo y la vivienda a los beneficiarios de regularizaciones, respetando sus posibilidades y preferencias.

Junto a lo señalado, es preciso construir una respuesta a los asentamientos irregulares (aproximadamente 35% del total) que **no reúnen las condiciones para ser regularizados** por el PIAI.

Es necesario también **diseñar medidas que permitan el acceso y permanencia en la trama formal de las ciudades a familias que hoy habitan en la informalidad.** En este sentido, será necesario avanzar en medidas afirmativas que bajen el costo de la vivienda y servicios para este sector, descargando a los hogares de menores ingresos de los requerimientos ligados a la formalidad y al uso de servicios imprescindibles para una calidad de vida digna. En esta línea se ubican convenios con organismos y gobiernos municipales para tarifas sociales, exoneraciones, etc.

Asimismo, debe avanzarse en el **diseño de medidas que permitan revertir el proceso de generación de nuevas construcciones dentro de los asentamientos irregulares ya existentes.** Junto a las medidas señaladas tendientes a facilitar el acceso a la vivienda para los nuevos hogares, será necesario avanzar en la mejor comprensión del lugar que los arreglos familiares tienen en la provisión de bienestar, para los sectores que habitan en la trama informal.





