



**Uruguay Social**  
Consejo Nacional  
de Políticas Sociales

# OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

**Informe País Uruguay 2013**



SETIEMBRE 2013

# OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Informe País Uruguay 2013

Consejo Nacional de Políticas Sociales

---

SETIEMBRE 2013

Sr. José Mujica  
*Presidente de la República Oriental del Uruguay*

Cr. Danilo Astori  
*Vicepresidente de la República Oriental del Uruguay*

### Gabinete Social

---

Ec. Daniel Olesker  
*Ministro de Desarrollo Social*

Ec. Fernando Lorenzo  
*Ministro de Economía y Finanzas*

Sr. Eduardo Brenta  
*Ministro de Trabajo y Seguridad Social*

Dr. Ricardo Ehrlich  
*Ministro de Educación y Cultura*

Sra. Liliam Kechichián  
*Ministra de Turismo y Deporte*

Dra. Susana Muñiz  
*Ministra de Salud Pública*

Arq. Francisco Beltrame  
*Ministro de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente*

Ec. Gabriel Frugoni  
*Oficina de Planeamiento y Presupuesto*

### Consejo Nacional de Políticas Sociales

---

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

Andrés Scagliola / *Director de la Dirección Nacional de*  
*Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social*

Andrés Masoller / *Jefe Asesoría macroeconómica*  
*Ministerio de Economía y Finanzas*

Raquel Lejtregger / *Subsecretaria*  
*Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y*  
*Medio Ambiente*

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

Jorge Velázquez / *Asesor*  
*Ministerio del Interior*

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

Enzo Benech / *Subsecretario*  
*Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca*

Leonel Briozzo / *Subsecretario*  
*Ministerio de Salud Pública*

Luis Porto / *Subsecretario*  
*Ministerio de Relaciones Exteriores*

Ernesto Irureta / *Director de Deportes*  
*Ministerio de Turismo y Deporte*

*Oficina de Planeamiento y Presupuesto*

## Organismos e institutos invitados

---

Wilson Netto / *Presidente del CODICEN*  
*Administración Nacional de Educación Pública*

Julio Calzada / *Presidente*  
*Junta Nacional de Drogas*

Beatriz Silva / *Presidenta*  
*Administración de los Servicios de Salud del Estado*

Delia Soria / *Directora*  
*Plan Juntos*

Heber Galli / *Director*  
*Banco de Previsión Social*

José Querejeta / *Presidente*  
*Obras Sanitarias del Estado*

Javier Salsamendi / *Presidente del Consejo Directivo*  
*Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay*

Jorge Camors / *Director*  
*INEFOP*

Laura Nalbarte / *Directora*  
*Instituto Nacional de Estadística*

Gabriela Garrido / *Delegada*  
*Congreso de Intendentes*

### Consultor responsable del informe

Ec. Pablo Martínez Bengochea

### Colaboradores técnicos

*Integrantes de Secretaría Técnica del CNPS*

Soc. Selene Gargiullo, Ec. Andrea Palma

*Integrantes de la Secretaría Técnica del CNPS*

### Procesamiento de la Encuesta Continua de Hogares

Ec. Marco Collafranceschi

Ec. Paula Carrasco

Montevideo, setiembre de 2013

© Consejo Nacional de Políticas Sociales  
18 de Julio 1453. Piso 8. Montevideo, Uruguay  
Tel.: 2400 0302 interno 1250  
politicassociales@mides.gub.uy

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

**Fotos:** Inés Filgueiras; Unidad de Información y Comunicación del Ministerio de Desarrollo Social; Secretaría de Comunicación de Presidencia de la República

ISBN Papel 978-9974-8416-3-5. Digital 978-9974-8416-4-2

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) fue creado por Ley N° 17.866 promulgada el 21 de marzo de 2005. Le compete, entre otros, coordinar las políticas en materia de desarrollo social.



# Índice de contenidos

2015 y después .....	7
Introducción.....	9
Resumen ejecutivo y principales conclusiones .....	11
<b>ODM 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>	
Meta Nacional 1A .....	25
Meta Nacional 1B .....	35
Meta Nacional 2 .....	51
<b>ODM 2. Lograr la enseñanza primaria universal</b>	
Meta Nacional 3.....	61
<b>ODM 3. Promover la igualdad de los sexos y la autonomía de la mujer</b>	
Meta Nacional 4.....	93
<b>ODM 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años</b>	
Meta Nacional 5.....	105
<b>ODM 5. Mejorar la salud materna</b>	
Meta Nacional 6A .....	117
Meta Nacional 6B.....	122
<b>ODM 6. Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades</b>	
Meta Nacional 7A.....	133
Meta Nacional 7B.....	141
Meta Nacional 7B.....	143
<b>ODM 7. Meta Nacional 9 y 10</b>	
Garantizar la sustentabilidad ambiental .....	151
Meta Nacional 9B.....	160
Meta Nacional 10 .....	166
Meta Nacional 11.....	174
Notas Metodológicas.....	183



# 2015 y después

El desarrollo es una tarea de las y los ciudadanos y de sus gobiernos pero, en un mundo globalizado, la ciudadanía ya no puede entenderse limitada a las fronteras nacionales. Se trata de un objetivo planetario: la suerte de cualquier ser humano, en cualquier rincón de la Tierra, es también nuestra suerte. La Organización de Naciones Unidas refleja esta concepción que todavía tiene mucho camino para recorrer para su efectiva realización. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un instrumento de avance que el gobierno de Uruguay tomó con fuerza fijando metas nacionales más exigentes de las que este informe rinde cuentas. Este informe trata del resultado de la tarea de monitoreo encomendada al Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Desde 2005, el avance ha sido significativo reconociendo resultados alentadores. En un apretado resumen veremos, entre otros, que se logró reducir claramente la pobreza y la indigencia; se amplió el empleo y además mejoró su calidad; se consiguió cumplir con las metas en materia de mortalidad infantil y materna, así como frenar la expansión del VIH/SIDA y reducir los casos de quiste hidático y hepatitis; hay, finalmente, avances en la protección de la biodiversidad y en el acceso al agua potable, lo que además de un mandato constitucional sale al encuentro de un derecho humano fundamental como el de un medio ambiente sano. Sin alcanzar completamente todavía las metas nacionales también hubo mejoras en la solución del déficit nutricional de los niños, la universalización de la educación inicial, la reducción paulatina y constante de las desigualdades de género y generaciones, y el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Es claro que persisten desigualdades y que, en ciertos sectores sociales y en ciertas áreas territoriales, el trabajo debe continuar con aún más intensidad. Este *Informe País Uruguay 2013*, entonces, actualiza la información existente, destacando los objetivos que alcanzaremos al 2015; en cuáles nos acercaremos significativamente a su logro; pero también en qué áreas se mantendrán los desafíos y los esfuerzos colectivos que debemos comprometer. Para nosotros la igualdad es un valor fundamental y es por ello que en el examen de estas metas incorporamos información para la mejor comprensión de las desigualdades e inequidades que persisten.



El informe prepara así al país para los principales desafíos a enfrentar tras el año 2015 fijado para dar cuenta del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La discusión sobre el tiempo post-2015 ya está en marcha y Uruguay la encara de la mejor manera. Los logros obtenidos representan un fuerte impulso para continuar avanzando hacia el cumplimiento de nuestras metas nacionales en el marco de las metas planetarias de desarrollo: un país y un mundo sin pobreza, con igualdad, donde el artículo primero de la carta fundamental de la Organización de Naciones Unidas —aquel que dice que “*todas las seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*”— sea realidad a través de oportunidades ciertas de realización humana para todas y todos.

**Lauro Meléndez**  
Presidente

**Andrés Scagliola**  
Coordinador

# Introducción

La Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo allí definidos (ODM) fueron adoptados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el año 2000 y se constituyeron en una agenda mundial que reúne estrategias comunes de desarrollo. Este acuerdo ha colocado la equidad en el centro de la atención mundial.

*“Un análisis de la pobreza que se centre sólo en los ingresos puede quedar muy lejos de lo que principalmente nos preocupa en la pobreza, a saber, la limitación de las vidas que algunas personas se ven forzadas a llevar”* (Sen, 1992). En este sentido, los ODM han tenido la virtud de abordar la pobreza desde una perspectiva multidimensional, siendo un instrumento fundamental para abordar integralmente y transversalizar las políticas sociales.

El primer Informe País es elaborado en el año 2004, luego de un proceso de diálogo muy amplio (desarrollado en los años 2003 y 2004) entre el gobierno nacional, los gobiernos departamentales, la sociedad civil, los representantes políticos, la academia y los organismos de cooperación bilateral y multilateral. En dicha oportunidad, se definieron las Metas Nacionales para los siete primeros Objetivos de Desarrollo del Milenio y se identificaron los desafíos que Uruguay debía enfrentar en cada una de las temáticas consideradas.

A partir de 2007, de acuerdo a la resolución presidencial N° 125 del 06/03/07, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNPS) pasa a ser el organismo del Estado uruguayo responsable del monitoreo, supervisión y evaluación de los avances hacia el logro de los ODM, siendo en consecuencia también el encargado de la elaboración de los informes a ser presentados ante las Naciones Unidas.

En el año 2008 en un proceso participativo que reedita las mesas de diálogo realizadas en 2003 y 2004, se analizan e incorporan las nuevas metas propuestas por Naciones Unidas referidas a empleo juvenil, VIH/SIDA, salud materna y medioambiente, ajus-

tándolas a la realidad nacional. Sobre la base de dicho insumo, el CNPS presenta ante la Asamblea General de Naciones Unidas el *Informe País Uruguay 2009*, dando cuenta de los avances alcanzados a la fecha y los desafíos aún pendientes.

Continuando con el proceso de evaluación y seguimiento de los ODM, en 2010 el CNPS edita el *Addendum al Informe País Uruguay 2009* que complementa el Informe País de 2009. Allí se analizan distintas desigualdades presentes en los avances del país hacia el logro de los ODM. Las inequidades analizadas son de corte socioeconómico, territorial, de género, intergeneracionales y de origen étnico-racial.

El presente *Informe País Uruguay 2013*, actualiza la información permitiendo examinar en qué campos el país ha alcanzado o bien alcanzará al 2015 las metas nacionales definidas; en cuáles se acercará significativamente al logro de las mismas; y en que áreas persistirán desafíos que requerirán esfuerzos adicionales más allá de dicho año. Asimismo, se aporta información para la mejor comprensión de desigualdades e inequidades presentes en la sociedad uruguaya, socioeconómicas, territoriales, de género, intergeneracionales y étnicas, de forma tal que las políticas públicas den cuenta explícitamente de ellas e incluyan las acciones correspondientes para superarlas.

---

# **Resumen ejecutivo y principales conclusiones**

---



## **1. Estado de avance en el logro de los ODM y el cumplimiento de las metas nacionales definidas a 2015, una mirada de conjunto**

A menos de 3 años del fin del período establecido por NNUU para el logro de los ODM, Uruguay ha obtenido logros muy destacados.

Consciente de que algunas de las metas mundiales, tal como estaban definidas o medidas por las NNUU, ya habían sido logradas por el país (caso de las metas 1a/pobreza, 2/alimentación, 3/educación y 4/género), Uruguay se propuso en estos casos metas nacionales más exigentes. Metas nacionales acordes al nivel de desarrollo humano alcanzado por el país y consistentes con los objetivos nacionales en esas áreas, expresados en leyes y planes gubernamentales. En el caso de la meta 1b/empleo Uruguay definió una meta nacional más precisa. En los restantes casos (meta 5 en adelante) Uruguay adoptó las metas mundiales como metas nacionales sin modificar su formulación.

Uruguay ha alcanzado varias de sus metas nacionales y logrará otras en los plazos previstos. En aquellas escasas áreas donde las metas nacionales están más distantes, el país habrá podido modificar las tendencias preexistentes realizando avances significativos a 2015.

A continuación se presenta un resumen del estado de avance en cada uno de los ODM y las metas nacionales correspondientes:

i. **ODM 1. Meta nacional 1.A. Reducción de la pobreza y eliminación de la indigencia.** Considerando los ingresos de los hogares, la pobreza se redujo a menos de la mitad respecto al año base 1990, habiéndose superado la meta: alcanzó al 12,4 % de las personas en todo el país, urbano y rural, en 2012. Por su parte la indigencia se ha reducido a niveles mínimos (0,5 % de las personas en todo el país en 2012), por lo que se puede afirmar que esta meta también está siendo alcanzada. Estos logros son particularmente significativos si se tienen en cuenta los guarismos de pobreza e indigencia registrados en el año 2004. La mejora de todas las dimensiones que integran la pobreza (educativas, de salud, de empleo, etc.) resulta fundamental para sostener dichos avances.

ii. **ODM 1. Meta nacional 1.B.** El *desempleo* (global, femenino, juvenil y del primer quintil de ingresos) se ha reducido a niveles

históricos, superándose las metas definidas (la tasa de desempleo para todo el país se ubicó en 2012 en 6,1 %). El país está avanzando en la reducción de la brecha entre las tasas de desempleo, masculina y femenina, y es posible lograr también niveles de desempleo de un dígito entre los jóvenes y entre las personas del primer quintil de ingresos.

La *informalidad en el empleo* (ocupados sin cobertura de la seguridad social) global y del primer quintil de ingresos se ha reducido significativamente (26 % entre todos los ocupados en 2012), previéndose alcanzar las metas antes de 2015. El país está realizando el proceso de formalización del empleo más grande de toda su historia. Los esfuerzos están ahora enfocados en profundizar la reducción de la informalidad en algunas actividades específicas y entre los ocupados de baja calificación.

**iii. ODM 1. Meta nacional 2. Niños/as menores de 5 años con déficit nutricional.** La información disponible, correspondiente a los menores de 2 años, muestra avances, aunque lentos en los dos indicadores donde Uruguay tiene sus mayores problemas: la obesidad y el retraso de talla. Al respecto, en 2012 se comenzó a implementar el programa nacional “Uruguay crece contigo” orientado a la atención de embarazadas y niños en riesgo sanitario (reflejado en desnutrición, anemia y problemas de crecimiento), lo cual contribuirá a afirmar una tendencia hacia el logro de la meta.

**iv. ODM 2. Meta nacional 3. Educación inicial (3, 4 y 5 años por ley).** Se alcanzará la universalización en los niveles de 4 y 5 años (meta comprometida por Uruguay) donde la asistencia alcanzó en 2012 al 90 % y al 98 % respectivamente. En el nivel de 3 años Uruguay no se ha propuesto aún la universalización, siendo la meta definida la cobertura total para los hogares del primer quintil de ingresos y la atención a la demanda para los hogares de los otros quintiles. La aceleración del proceso de apertura de nuevos Centros CAIF, particularmente en Montevideo y el área metropolitana, permitiría al país aproximarse rápidamente al logro de la meta en el nivel de 3 años. Cabe destacar que actualmente, a nivel nacional, dos tercios de todos los niños y niñas de 3 años está matriculado en educación inicial.

*Educación media.* Respecto a las metas nacionales, concordes con las disposiciones legales del país en la materia, la información disponible muestra que:

En cuanto a la *asistencia*, se están verificando avances en la retención de los adolescentes en el sistema educativo, particularmente en educación media básica donde asimismo se muestran avances en la tasa neta de asistencia (se ubica en 2012 en el 75%). El sostenimiento de una tendencia creciente hará posible el acercamiento al objetivo. En el segundo ciclo de educación media se constatan mayores dificultades. Entre

los adolescentes de 15 a 17 años un quinto se encuentra desvinculado del sistema y la tasa neta de asistencia a la educación media superior se ubicaba en 2012 en el 47%.

Los porcentajes de *egreso* —con y sin rezago— de la educación media básica y superior se han mantenido casi invariables en las dos últimas décadas. En 2012 el 69% de los jóvenes entre 18 y 20 años habían culminado la educación media básica y el 39% de aquellos entre 21 y 23 años habían culminado la educación media superior. Estos valores se encuentran aún distantes de las metas definidas a 2015 (universalización de la educación media básica y expansión de la educación media superior).

Con el propósito de superar esta situación se han creado y puesto en práctica diversos programas, entre los que se destacan: Programa Tránsito Educativo, Programa de Aulas Comunitarias (PAC), Programa de Impulso a la Universalización del Ciclo Básico (PIU), Formación Profesional de Base (FPB y FPB Comunitario), Compromiso Educativo, Programa Nacional de Educación y Trabajo (CECAP), Jóvenes en Red, Yo estudio y trabajo, boleto estudiantil gratuito en educación media hasta los 20 años de edad, y control de asistencia vinculado a las transferencias no contributivas (Asignaciones Familiares).

- v. **ODM 3. Meta nacional 4.** *Desigualdades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisivos públicos y privados.* Se están verificando avances importantes en la materia con una tendencia positiva, reduciéndose la brecha entre hombres y mujeres, en las tasas de actividad, en las tasas de desempleo y en los niveles de remuneración, a los menores valores registrados. No se registran avances en la participación en puestos jerárquicos. Los avances en la participación en puestos electivos de representación política no han sido significativos, no obstante, dicha situación se revertirá con la aplicación de la denominada “*ley de cuotas*” a partir de 2014.
- vi. **ODM 4. Meta nacional 5.** *La mortalidad infantil* (menores de 1 año) y *la mortalidad de los menores de 5 años* se ha reducido en forma significativa entre 1990 y 2012 (en 2012 la tasa de mortalidad infantil se situó en 9,3 por mil) previéndose alcanzar la meta antes de 2015.
- vii. **ODM 5. Meta nacional 6.A.** *La mortalidad materna*, ya de por sí muy pequeña en Uruguay (por lo que la meta tal cual está formulada resulta muy exigente), se ha reducido a valores mínimos (del orden de las 20 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos). Con el impulso de las políticas en la materia se espera el logro de la meta a 2015.
- viii. **ODM 5. Meta nacional 6.B.** *Cobertura y acceso universal a*



*servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de equidad.* Uruguay proporciona cobertura total a mujeres y hombres en esta materia como uno de los objetivos logrados de la reforma del sistema de salud. Sin embargo, el acceso aún no se ha universalizado, como muestran algunos indicadores relevantes tales como la captación temprana del embarazo o la cantidad de controles realizados durante la gestación. En esta materia, si bien los avances son lentos, se está consolidando una tendencia al logro de la meta a más largo plazo.

- ix. **ODM 6. Meta nacional 7A.** *Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA.* A partir del año 2007 Uruguay muestra signos de haber comenzado a revertir la expansión del SIDA, no así el número de casos de VIH positivos que continúa en aumento.
- x. **ODM 6. Meta nacional 7.B.** A partir de la creación del SNIS existe una nueva política nacional de medicamentos que ha contribuido al logro de la meta en materia de cobertura de tratamiento anti-retroviral.
- xi. **ODM 6. Meta nacional 8.** *Detener y comenzar a revertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.* Se han reducido en forma sostenida los casos de quiste hidático a lo largo de todo el período y los de hepatitis, especialmente en los últimos años; por su parte, los casos de tuberculosis se mantienen bajo control.
- xii. **ODM 7. Meta nacional 9.A.** *Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales.* Uruguay ha firmado y ratificado todos los convenios internacionales en materia de desarrollo sostenible y ha incorporado explícitamente estos principios en su marco legal y en sus políticas públicas, en una gran diversidad de áreas, cumpliendo así con la meta definida. La política energética es un ejemplo destacado de ello. El país está avanzando en forma sostenida en la incorporación de energías renovables y consistentemente en la diversificación de su matriz energética. En materia de gestión de los residuos sólidos urbanos Uruguay está implementando la ley de envases y ha iniciado un proceso tendiente a conformar un Sistema Nacional de Gestión Integral de Residuos. En lo que respecta a las emisiones de gases de efecto invernadero, Uruguay ha ampliado su condición de captor de carbono. En cuanto a la protección de la capa de ozono, Uruguay ha logrado cumplir con el objetivo de eliminar las importaciones de CFC al primero de enero de 2010.
- xiii. **ODM 7. Meta nacional 9.B.** *Reducir la pérdida de biodiversidad.* Uruguay en los últimos años ha desarrollado marcos legales ambientales cuyas normas brindan una plataforma para avanzar en la conservación de la biodiversidad y en

los valores culturales asociados, destacándose el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SNAP). Por otra parte, el avance de la frontera agrícola y la consiguiente reducción del área de pradera natural, plantea nuevos retos en la materia.

**xiv. ODM 7. Meta nacional 10.** (i) *Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable.* Uruguay cuenta con *agua potable* de alta calidad en todo el territorio nacional. Su disponibilidad por cañería en el interior de las viviendas es casi total, habiéndose reducido esta carencia a niveles mínimos (1,6 % de las personas), por lo que es una meta lograda por el país.

**xv. ODM 7. Meta nacional 10.** (ii) *Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso al saneamiento.* La cobertura de las *redes de saneamiento* ha avanzado, reduciéndose la proporción de hogares en localidades de 5 mil y más habitantes sin conexión a red de saneamiento del 40% en 1991 al 30% en 2012. El país está realizando importantes inversiones en dirección al logro de la meta (20%): Ejecución del plan de saneamiento de Ciudad de la Costa (Departamento de Canelones) que servirá a una población de 83,9 mil habitantes; y obras en Tranqueras, Lascano, José Pedro Varela, Vergara, Quebracho, Villa Rodríguez, Eilda Paullier y Pueblo Risso. Simultáneamente, se está exigiendo el cumplimiento de la obligatoriedad de la conexión para todas las viviendas con frente a las redes existentes. Estos y otros emprendimientos del Estado en la materia posibilitarán un acercamiento muy significativo a la meta en 2015.

**xvi. ODM 7. Meta nacional 11.** *Reducir la cantidad de personas residentes en condiciones habitacionales precarias.* Uruguay continúa realizando importantes esfuerzos para la reducción de la cantidad de personas residentes en condiciones habitacionales precarias. Entre 2006 y 2011 disminuyó 8% la cantidad de personas residentes en asentamientos irregulares y 11% la cantidad total de asentamientos en el país. En cuanto a las situaciones de hacinamiento, éstas han disminuido en forma constante a lo largo de todo el período, encontrándose muy próximas a la meta. A todos estos efectos, se han dispuesto diversos instrumentos de política entre los que se destacan: Programa de Mejoramiento de Barrios - Programa de Integración de Asentamientos Irregulares, Plan de Relocalizaciones, Plan de regularización del servicio de agua en asentamientos irregulares, Fondo de Garantía de Alquiler, Créditos para Refacción, Autoconstrucción Asistida, Cooperativas de Vivienda, MEVIR, Soluciones habitacionales del BPS y Plan Juntos.

## 2. Una mirada a las desigualdades

El país viene cumpliendo desde 2008 con las metas establecidas en el Plan de Equidad cuyo objetivo central es construir un Uruguay socialmente protegido. Este informe se inscribe en las orientaciones políticas definidas en dicho Plan, en el expreso sentido de que "...las políticas del Plan de Equidad (...) deben ser fuertemente distributivas y tender a la universalización, al tiempo que corrige las diferencias. Es decir, los mecanismos de equidad que se empleen, además de atender al conjunto de la población, deben discriminar positivamente a favor de las poblaciones, familias, individuos y territorios más vulnerables porque la igualdad se obtiene si se reconocen las diferencias y se opera concretamente sobre ellas. Si el camino elegido es asistir para igualar, lo estamos asociando a redistribuir posibilidades, poder, recursos. En esa línea, una clave son el trabajo y la política económica, por tanto, es indispensable la articulación entre el Plan de Equidad y las políticas económicas y productivas que generan riquezas y posibilidades, además, de los recursos para financiar este plan."<sup>1</sup>

Con esa orientación estratégica Uruguay está realizando importantes esfuerzos para la reducción de las desigualdades presentes en la sociedad uruguaya. Este informe da cuenta de la evolución en las últimas dos décadas y de los avances logrados a la fecha. Las principales constataciones son las siguientes:

- a. **En términos territoriales**, las mayores desigualdades se concentran en los principales aglomerados urbanos, en particular Montevideo y su área metropolitana, donde los procesos de segmentación socio-territorial se desarrollaron con mayor vigor. Esta realidad se manifiesta en las desigualdades —entre los barrios de la costa este montevideana y los barrios periféricos— en los diferentes indicadores aquí relevados. En la periferia se concentran los hogares con menores ingresos, vínculos informales con el mercado de trabajo, bajos desempeños educativos, presencia de hacinamiento y asentamientos irregulares. En aquellas áreas donde los avances del país son más notables se constata una reducción importante de las desigualdades, tal es el caso de los indicadores de desempleo, asistencia a la educación inicial, agua y saneamiento. Asimismo, son constatables inequidades entre el país urbano y el país de las pequeñas localidades y áreas rurales, asociadas a la baja densidad demográfica en el medio rural y las dificultades de acceso a servicios.
- b. **Las inequidades de género** muestran, en Uruguay, signos contradictorios. La mujer ha sido, promedialmente, más afectada por problemas vinculados al mercado de trabajo (desempleo, menores salarios y participación en puestos de responsabilidad) y en la obtención de cargos públicos electivos. En

1

CNPPSS, *Plan de Equidad*, Montevideo, 2007.

- los últimos años se constatan importantes avances hacia la igualdad en el mercado de trabajo y se esperan avances en la participación en puestos electivos con la puesta en práctica de la denominada ley de cuotas. En la educación Uruguay muestra inequidades inversas: es mayor la asistencia a la educación media y su culminación por parte de las mujeres.
- c. **En cuanto a las desigualdades intergeneracionales**, la pobreza continúa concentrada en los hogares con mayor proporción de niños, niñas y adolescentes. Una gran proporción de los niños nacen y viven en hogares con bajo nivel educativo, precaria inserción en el mercado de trabajo de los adultos del hogar, y que residen en condiciones habitacionales precarias y más alejadas de los principales centros de servicios. A su vez los jóvenes han sido más afectados por los problemas vinculados al mercado de trabajo que otros grupos etáreos, constatándose en los últimos años una reducción de estas desigualdades.
  - d. **En relación a las desigualdades por ascendencia étnica**, se constatan mayores tasas de pobreza entre quienes se autoperciben con ascendencia afro con respecto al total de la población, observándose asimismo diferencias importantes a partir de la adolescencia en los niveles educativos máximos alcanzados. Estas diferencias se constatan luego en la precaria inserción en el mercado de trabajo.
  - e. **En relación a las desigualdades de corte socioeconómico y sociocultural**, el trayecto hacia la universalización de la educación inicial obligatoria (niveles de 4 y 5 años) avanzó primero entre los hogares de mayores ingresos y mejor clima educativo, desigualdades que se han ido superando en la medida en que se está ya muy cerca de la universalización. En el nivel de 3 años la cobertura se expandió en forma más equitativa producto de políticas específicas en la materia (Plan CAIF) que privilegiaron la cobertura en contextos socioeconómicos desfavorables. Por su parte, en la educación media, las desigualdades en los resultados educativos y en la culminación están fuertemente condicionados por el origen socioeconómico y sociocultural de los adolescentes. En consecuencia se observa que un número significativo de adolescentes no logran superar el nivel educativo alcanzado por el jefe o jefa del hogar al que pertenecen. Es, asimismo, en los hogares con menores ingresos que se observan las captaciones de embarazos más tardías, el menor número de controles durante la gestación y una mayor presencia de embarazos en adolescentes.
  - f. La **distribución del ingreso de los hogares** registró una tendencia concentradora en los años noventa que culminó en el año 2007. A partir del año 2008 la tendencia es hacia un aumento en la participación del ingreso total por parte de los 7

primeros deciles. A ello contribuyeron en forma decisiva las grandes reformas y políticas implantadas entre los años 2005 y 2009: reforma tributaria, reforma de la salud, asignaciones familiares del Plan de Equidad, reinstalación de los consejos de salarios, aumento de los montos mínimos de salarios y jubilaciones, etc.

Todas estas desigualdades dan cuenta de la integralidad de los desafíos. Aún cuando los ODM se estructuran en forma separada, constituyen una agenda a ser abordada en su globalidad. Este informe muestra la existencia de un conjunto de hogares en los cuales se han verificado la mayoría de las carencias, constatándose una situación de inequidad de carácter integral que demanda un esfuerzo a la vez integral (y por lo tanto intersectorial y articulado) de las políticas públicas. Los importantes logros alcanzados a la fecha muestran que es posible avanzar aún más en la reducción de las desigualdades y en la superación de las metas nacionales.





[ OBJETIVO 1 ]

# Erradicar la pobreza extrema y el hambre

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



ODM 1 – ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE	
Meta Mundial 1A	Meta Nacional 1A
Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean menores a 1 dólar por día	Erradicar la indigencia y reducir a la mitad el porcentaje de personas pobres para el año 2015

## Situación actual y tendencias

El porcentaje de **personas bajo la línea de pobreza** en 1990 (año base para los ODM) se ubicaba en el 29%<sup>1</sup> de la población. A partir de allí se pueden identificar cuatro etapas: hasta 1994 una reducción gradual de la pobreza; luego un período en que los niveles de pobreza afectan a algo más del 20% de las personas (1995 a 1999); posteriormente, desde el año 2000 se verifica un aumento que llega hasta 2004, superando largamente los guarismos de 1990. La disminución a partir de 2005 ha sido sostenida, con valores a partir de 2008 inferiores a los del año base (1990), alcanzando en 2012 valores inferiores a la meta establecida para 2015.

Desde el año 2006 la ECH incluye las localidades de menos de 5 mil habitantes y las áreas rurales. Por lo tanto a partir de ese año se dispone asimismo de la información sobre hogares y personas bajo las líneas de pobreza e indigencia para todo el país. En 2012 el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza es de 13,1% cuando solo se incluyen las localidades de 5 mil y más habitantes y 12,4% en todo el país urbano y rural.

Por su parte, el porcentaje de **personas bajo la línea de indigencia** se situaba en 1990 entre un 3% y un 4,2% de la población según la metodología de estimación que se utilice<sup>2</sup>.

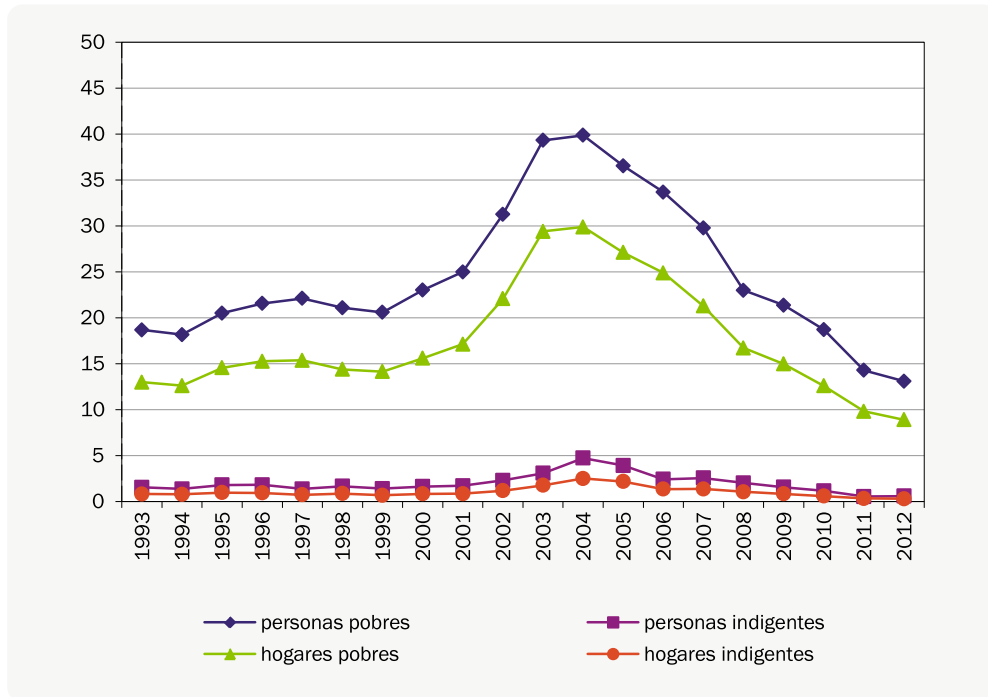
Este porcentaje se fue reduciendo hasta el año 2002 cuando estalla una de las peores crisis económicas en la historia del país. Ésta repercutió en toda la población afectando principalmente a los más pobres. A partir de allí se registró un aumento de las personas en condiciones de indigencia o pobreza extrema que alcanzó su máximo en el año 2004.

El progreso hacia el cumplimiento de la meta en lo que tiene que ver con la indigencia por ingresos es también muy significativo. En efecto, el nivel alcanzado en 2011 (por debajo de un dígi-

1 Los porcentajes de personas bajo la línea de pobreza de acuerdo a las dos metodologías en uso en oportunidad de elaborarse el primer informe país y establecerse las metas eran: 28,3% según la metodología 1996 y 29,7% según la metodología 2002. Teniendo en cuenta la existencia y uso de las dos metodologías y la proximidad de los respectivos valores se optó por considerar 29% como línea de base y con esa referencia fijar la meta nacional al 2015 en el 14,5%.

2 Metodologías 2002 y 1996, respectivamente.

Gráfico 1.1. Personas y hogares bajo las líneas de pobreza e indigencia 1993–2012 (en porcentajes)



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab. (Mtdg 2006)

to) equivale, en la práctica, al logro de la meta establecida. (Gráfico 1.1).

Las diferencias entre los porcentajes de **hogares** y de personas bajo las líneas de pobreza e indigencia obedecen a las diferentes características que presentan los hogares en situación de pobreza e indigencia en relación a la población total. En efecto, los hogares en situación de pobreza y muy especialmente en indigencia se diferencian del resto por ser más numerosos y tener una mayor cantidad de menores de 14 años. En 2011, en los hogares en situación de indigencia, el número de personas por hogar es de 4,5 contra 2,8 en el total, en tanto que la cantidad de menores de 14 años es de 1,9 contra 0,6 en el total<sup>3</sup>.

La **brecha de pobreza**<sup>4</sup> nos indica qué tan lejos está un hogar ubicado bajo la línea de pobreza de dejar de estar en esa situación, ha mostrado también a partir del año 2005 una reducción sostenida y muy significativa. A su vez, tal cual muestran los cál-

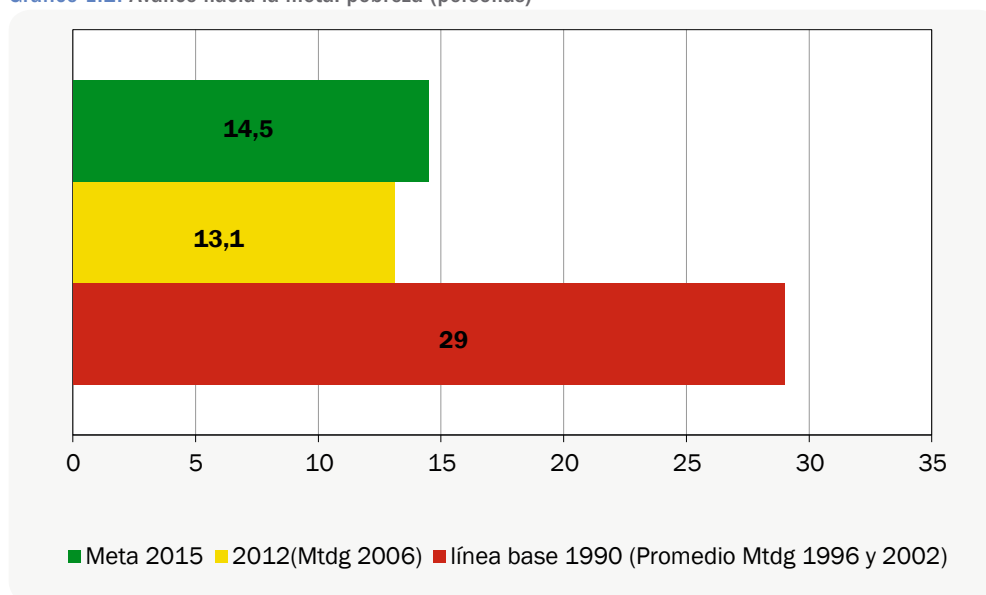
3 INE, ECH 2011.

4 “Mide la profundidad de la pobreza e indica la distancia promedio de los hogares pobres a la línea de pobreza, ponderada por la incidencia de la pobreza. El indicador se calcula para el universo de hogares pobres.” INE, *Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2011*. Montevideo, marzo 2012.

culos realizados por el INE<sup>5</sup> “Montevideo presenta la mayor brecha de pobreza, lo cual implica que a los hogares pertenecientes al área geográfica de referencia les falta una mayor proporción de ingreso para superar el umbral de pobreza establecido”.

La **severidad de la pobreza** indica qué tan heterogéneos son en sus niveles de ingreso, los hogares que se encuentran en situación de pobreza. La información proporcionada por el INE muestra una disminución de la heterogeneidad a partir del año 2005 a la vez que confirma que Montevideo presenta la mayor heterogeneidad. (Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2. Avance hacia la meta: pobreza (personas)



Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

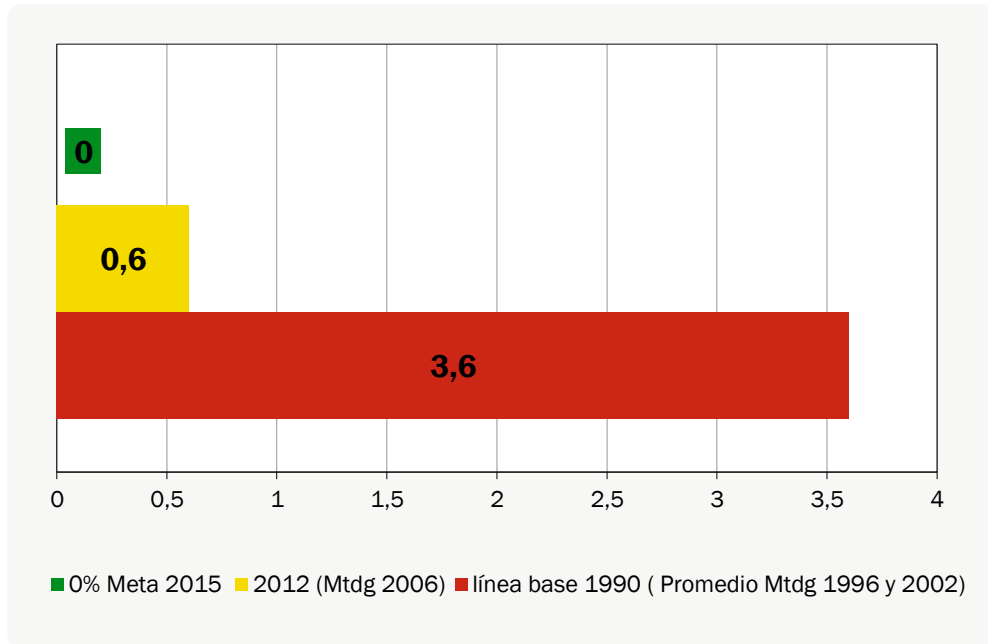
En consecuencia puede afirmarse que ya se ha alcanzado la meta de reducción de la pobreza por ingresos, en el marco de un proceso que aún continúa y que —de no ocurrir eventos que lo detengan o reviertan— se traducirá en una clara superación de la meta. (Gráfico 1.3).

Por su parte, la indigencia también se ha reducido aproximándose a la meta a niveles que, de consolidarse, significan en la práctica el logro de la misma.

El proceso de aquí en más será cada vez más difícil por diferentes razones: en primer lugar, por el peso que han tenido en la reducción de la pobreza y la indigencia, las transferencias del Es-

5 INE, *Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Año 2011*. Montevideo, marzo 2012.

Gráfico 1.3. Avance hacia la meta: indigencia (personas)



Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

tado no vinculadas al mercado formal de trabajo (asignaciones familiares no contributivas, pensiones no contributivas a la vejez y por invalidez, tarjeta Uruguay Social, y canastas de alimentos y/o comidas preparadas). Éstas representan en 2011 el 19,8% del ingreso de los hogares por debajo de la línea de pobreza y el 50,9% del ingreso de los hogares por debajo de la línea de indigencia. En segundo lugar, porque si no se avanza en la eliminación de otros factores que hacen a la multidimensionalidad de la pobreza y que continúan impactando en hogares por debajo y por encima de la línea, los avances logrados pueden resultar no sostenibles. Por lo tanto atender estas múltiples dimensiones pasa a ser un objetivo de la mayor prioridad de aquí en adelante.

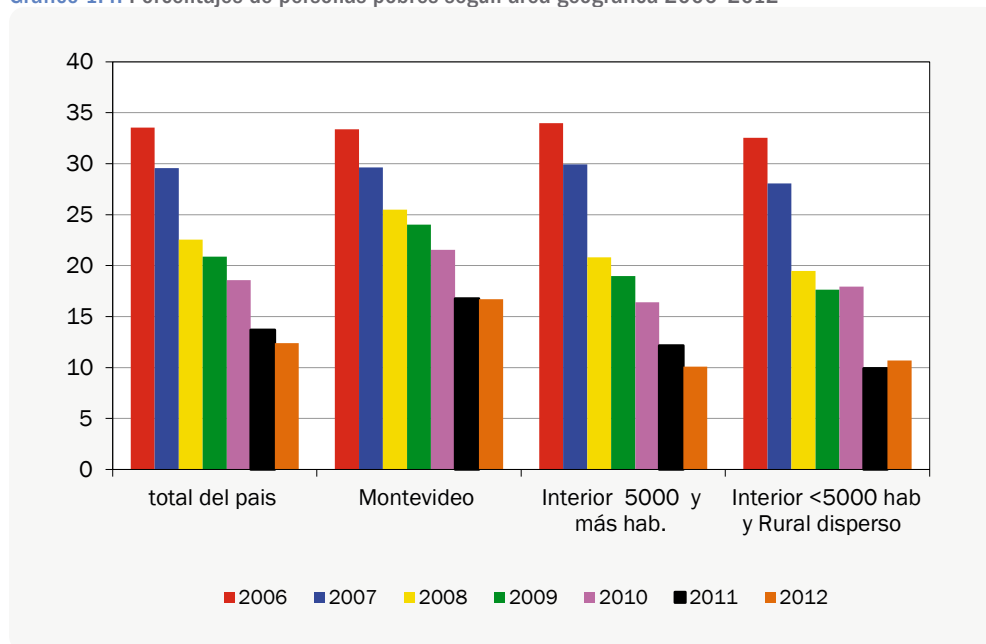
## Una mirada a las desigualdades

### La pobreza en el territorio

Una mirada rápida al país por grandes áreas territoriales permite observar que en todas ellas se ha registrado una disminución de la pobreza, aunque la disminución ha sido más lenta en Montevideo a partir del año 2008 que en el interior urbano y rural. En consecuencia, en el año 2012 el porcentaje de personas pobres es en Montevideo más elevado (16,7%) que el promedio nacio-

nal (12,4%) y por lo tanto se encuentra aún algo por encima de la meta. (Gráfico 1.4).

Gráfico 1.4. Porcentajes de personas pobres según área geográfica 2006–2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

El análisis de la pobreza en los distintos departamentos muestra que, no obstante reducirse en todos, se mantienen las diferencias entre los departamentos del norte del país, en la frontera con Brasil, y los departamentos del sur. (Gráfico 1.5).

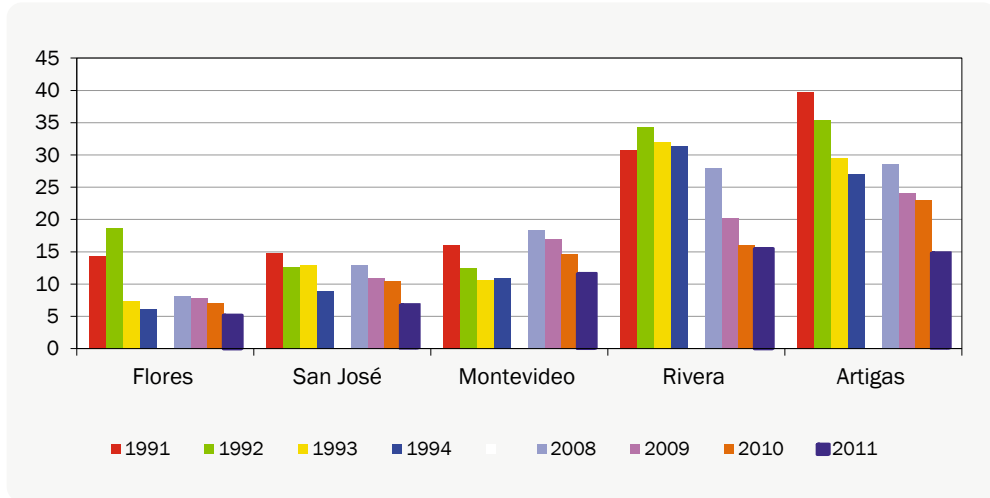
Las mayores disparidades se verifican al interior del Departamento de Montevideo, entre la faja costera y la periferia. En esta última la pobreza aún no ha alcanzado los valores mínimos, encontrándose aún por encima de los porcentajes registrados en el año 1994, lo que estaría evidenciando que el proceso de segmentación socio-territorial en la ciudad se habría agudizado, tornándose más homogéneamente pobres estas zonas. (Gráfico 1.6).

### La pobreza por tramos de edad y género

Como ya fue mencionado los hogares pobres e indigentes concentran, en términos relativos al total de hogares, una proporción mayor de niños y niñas.

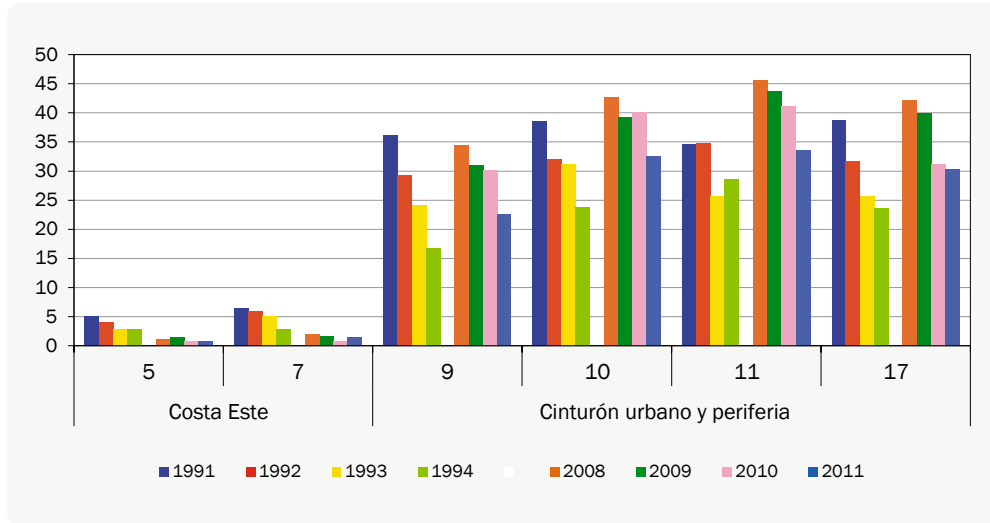
Si bien los porcentajes de pobreza descienden con la edad, pueden diferenciarse tres situaciones: por un lado, con los indicadores de pobreza por encima del promedio nacional, se encuentran los niños, niñas y adolescentes (entre el 20% y el 25%);

**Gráfico 1.5.** Porcentajes de personas pobres en algunos departamentos seleccionados 1991-1994 y 2008-2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

**Gráfico 1.6.** Porcentajes de personas pobres en algunos zonales de Montevideo 1991-1994 y 2008-2011

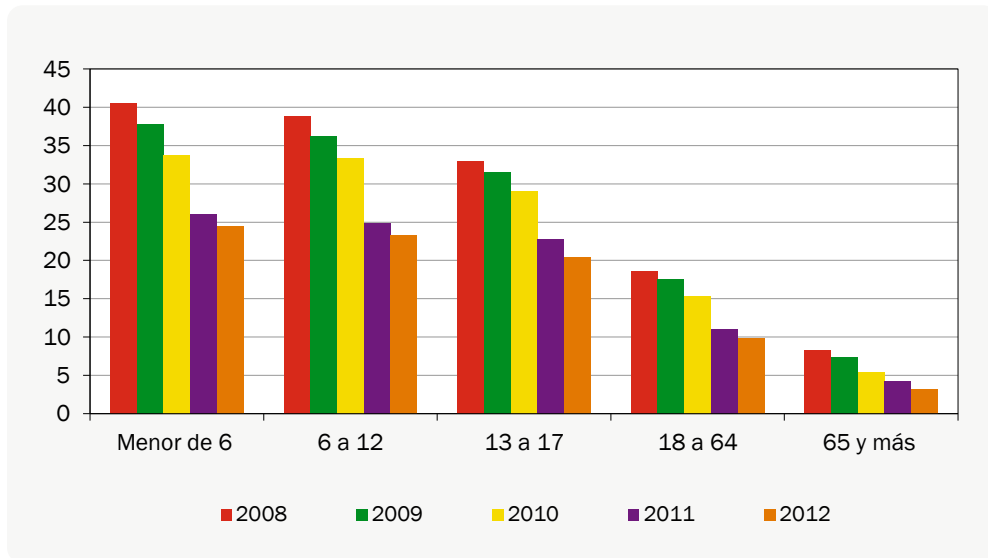


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

los jóvenes y adultos entre 18 y 49 años con porcentajes próximos al promedio nacional; y por último los mayores de 50 años con porcentajes de un dígito (las personas de 65 y más años por debajo del 5%).

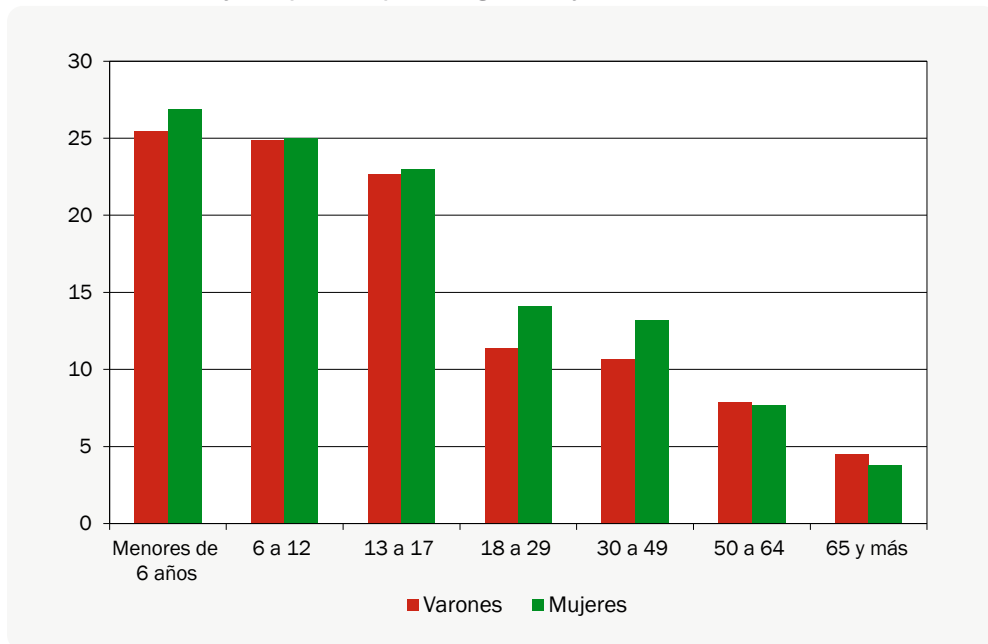
Por lo tanto, si bien la pobreza por ingresos ha disminuido en todos los grupos, aún hoy uno de cada cuatro niños/as nace y transcurre su primera infancia en hogares por debajo de la línea de pobreza. (Gráfico 1.7). (Gráfico 1.8).

Gráfico 1.7. Porcentajes de personas pobres por tramos de edad 2008-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE: "Estimaciones de la pobreza por el método del ingreso" Años 2009 a 2012 y Observatorio Social Ministerio de Desarrollo Social para el año 2008. Con base en la ECH, total país.

Gráfico 1.8. Porcentajes de personas pobres según edad y sexo 2008-2012



Fuente: Elaborado en base a SIG de Inmujeres/MIDES, en base a ECH (Mtdg 2006).

Como puede observarse los porcentajes de pobreza entre las mujeres superan a los de los hombres entre las personas menores de 50 años, particularmente en las personas de 18 a 49 años en plena edad activa y reproductiva.

El análisis de la incidencia de la pobreza por tipo de hogar muestra que la mayor proporción de hogares pobres son los nucleares con hijos, los extendidos y los monoparentales. Entre los hogares pobres con jefatura masculina el 63,8% corresponde a hogares nucleares con hijos y el 16,4% a hogares extendidos. Entre los hogares pobres con jefatura femenina, en cambio, el 38,8% son monoparentales, el 28,1% son hogares extendidos y el 22,5% son nucleares sin hijos. (Tabla 1.1).

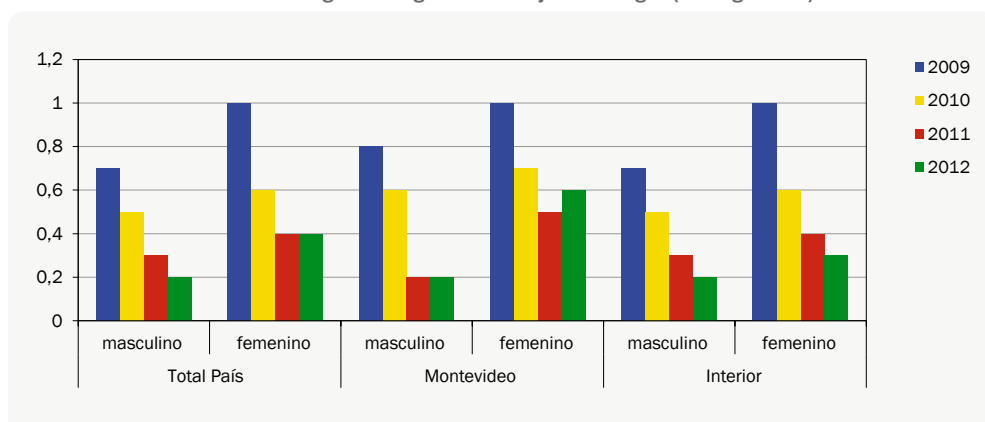
Tabla 1.1

Situación de pobreza: Distribución de los hogares según sexo del jefe del hogar						
Total país						
Año 2012						
Tipo de hogar	Total		Jefe Hombre		Jefe Mujer	
	Encima LP	Debajo LP	Encima LP	Debajo LP	Encima LP	Debajo LP
Unipersonal	21,3	6,5	15,2	8,2	30,5	4,7
Nuclear s/hijos	18,3	4,6	23,6	6,5	10,2	2,5
Nuclear c/hijos	32,9	43,8	44,3	63,8	15,7	22,5
Monoparental	11,5	19,9	2,7	2	24,8	38,8
Extendido	14,2	22,1	12,4	16,4	17	28,1
Compuesto	1,8	3,2	1,8	3	1,8	3,4
Total	100	100,1	100	99,9	100	100

Fuente: INE, "Estimación de la Pobreza por el método del ingreso: año 2012" Abril, 2013.

La incidencia de la indigencia se ha reducido entre 2009 y 2011 en todo el país. En 2012 continúa la reducción en el interior pero no así en Montevideo. Continúa afectando en mayor medida a los hogares con jefatura femenina, particularmente en Montevideo. (Gráfico 1.9).

Gráfico 1.9. Incidencia de la indigencia según sexo del jefe de hogar (en hogares %)



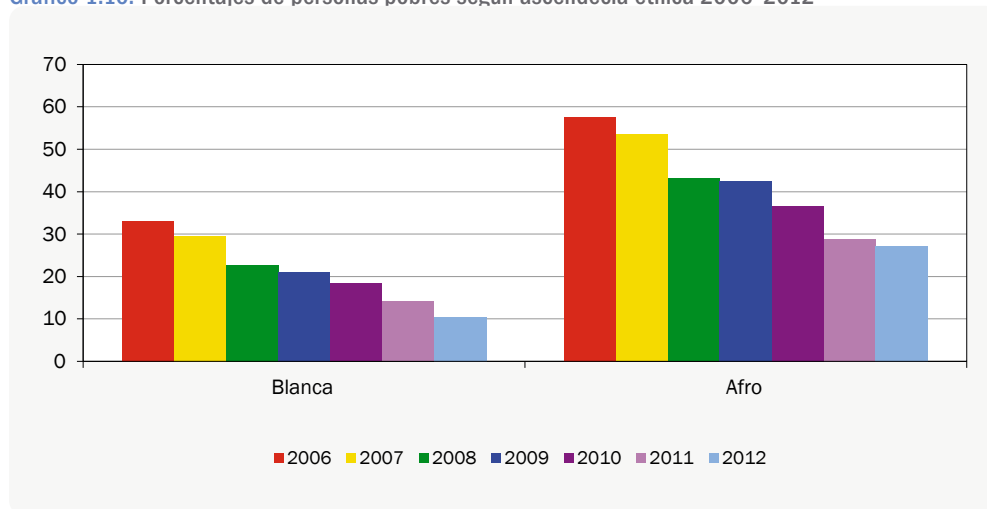
Fuente: INE "Estimación de la Pobreza por el método del ingreso: año 2012" Abril, 2013.



## Pobreza y ascendencia étnica

Los niveles de pobreza según ascendencia étnica —aspecto relevado por ECH desde el año 2006— son mayores entre aquellos que han declarado tener ascendencia afro que blanca. En particular, entre aquellos con ascendencia afro los porcentajes duplican el promedio nacional.<sup>6</sup> (Gráfico 1.10).

Gráfico 1.10. Porcentajes de personas pobres según ascendencia étnica 2006-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

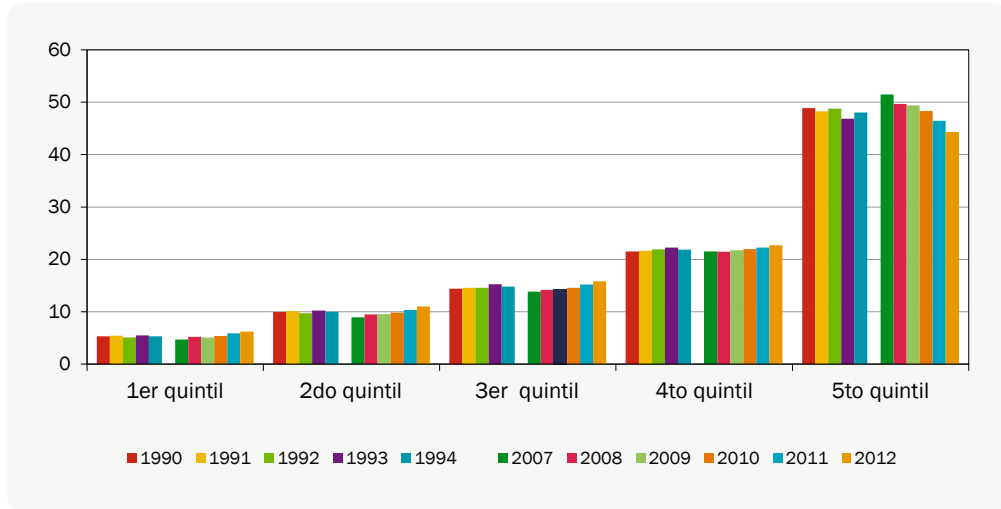
## Distribución del ingreso de los hogares

La distribución del ingreso de los hogares (considerando el ingreso per cápita de los hogares con valor locativo) presenta una estructura similar a la existente a principios de los noventa, con una tendencia a la concentración que culmina en el año 2007, año en el que se registra la menor participación de los tres primeros quintiles. A partir de 2008 la tendencia es hacia un aumento en la participación de estos quintiles en el ingreso total. (Gráfico 1.11).

El análisis de la distribución por deciles confirma lo anteriormente expresado mostrando el proceso de concentración que culmina en el año 2007, con la menor participación de los siete primeros deciles en el período analizado. Desde 2008 a la fecha estos deciles aumentan su participación en la distribución del ingreso de los hogares. (Gráfico 1.12).

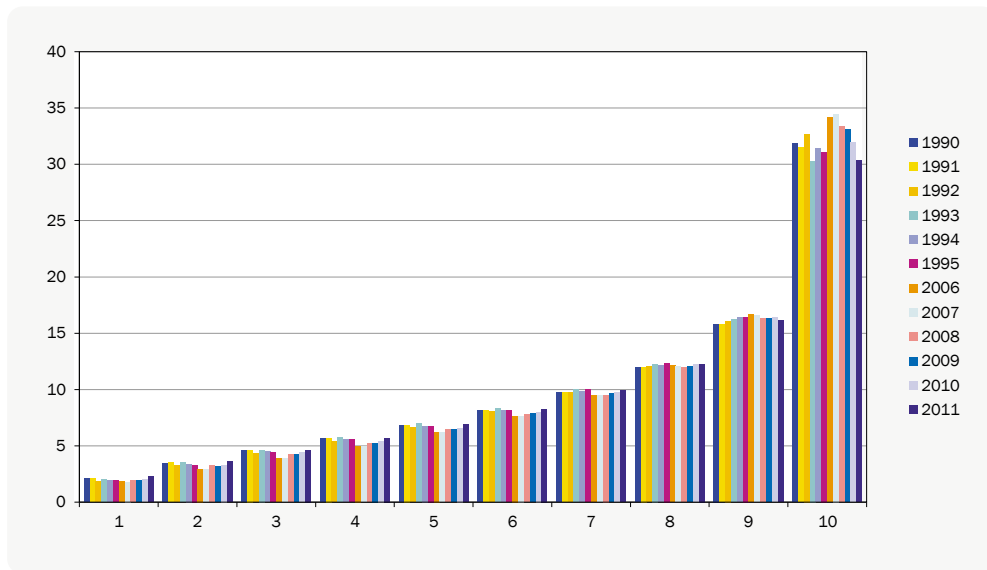
6 Según la ENHA 2006, en el 100% de la población uruguaya existía un 96,9% de personas que se autoperciben con ascendencia blanca, un 9,1% afro y un 3,8% indígenas (estos porcentajes no suman 100 pues un encuestado puede reconocer más de una ascendencia). Por razones muestrales en este Informe se incluyen los resultados para aquellos con ascendencia blanca o negra.

Gráfico 1.11. Distribución de ingresos por quintiles 1990-1994 y 2007-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

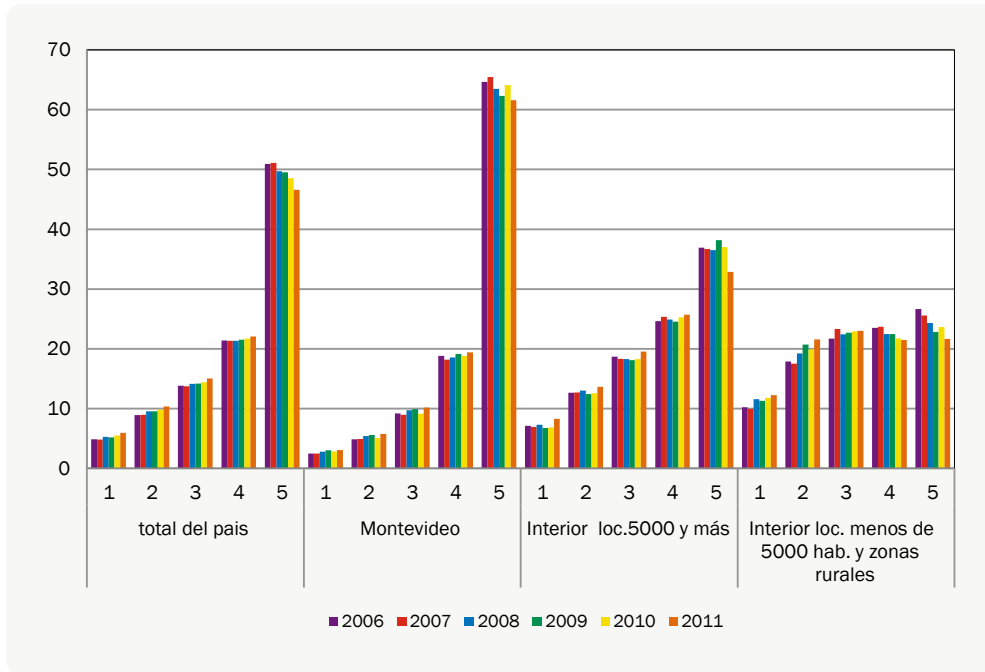
Gráfico 1.12. Distribución de ingresos por deciles 1990-1995 y 2006-2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

El examen de la distribución del ingreso por grandes áreas ratifica las conclusiones antedichas en el sentido de que las situaciones de mayores carencias se concentran en Montevideo. A la vez la mayor apropiación del ingreso total por parte de los hogares del quintil superior también se verifica en la capital. (Gráfico 1.13).

Gráfico 1.13. Distribución de ingresos por quintil de ingreso por áreas territoriales



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH

Nota: se calcula sobre la base de los quintiles de ingreso del total del país

ODM 1 – ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE	
Meta Mundial 1B	Meta Nacional 1B
Alcanzar pleno empleo productivo y trabajo decente para todos, incluyendo las mujeres y los jóvenes	<p>Reducir la tasa de desempleo global y femenina a menos del 9%; y la tasa específica de desempleo de los trabajadores del 1<sup>er</sup>. quintil y de los jóvenes a menos del 15%</p> <p>Reducir la falta de cobertura de la seguridad social entre el total de ocupados a menos del 25% y la de los ocupados del 1<sup>er</sup>. quintil a menos del 50%</p>

La inclusión de esta 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, así como la informalidad y precariedad del empleo, en particular entre las personas de menores ingresos, los jóvenes y las mujeres son factores claves a enfrentar en pro de la reducción sostenible de la pobreza.

En consecuencia, las metas nacionales referidas a empleo deben ser vistas como funcionales al objetivo de erradicar la indigencia y disminuir la pobreza a la mitad. Esto se debe a que en la realidad uruguaya existe una correlación muy fuerte entre las dificultades para generar ingresos provenientes del trabajo formal y la condición de pobreza de la persona. Las metas nacionales definidas ya avanzan en la preocupación por la desigualdad al poner el acento en la población de menores ingresos, los jóvenes y las mujeres reconociendo fuertes inequidades en el mercado de trabajo.

No obstante, como se analiza más adelante, las metas nacionales fueron establecidas con un bajo nivel de expectativas en relación a lo que se creía posible lograr al año 2015.

## Situación actual y tendencias

El mercado de trabajo en Uruguay ha mostrado una sostenida mejora en los últimos años que se refleja en el aumento de la tasa de actividad, el crecimiento del empleo, la disminución de la tasa de desempleo a niveles mínimos y en la reducción del porcentaje de trabajadores ocupados sin cobertura de la seguridad social.

Varios han sido los factores determinantes de esta positiva evolución de los indicadores del mercado de trabajo en un con-

texto de altas tasas de crecimiento económico, entre los que cabe destacar la reinstalación en 2005 de los Consejos de Salarios incorporando además a la negociación colectiva —por primera vez en el país— a los trabajadores rurales y del servicio doméstico, el aumento en el salario mínimo nacional y los acuerdos que elevaron los salarios mínimos por rama de actividad, la política de impulso a la formalización del empleo con la creación en 2010 del *Ámbito por la Inclusión y la Formalización del Trabajo*<sup>7</sup>, la creación del Instituto Nacional de Empleo y Formalización Profesional (INEFOP), los programas de empleo protegido para desocupados de larga duración, la ampliación de los colectivos que pueden acogerse al sistema de monotributo, la creación del monotributo social MIDES, entre otros.

La **tasa de actividad** aumentó a impulsos del aumento de la tasa de actividad de las mujeres, ya que la tasa de actividad de los hombres se ha mantenido prácticamente incambiada, lo cual consolida la tendencia a la reducción de la brecha entre hombres y mujeres. La tasa de actividad es elevada entre los mayores de 25 años y entre quienes han culminado estudios universitarios, y es baja entre quienes poseen hasta educación primaria.

La **tasa de empleo** aumentó en forma muy significativa luego de la crisis económica, a partir del año 2004, a impulsos del crecimiento del producto y de la elasticidad producto empleo<sup>8</sup>. Al igual que la tasa de actividad, creció la tasa de empleo de las mujeres (ya en 2010 el 46% de los ocupados era mujer) y la tasa de empleo de los mayores de 25 años (especialmente en el grupo de personas entre los 45 y los 60 años de edad).

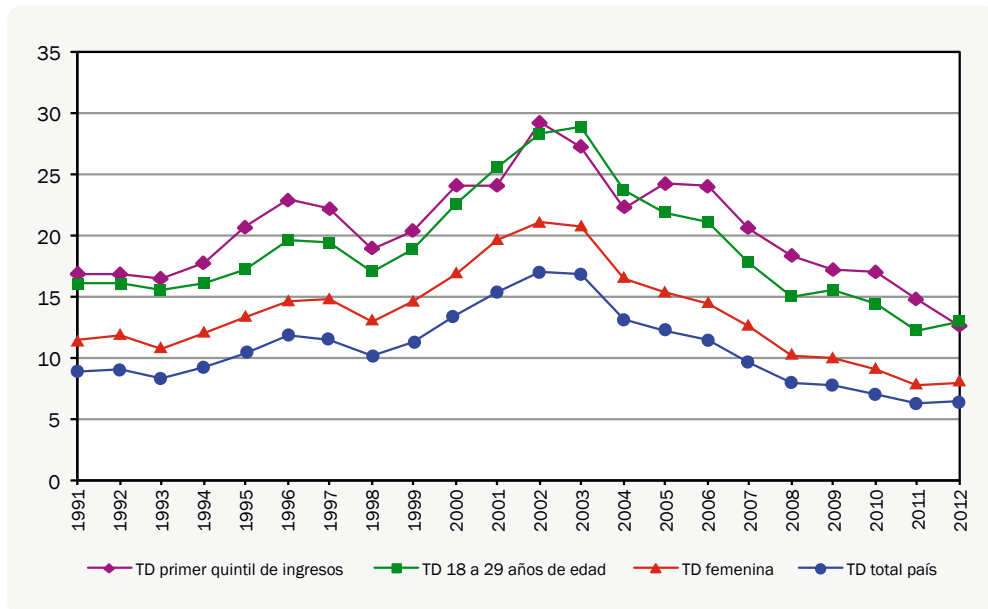
La **tasa de desempleo** se caracterizó durante la década de 1990 por una tendencia creciente, superando los dos dígitos a partir de 1995 y alcanzando los valores máximos del período en 2002 y 2003. Posteriormente, acompañando el crecimiento del producto la tasa de desempleo general desciende hasta sus valores mínimos. (Gráfico 1.14).

Como puede observarse, las mayores tasas de desempleo a lo largo de todo el período corresponden a las personas pertenecientes a hogares del primer quintil de ingresos y a los jóvenes. La tasa de desempleo femenina, si bien mayor que la tasa de des-

7      Ámbito bajo la coordinación de la Inspección General de Trabajo e integrado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Industria Energía y Minería, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco de Previsión Social, Dirección General Impositiva, Dirección Nacional de Aduanas y Oficina de Planeamiento y Presupuesto

8      Ivone Perazzo, “El mercado laboral uruguayo en la última década”, IECON, febrero 2012.

Gráfico 1.14. Tasa de desempleo del primer quintil, de 18 a 29 años y femenina 1991-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

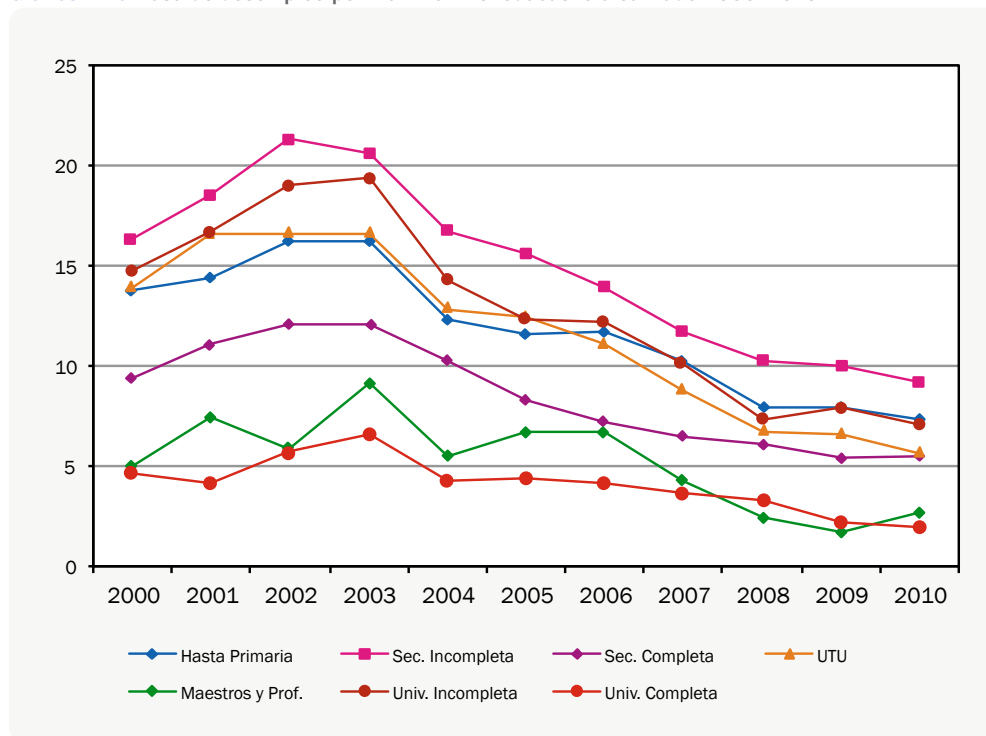
empleo general, lo es en menor medida que las dos anteriormente mencionadas y en los últimos años se ha acercado a la tasa general ubicándose en niveles de un dígito.

Las tasas de desempleo, según el nivel de calificación de los trabajadores activos, muestra con claridad el alto retorno a la educación terciaria pues es entre los profesionales universitarios, maestros y profesores donde las tasas son más bajas, existiendo en la actualidad una virtual situación de pleno empleo.

En cambio las tasas de desempleo más altas se registran entre los trabajadores con secundaria incompleta seguidos por aquellos con primaria completa o incompleta, UTU y universidad incompleta. Un caso particular es el de los trabajadores con secundaria completa entre quienes la reducción de la tasa de desempleo ha sido menor, evidenciando tasas de retorno a la educación más débiles en estos casos. (Gráfico 1.15).

Los avances logrados en los últimos años han permitido alcanzar las metas definidas en la tasa de desempleo general y la femenina (menos del 9% en ambos casos). También se alcanzó la meta entre los jóvenes y entre las personas pertenecientes al primer quintil de ingresos (menos del 15% en ambos casos). Cabe recordar que el establecimiento de metas menos ambiciosas en estos dos últimos casos se debió a la percepción de que no era posible al 2015 el logro de metas similares a la meta general de

Gráfico 1.15. Tasa de desempleo por máximo nivel educativo alcanzado 2000–2010



Fuente: IECON: "El mercado laboral uruguayo en la última década" Ivonne Perazzo Feb. 2012

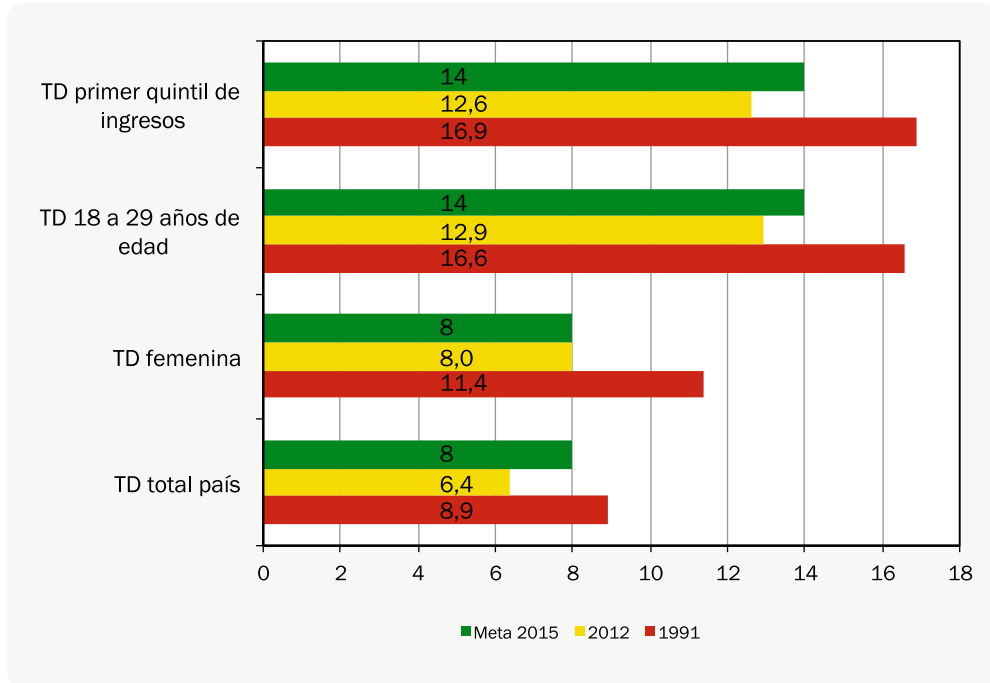
acuerdo a los desempeños económicos esperables en ese momento. Sin embargo, la realidad desmintió esta apreciación, alcanzándose mejores logros económicos y de mercado de trabajo. En consecuencia el país está en condiciones de continuar con los esfuerzos para reducir también estas tasas de desempleo a niveles de un dígito. (Gráfico 1.16).

Uno de los indicadores más relevantes en cuanto a la **calidad del empleo** es el registro en la seguridad social. La evolución del no registro o informalidad desde el año 2001<sup>9</sup> muestra que luego de alcanzarse la más alta tasa de no registro en 2004, ésta se ha reducido hasta sus valores mínimos en 2012 (25,6% entre todos los ocupados y 53,4% entre los ocupados del primer quintil de ingresos) acompañando los aumentos en las tasas de actividad y empleo y la fuerte disminución ya señalada de la tasa de desempleo. (Gráfico 1.17).

Esta positiva evolución se observa en el número de personas

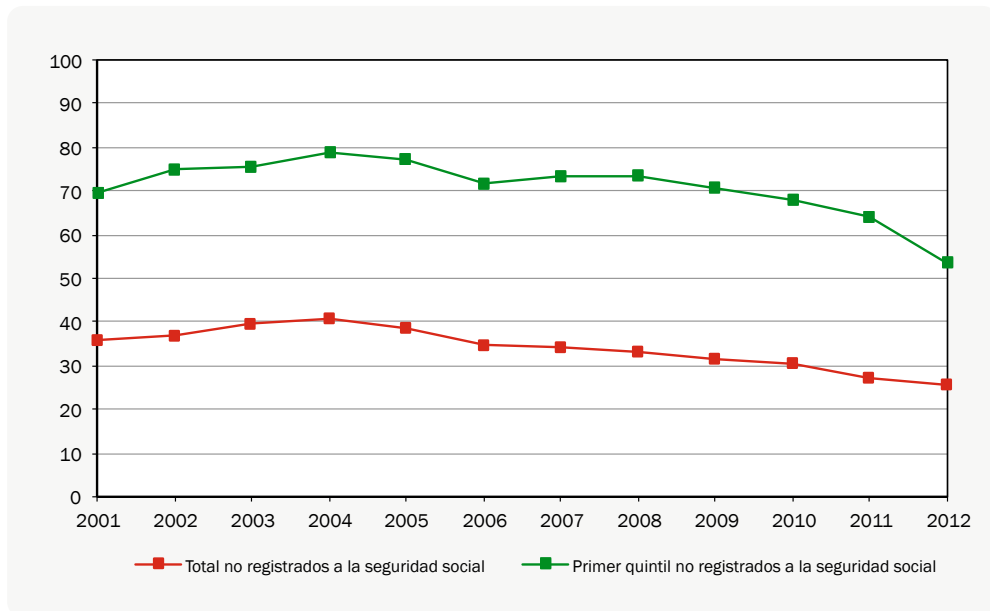
9 La ECH del INE releva esta información desde el año 2001 respecto del trabajo principal y secundario, en caso de que lo hubiera. Los cálculos utilizados en este informe refieren al registro o no registro en la seguridad social en el trabajo principal.

Gráfico 1.16. Avance hacia la meta: desempleo



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

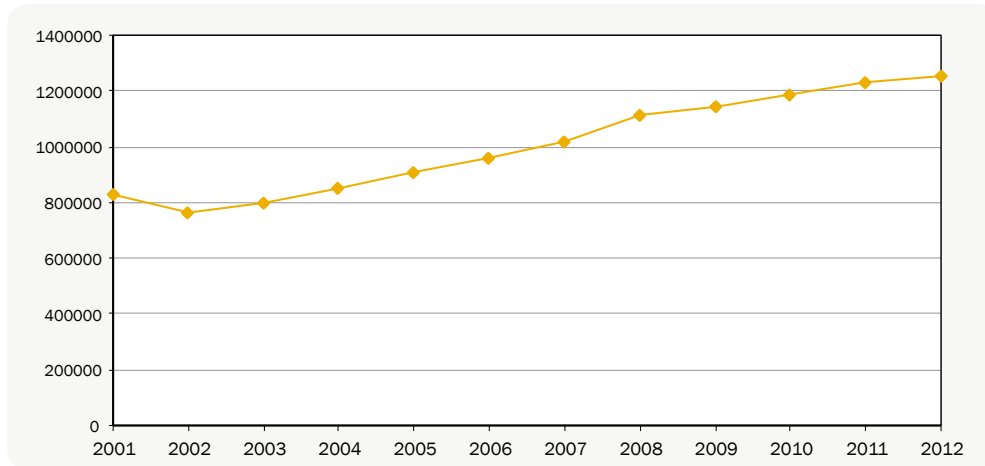
Gráfico 1.17. Población ocupada no registrada a la seguridad social 2001-2012



Fuente: Elaborado en base a INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.



Gráfico 1.18. Cantidad de personas cotizantes al BPS 2001-2012



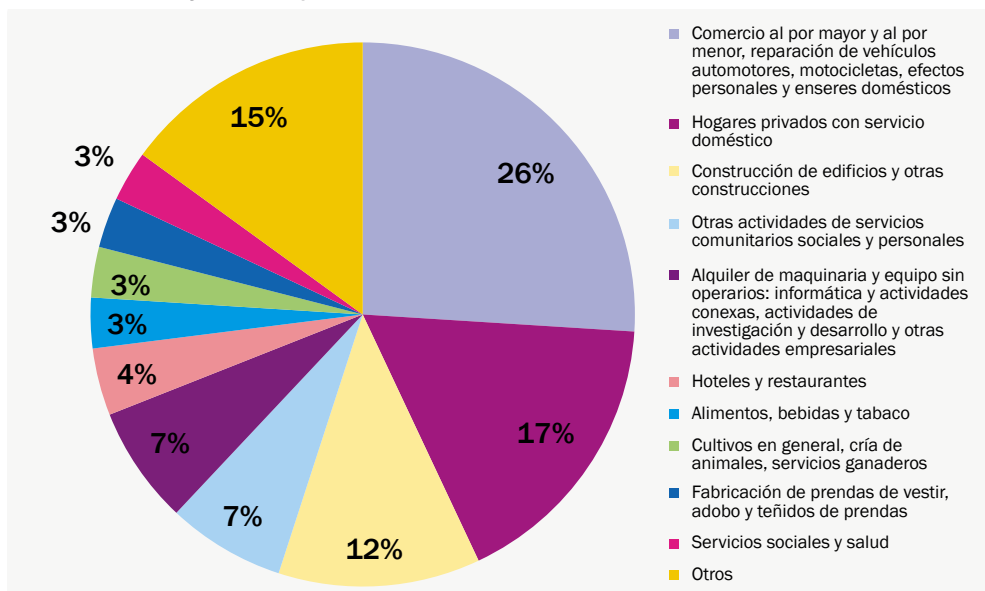
Fuente: BPS

Nota: la cantidad de personas cotizantes refiere a personas distintas declaradas en nóminas validadas

físicas cotizantes al BPS. Entre 2001 y 2012 ha aumentado el 53%, creciendo ininterrumpidamente a partir del año 2003 y alcanzando en diciembre de 2012 un número *record* de 1:256.949 cotizantes. (Gráfico 1.18).

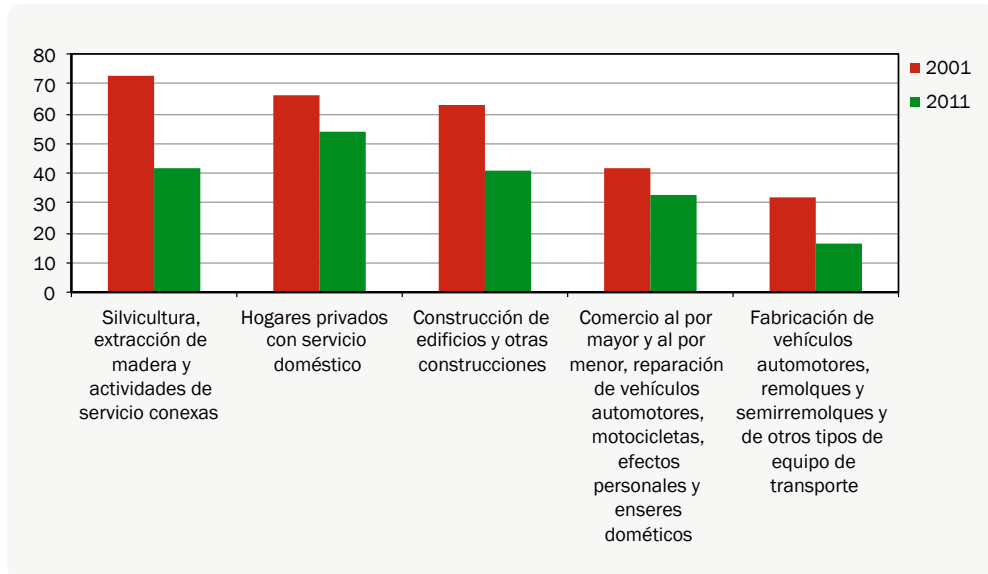
En los trabajadores del primer quintil es más difícil el tránsito hacia la formalidad. En efecto, más de la mitad se encuentra en sectores de actividad donde suelen ocuparse los trabajadores de menores recursos: pequeñas actividades de venta y servicios

Gráfico 1.19. Trabajo informal por sectores. Año 2011



Fuente: Andrea Doneschi y Rossana Patrón, "Educación y trabajo informal: qué nos dicen las cifras 2001-2011", DECON 2012

Gráfico 1.20. Evolución de porcentajes de informalidad por sectores de actividad, 2001 y 2011



Fuente: Andrea Doneschi y Rossana Patrón, "Educación y trabajo informal: qué nos dicen las cifras 2001–2011", DECON 2012

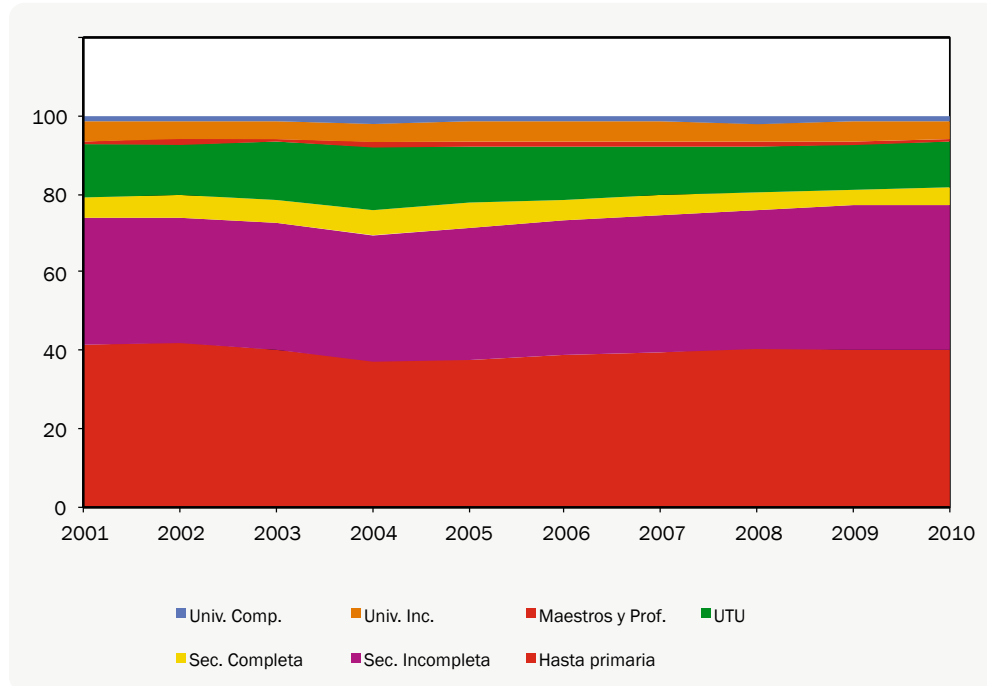
variados de reparación, servicio doméstico y la construcción (pequeñas obras y reparaciones de viviendas). (Gráfico 1.19).

En todos los sectores se confirma un descenso de la informalidad a lo largo de la década, muy especialmente en silvicultura y en la construcción. Sin embargo, hay sectores en los que deben redoblar los esfuerzos. En 2011 las mayores tasas de informalidad se verifican en el servicio doméstico (donde aún supera el 50%), la silvicultura, la construcción (ambas con más del 40%) y el comercio (con más del 30%). (Gráfico 1.20).

Tres de cada cuatro ocupados informales son personas cuyo máximo nivel educativo alcanzado es primaria incompleta o completa o secundaria incompleta (en 2011 son el 77% de los ocupados informales) lo cual se corresponde con los sectores de actividad donde se desempeñan (sectores con bajo requerimiento de calificación). (Gráfico 1.21).

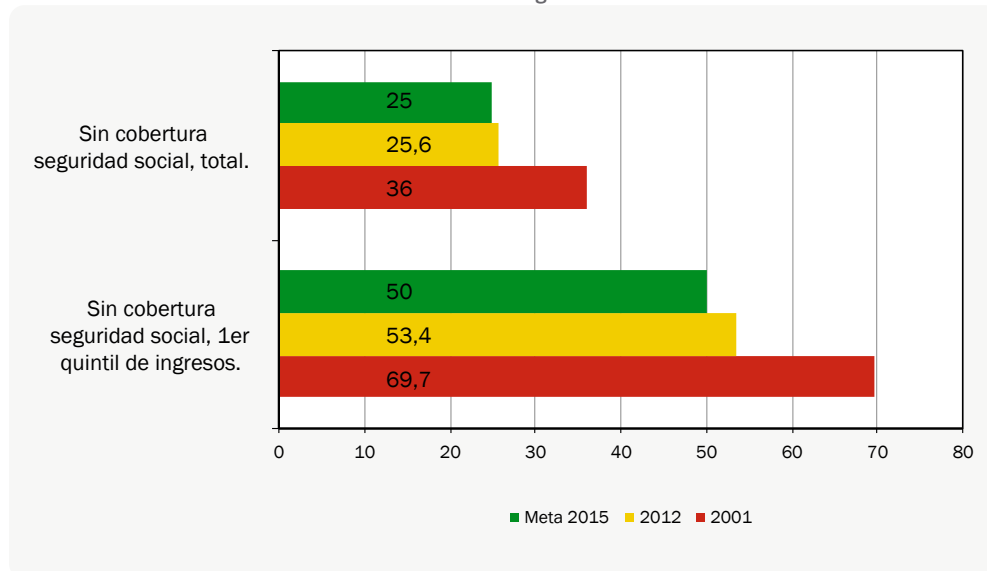
En definitiva, la tendencia indica que el país cumplirá la meta general y entre los ocupados del primer quintil de ingresos, probablemente antes de 2015. De ahí en más el desafío está constituido por las dificultades que encuentran los trabajadores con muy bajas o nulas calificaciones de acceder a empleos formales y los relativos mejores ingresos que éstos obtienen en la economía informal. (Gráfico 1.22).

Gráfico 1.21. Distribución de los ocupados no registrados en la seguridad social por nivel educativo 2001-2010



Fuente: Ivonne Perazzo: "El mercado laboral uruguayo en la última década", IECON, 2012

Gráfico 1.22. Avance hacia la meta: cobertura de la seguridad social



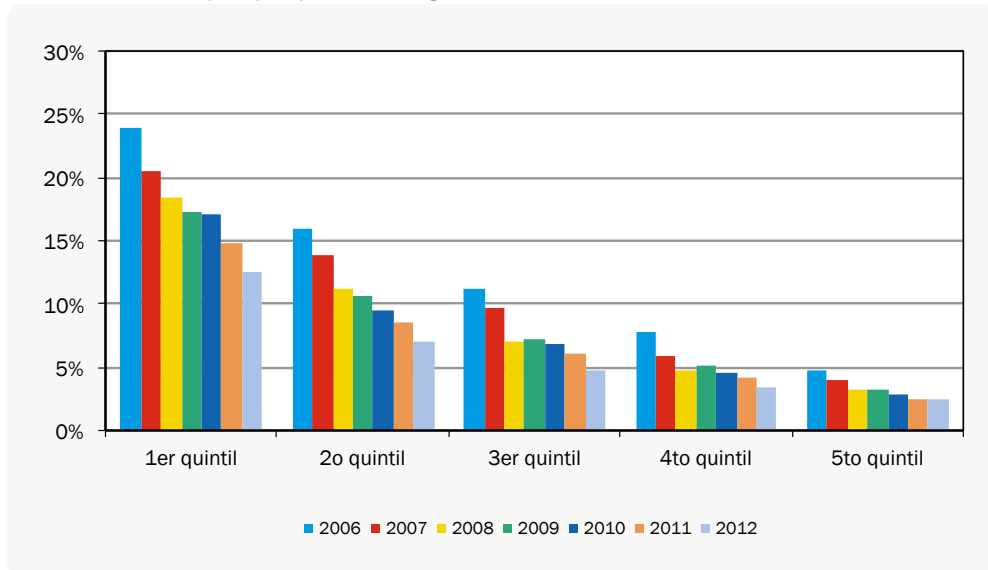
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

## Una mirada a las desigualdades

### Desigualdades de ingreso

Tanto en materia de desempleo como en la informalidad del empleo las tasas disminuyen a medida que se avanza en los niveles de ingreso de los hogares. Las tasas de desempleo son superiores a la media para los trabajadores de los dos primeros quintiles de ingreso en tanto se encuentran a niveles friccionales entre los trabajadores del cuarto y quinto quintil. Para todos ellos la tasa de desempleo ha disminuido en los últimos años. (Gráfico 1.23).

Gráfico 1.23. Desempleo por quintiles de ingreso 2006-2011



Fuente: Elaborado en base a INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

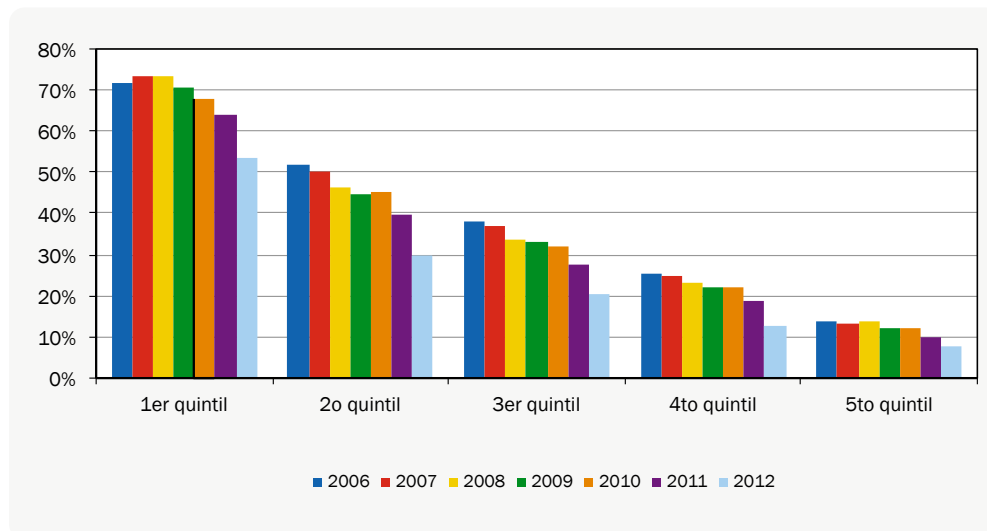
Por su parte la condición de informalidad, medida como el no registro de los trabajadores ocupados en el Sistema de Seguridad Social, también presenta grandes desigualdades entre trabajadores pertenecientes a hogares de diferentes quintiles de ingreso. (Gráfico 1.24).

### Desigualdades territoriales

Las diferencias entre las tasas de desempleo por departamento no son tan marcadas sin perjuicio de observarse, al igual que con otros indicadores, tasas más altas en algunos de los departamentos del norte y centro del país y más bajas entre los del sur y litoral suroeste.

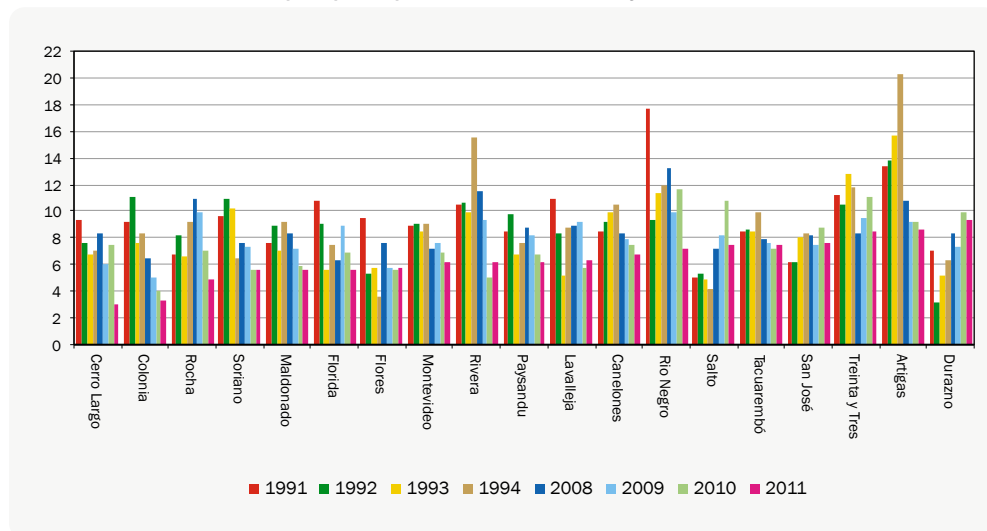
El siguiente gráfico (1.25) presenta la evolución del desempleo para todos los departamentos en los primeros años de la década

Gráfico 1.24. Ocupados no registrados en seguridad social por quintiles de ingreso, 2006-2012



Fuente: Elaborado en base a INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

Gráfico 1.25. Tasa de desempleo por departamento 1991-1994 y 2006-2011



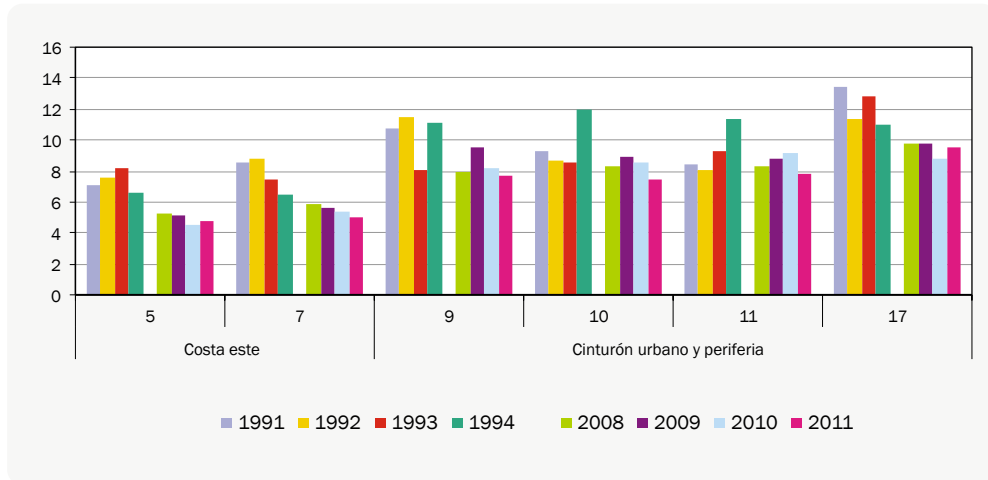
Fuente: INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

Nota: Ordenados según año 2011.

del noventa y en los años más recientes. Puede observarse el descenso marcado en los últimos años, llegando todos los departamentos, con excepción de Durazno, a cumplir con la meta nacional definida (desempleo menor al 9%).

Es en ésta, como en otras variables, que las asimetrías se expresan con mayor fuerza al interior del Departamento de Montevideo. En tanto entre los activos residentes en la costa este del Departamento la tasa se ha reducido a niveles inferiores al pro-

Gráfico 1.26. Desempleo en algunos zonales de Motevideo, 1991-1994 y 2008-2011



Fuente: Elaborado en base a INE, ECH.

medio nacional, en el cinturón urbano y la periferia las tasas son superiores al promedio nacional y la evolución no es tan clara, poniendo en evidencia la mayor vulnerabilidad laboral de los trabajadores residentes en estas zonas. (Gráfico 1.26).

En relación a la **calidad del empleo**, medida ésta por el registro a la seguridad social de los ocupados, las diferencias entre departamentos son más visibles. En tanto solo tres departamentos han alcanzado la meta de una informalidad inferior al 25% (Montevideo, Florida y Colonia), otros dos (Artigas y Cerro Largo) tienen tasas de informalidad superiores al 40% y Rivera supera el 50%.

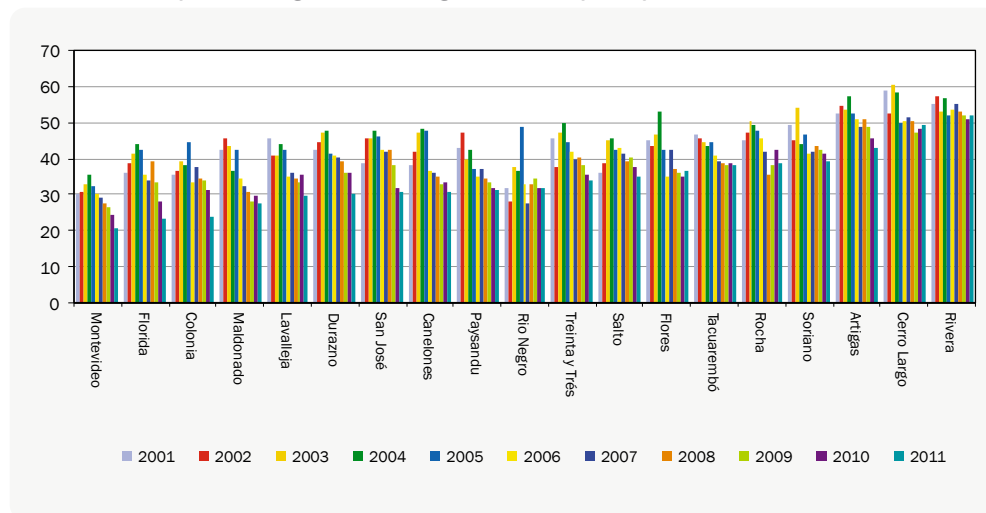
Si bien en los últimos años el trabajo informal ha disminuido en todos los departamentos, en los del noreste del país este descenso ha sido muy pequeño. (Gráfico 1.27).

El Departamento de Montevideo muestra un descenso en las tasas en todas sus zonas a partir del año 2005 y nuevamente asimetrías importantes entre las zonas costeras con niveles de informalidad del orden del 10% en 2011, en tanto la periferia presenta tasas tres veces superiores. (Gráfico 1.28).

## Desigualdades de género

Los datos de la ECH procesados para la elaboración de este informe confirman que durante el período de referencia para el análisis del logro de los ODM han existido diferencias importantes entre la tasa de desempleo femenina y la masculina, siendo esta última estructuralmente menor que la primera. Es recién en los

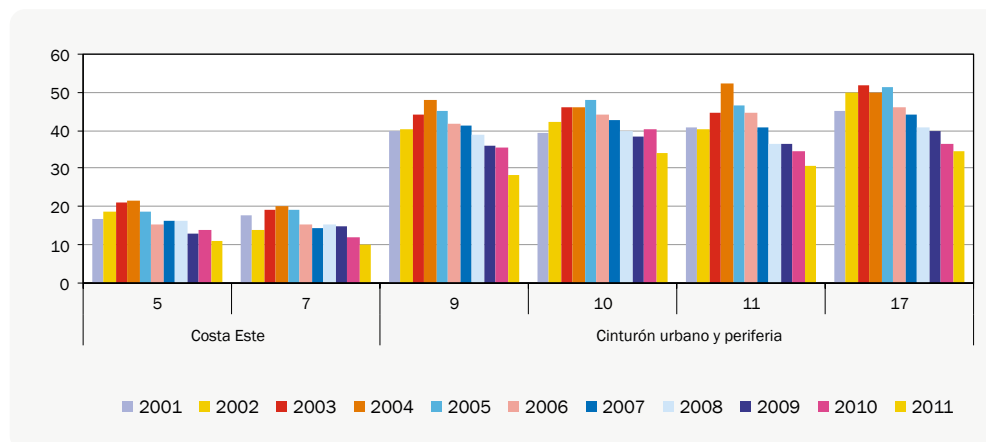
Gráfico 1.27. Ocupados no registrados en seguridad social por departamentos, 2001-2011



Fuente: INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

Nota: Ordenados según año 2011.

Gráfico 1.28. Ocupados no registrados en seguridad social en algunos zonales de Montevideo, 2001-2011



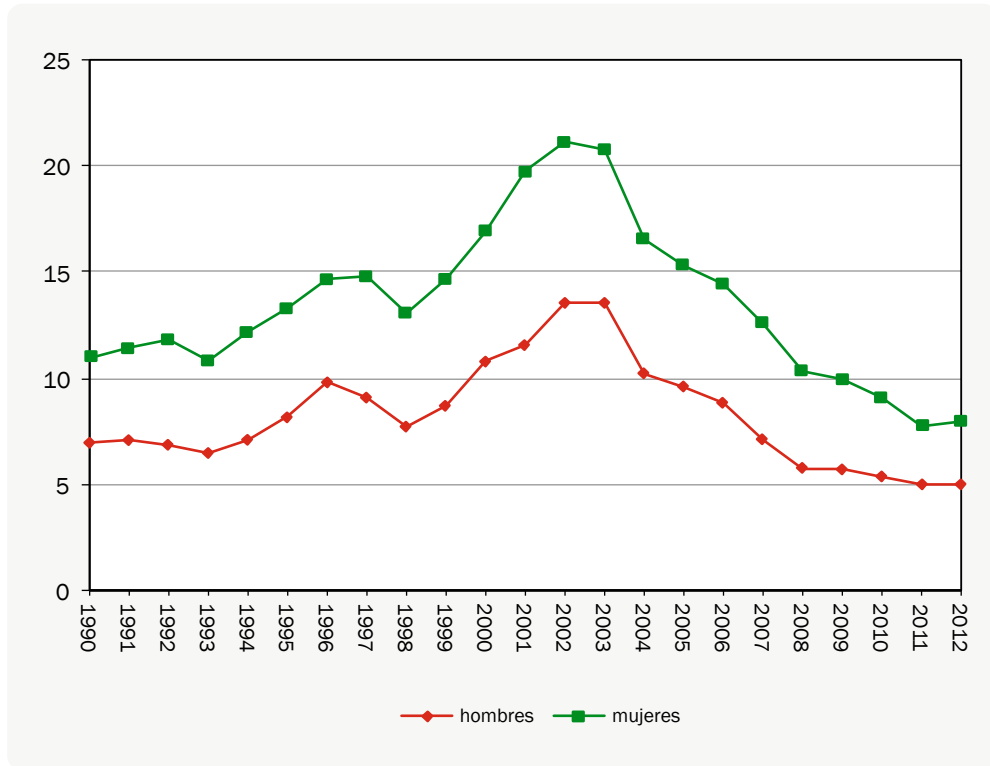
Fuente: Elaborado en base a INE, ECH.

últimos años que parece observarse una tendencia a la convergencia entre ambas tasas. (Gráfico 1.29).

Como puede observarse, en los períodos de crecimiento del desempleo, éste aumenta más rápido entre las mujeres a la vez que también se reduce más rápido durante la fase de disminución del desempleo.

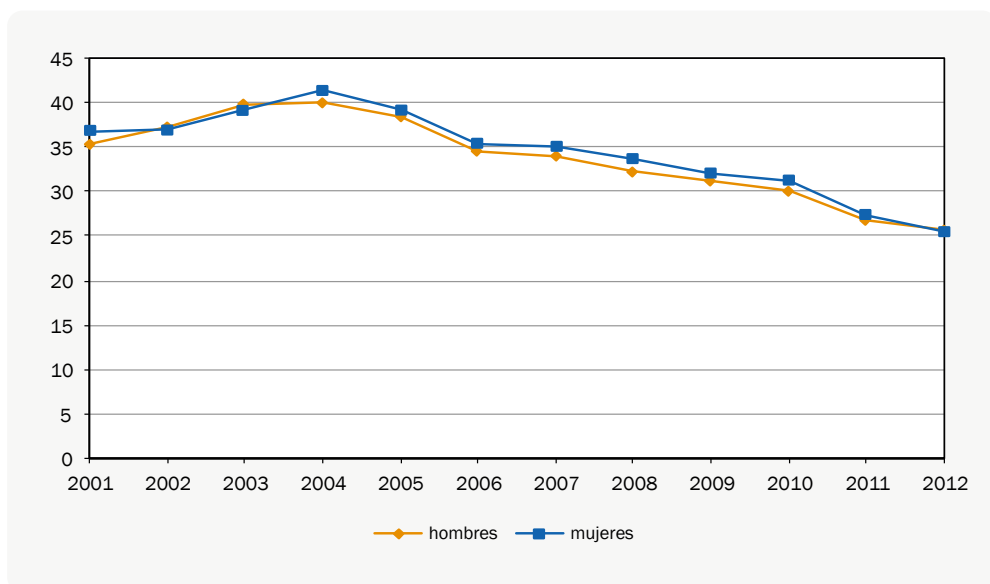
En cuanto a la formalidad del empleo no existen diferencias significativas. (Gráfico 1.30).

**Gráfico 1.29.** Desempleo por sexo, 1990–2012



Fuente: Elaborado en base a INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

**Gráfico 1.30.** Ocupados no registrados en seguridad social por sexo, 2001–2012



Fuente: INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.



## Desigualdades intergeneracionales

Como es bien conocido, los jóvenes viven mayores dificultades en su inserción en el mercado de trabajo que los mayores de 30 años. El Plan de Juventudes 2011 – 2015<sup>10</sup> ha definido como una de sus áreas prioritarias la de Trabajo y Formación Profesional, “...con el objetivo de contribuir al proceso de elaboración de un modelo de inclusión social, educativa y laboral, asociado al concepto de ciudadanía y teniendo en cuenta las exigencias del mundo del trabajo y la realidad de los jóvenes, sus propias demandas y propuestas. Por ello el primer eje del Diálogo Nacional por el Empleo fue el Empleo y Formación de los Jóvenes, espacio en el que se alcanzaron diversos acuerdos específicos que sentaron las bases para un Acuerdo Nacional por el Trabajo Decente Joven”.<sup>11</sup>

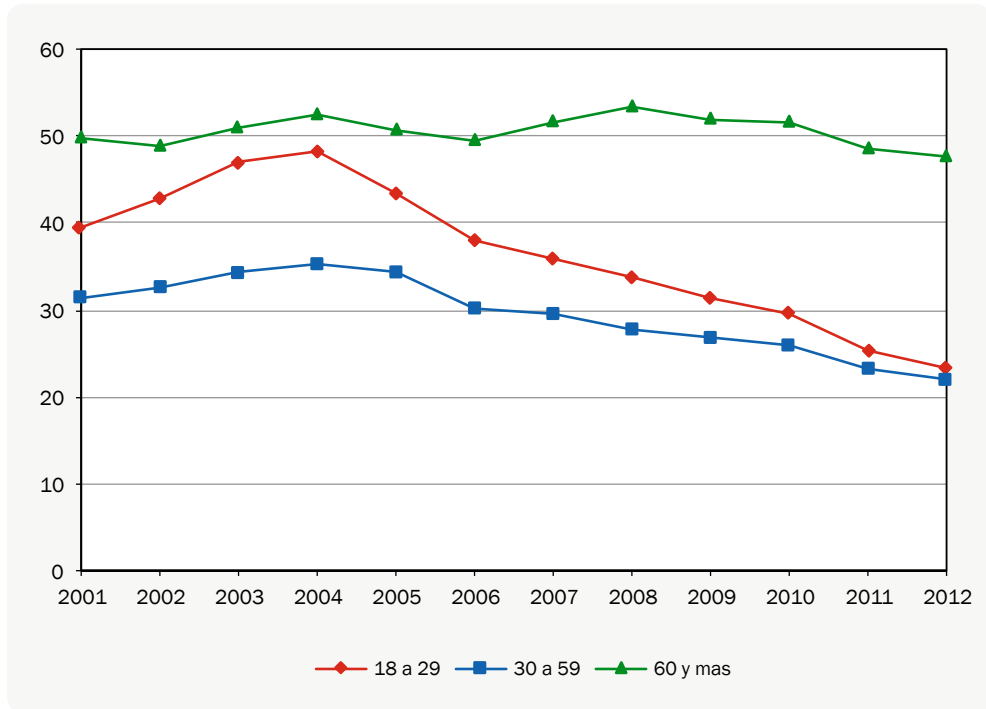
Hasta 2010, la tasa de desempleo de los trabajadores/as que están en el tramo de edad de 18 a 29 años supera en más de diez puntos porcentuales a los trabajadores/as ubicados en el tramo de 30 a 59 años. A su vez la diferencia en el desempleo entre trabajadores jóvenes y adultos se incrementa durante los años de estancamiento y caída de la actividad económica, a partir del año 1999 y hasta 2003. Por lo tanto, y al igual que las trabajadoras, son más vulnerables a los altibajos de la economía y del mercado laboral. La tasa de desempleo entre los jóvenes ha disminuido más rápidamente en el reciente período de crecimiento económico, aunque se sitúa todavía en valores de dos dígitos, mientras que entre los mayores de 30 años la tasa se encuentra en un nivel friccional. (Gráfico 1.31).

La informalidad en las relaciones de trabajo entre los jóvenes es particularmente elevada en sí misma y más aun cuando se la compara con la informalidad de los trabajadores y trabajadoras pertenecientes al tramo de edad de 30 a 59 años. Como puede observarse, al igual que lo ya señalado respecto al desempleo, la informalidad entre los jóvenes aumenta más que la de los mayores de 30 años en la fase recesiva y disminuye también más rápidamente en la fase de crecimiento económico, con una clara tendencia a la convergencia entre ambas tasas. (Gráfico 1.32).

10 El Plan de Juventudes refleja los acuerdos técnicos y políticos alcanzados en el Consejo Nacional de Políticas Sociales y en el Gabinete Social, y resume los lineamientos estratégicos y acciones prioritarias de diferentes organismos públicos. Entre los lineamientos se destaca el acceso al trabajo decente, con un conjunto de metas y acciones que refieren a las cuestiones de formación, empleo y emprendedurismo.

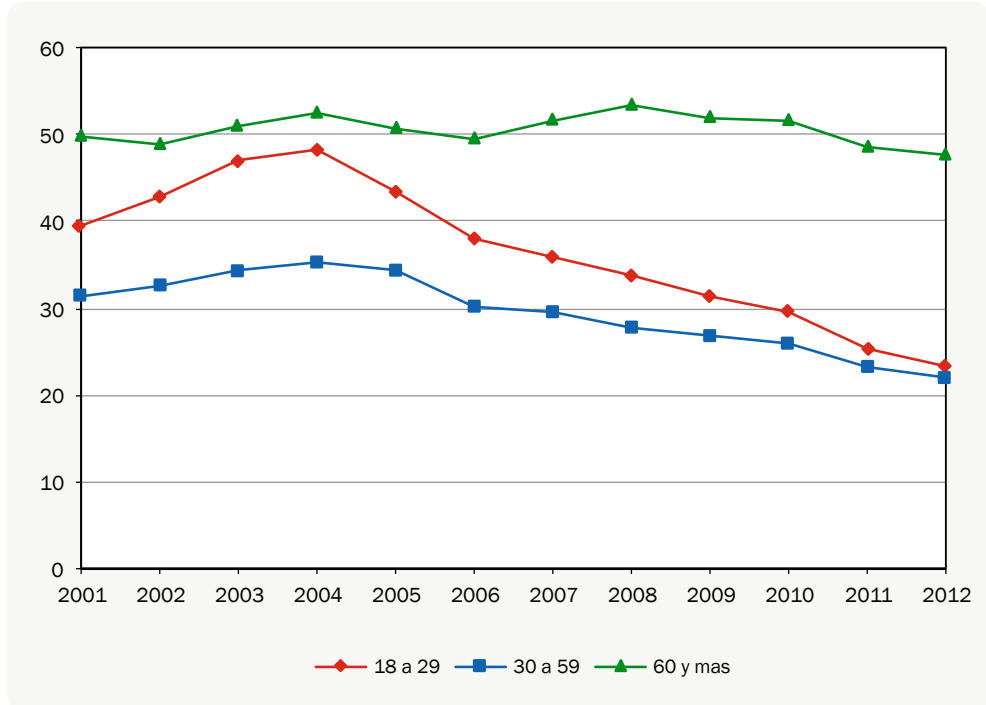
11 B. Moreira, J. P. Martínez, “Desafíos del empleo juvenil en Uruguay– 2010–2014”, 2012.

Gráfico 1.31. Desempleo por tramos de edad, 2001-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

Gráfico 1.32. Ocupados no registrados en seguridad social por tramos de edad, 2001-2012

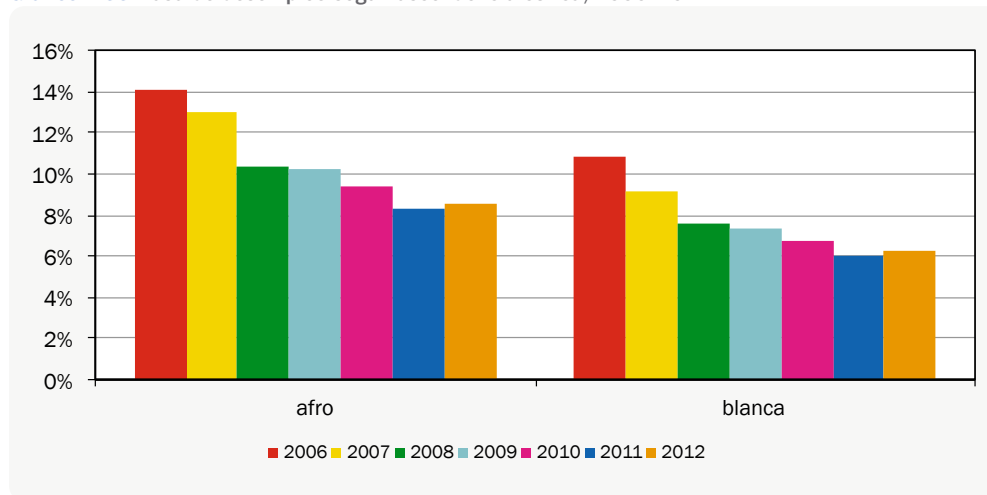


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

## Desigualdades étnicas

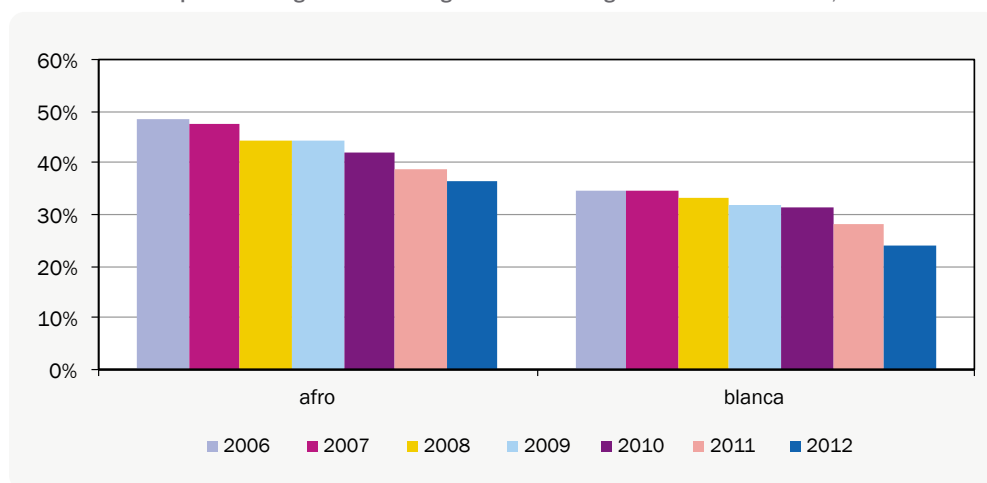
La ascendencia étnica también es una fuente de desigualdades en el mercado de trabajo. En efecto, los trabajadores afrodescendientes tienen mayores problemas de inserción laboral que los de ascendencia blanca, lo cual se expresa en la tasa de desempleo y en la informalidad de los empleos. (Gráfico 1.33). (Gráfico 1.34).

Gráfico 1.33. Tasa de desempleo según ascendencia étnica, 2006-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

Gráfico 1.34. Ocupados no registrados en seguridad social según ascendencia étnica, 2006-2012



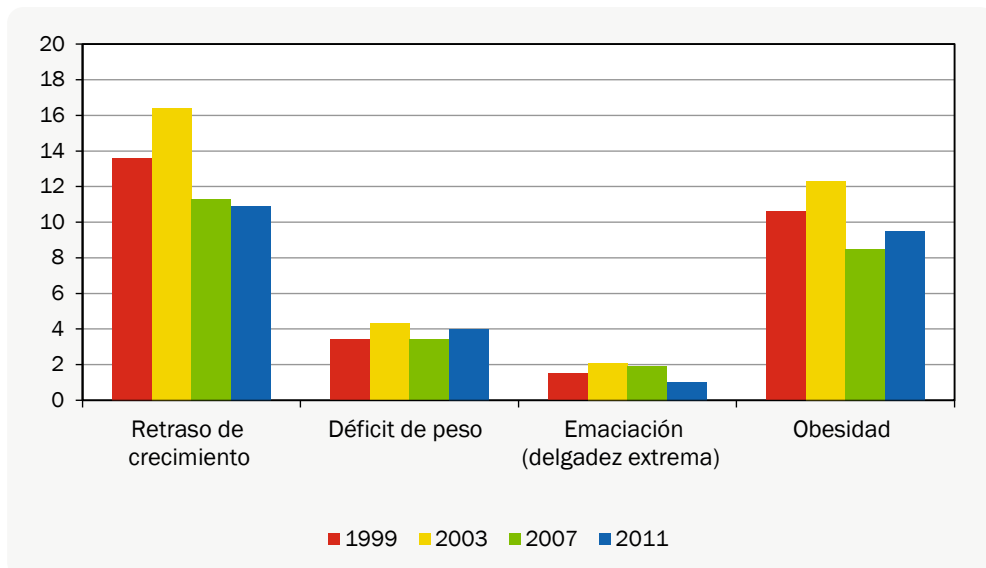
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

ODM 1 - ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE	
Meta Mundial 2	Meta Nacional 2
Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que sufre de hambre	Reducir el porcentaje de niños menores de 5 años con déficit nutricional a sus valores mínimos (2,3% como valor de referencia)

Si bien la meta nacional está establecida para los niños y niñas menores de 5 años, la información disponible con alcance nacional y con continuidad en el tiempo es la proveniente de las encuestas cuatrianuales que comenzaron a realizarse en el año 1999 y que proporcionan información respecto a los menores de 24 meses.

Si bien se observan mejoras en los indicadores, también es claro que existen problemas importantes en los niños/as entre los 6 y 24 meses que se expresan en una talla baja para la edad (retraso en el crecimiento) y en un índice de masa corporal (IMC) excesivo para la edad (obesidad), ambos vinculados. (Gráfico 1.35). (Tabla 1.2).

**Gráfico 1.35.** Prevalencia de retraso de crecimiento, déficit de peso, emaciación (delgadez extrema) y obesidad en niños/as menores de 24 meses. 1999, 2003, 2007 y 2011



Fuente: Elaborado en base a "Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF). Noviembre, 2011.

Nota: Retraso de crecimiento: talla baja para la edad; déficit de peso: peso bajo para la edad; emaciación: peso bajo para la talla y obesidad: IMC en exceso para la edad.

Tabla 1.2

Prevalencia de retraso de talla, déficit de peso, emaciación y obesidad en niños/as menores de 24 meses (estándar OMS)							
	Año	Total	Masculino	Femenino	Público	Privado	N
Retraso de crecimiento: 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
	2011	10,9	17,1	9,8	12,8	9,2	2994
Déficit de peso: 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
	2011	4	-	-	-	-	2994
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
	2011	1	-	-	-	-	2994
Obesidad: IMC/peso >2DS (OMS)	1999	12,5	14,1	10,9	13,7	11,1	2731
	2003	14,1	15,8	12,4	15,2	12,6	2879
	2007	9,3	10,4	8,2	10,2	8,2	3039
	2011	9,5	9,7	9,2	8,2	10,6	2994

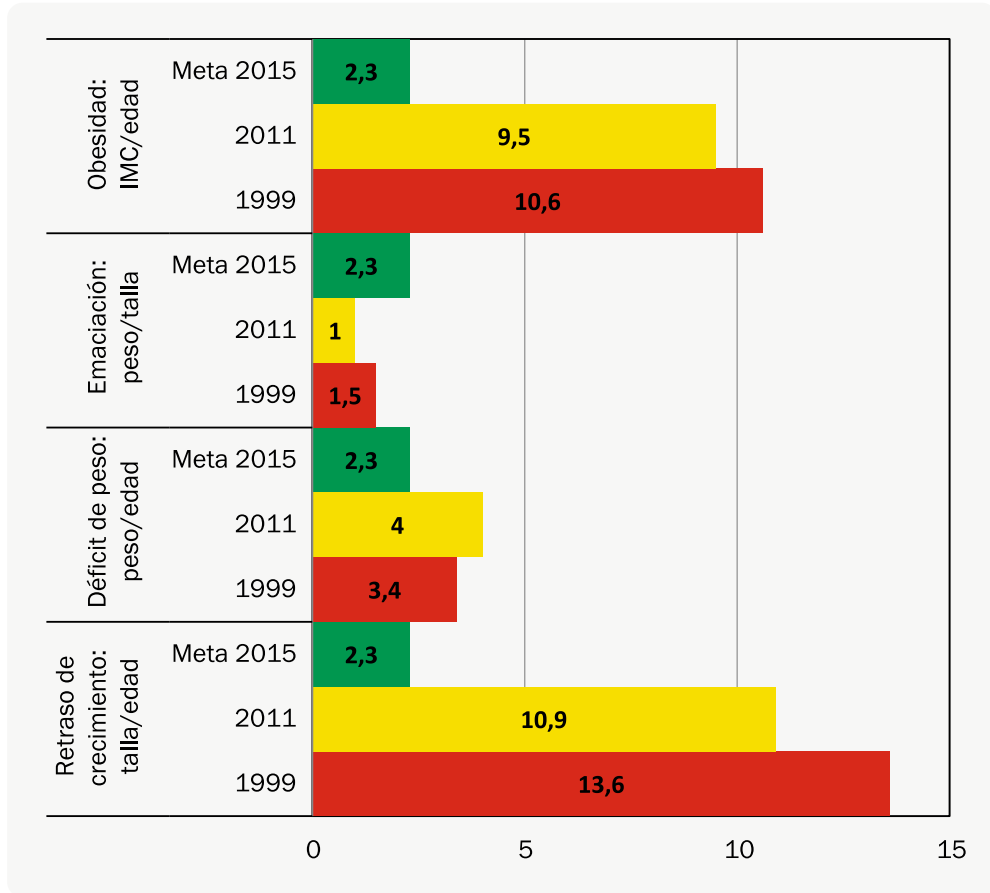
Fuente: Elaborado en base a "Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF). Noviembre, 2011

En consecuencia se requerirán esfuerzos especiales de toda la sociedad para aproximarse a la meta definida para el año 2015. Al respecto, en 2012 se comenzó a implementar el programa nacional "Uruguay crece contigo" orientado a la atención de embarazadas y niños en riesgo sanitario (reflejado en desnutrición, anemia y problemas de crecimiento), lo cual se espera contribuya a afirmar una tendencia hacia el logro de la meta. (Gráfico 1.36).

A continuación se presenta información sobre algunos factores asociados a los problemas nutricionales presentes en los niños y niñas pequeños:

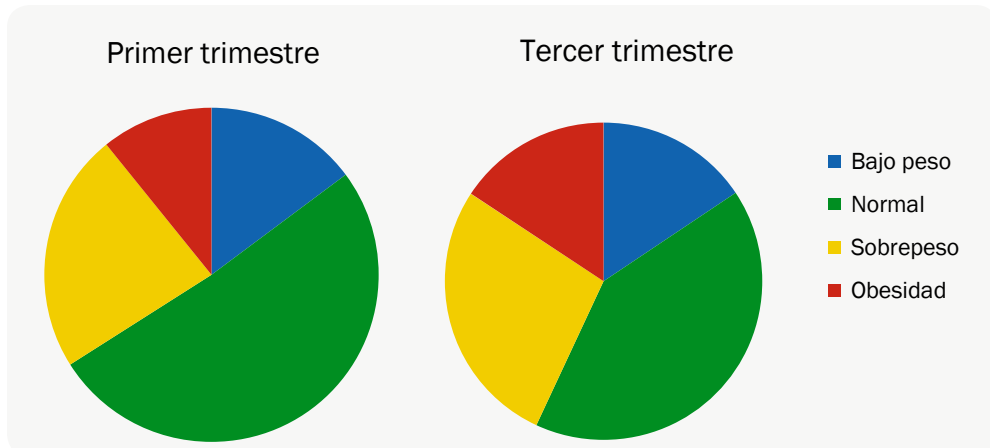
**Estado nutricional de las embarazadas.** En el país existen problemas de malnutrición materna —tanto de déficit y exceso de peso como en deficiencia de micronutrientes— que afectan a un porcentaje significativo de las mujeres. La información del Sistema de Información Perinatal – Datos de Nutrición (SIP-NUT) del MSP muestra que no sólo existen porcentajes significativos de mujeres con bajo peso, sobrepeso y obesidad al inicio de la gestación sino que estos porcentajes aumentan al final el embarazo. Entre las embarazadas adolescentes los porcentajes de bajo peso son mayores que el promedio, tanto al inicio como al final del embarazo. (Gráfico 1.37).

**Gráfico 1.36.** Avance hacia la meta: prevalencia de retraso de crecimiento, déficit de peso, emaciación y obesidad en niños menores de 24 meses



Fuente: Elaborado en base a "Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF). Noviembre, 2011

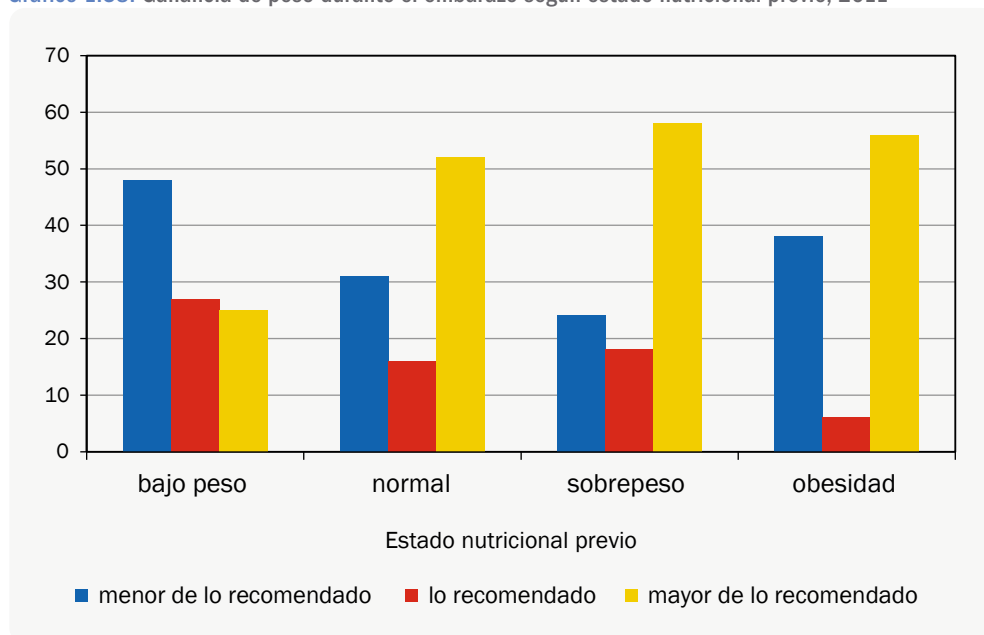
**Gráfico 1.37.** Estado nutricional de las mujeres al inicio y al final del embarazo (IMC según semana de gestación). Año 2010



Fuente: MSP, SIP-NUT.

La Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia de 2011 pone asimismo en evidencia que las ganancias de peso durante el embarazo se corresponden en un bajo porcentaje con lo recomendado. Entre las gestantes con bajo peso al inicio del embarazo tan solo un 27% tuvo una ganancia de peso de acuerdo a lo recomendado, en tanto que un 48% no alcanzó el mismo. Entre las gestantes con sobrepeso u obesidad, el 58% y el 56%, respectivamente, tuvo incrementos de peso superiores a lo recomendado. (Gráfico 1.38).

Gráfico 1.38. Ganancia de peso durante el embarazo según estado nutricional previo, 2011



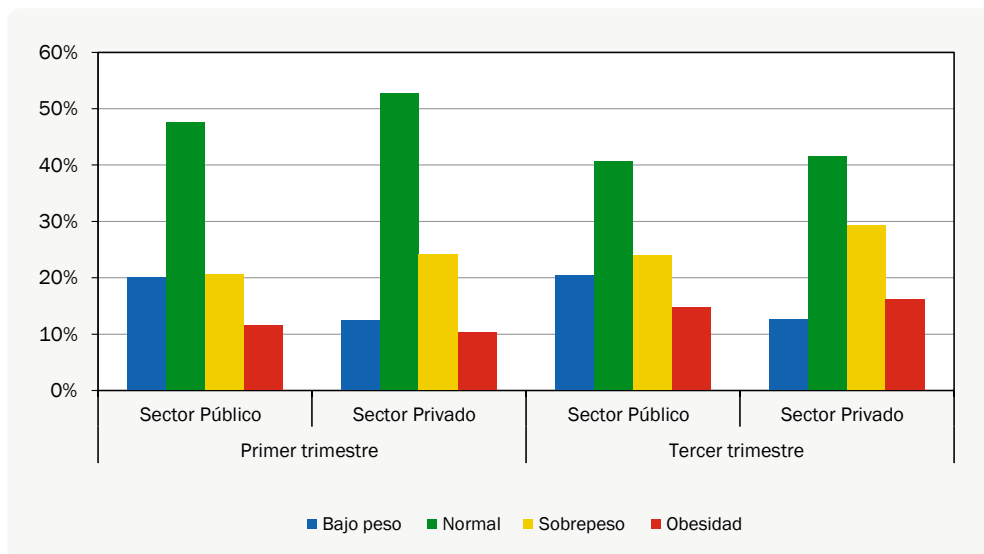
Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

Al comparar el estado nutricional de las mujeres según subsector de atención de salud se observan mayores casos de bajo peso al inicio y al final del embarazo en el sector público y mayores casos de sobrepeso en el sector privado. (Gráfico 1.39).

**Otros factores de riesgo durante el embarazo.** También es elevado el porcentaje de mujeres que no habían recibido **ácido fólico** ni **hierro** durante el embarazo y de las que fumaron durante la gestación. El **consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias** durante el embarazo es destacable en razón de los efectos dañinos que ocasiona al feto. (Tabla 1.3).

También es destacable la presencia de **anemia en las embara-**

**Gráfico 1.39.** Estado nutricional de las mujeres al inicio y final del embarazo por subsector de atención de la salud. 2010



Fuente: MSP, SIP-NUT

**Tabla 1.3**

Prevalencia de factores de riesgo durante el embarazo (%)2010-2011	
Peso gestacional <45 kg.	8
IMC 18,5	9
IMC previo 25	24
No tomó ácido fólico durante el embarazo	47
No tomó hierro durante el embarazo	33
Fumó durante el embarazo	10

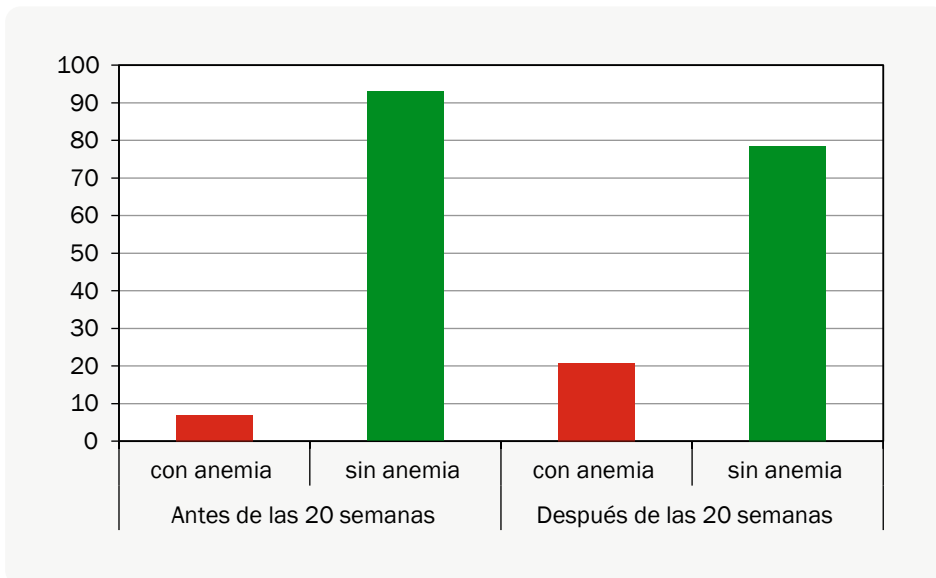
Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF).

**zadas**, de acuerdo a la información recabada por el SIPNUT del MSP en 2009. (Gráfico 1.40).

La **anemia infantil** es otro factor relevante pues los niveles encontrados son significativamente altos. En los niños/as pequeños, la anemia se debe al déficit de hierro. "La falta de hierro provoca una disminución de la hemoglobina de la sangre, que es la responsable del transporte de oxígeno a los órganos del cuerpo. Además, el hierro participa de numerosos procesos metabólicos fundamentales para el organismo. En las etapas tempranas de la vida el déficit de hierro puede producir alteraciones muy importantes, capaces de afectar, entre otras cosas, el desarrollo neurológico e intelectual del individuo. Conocer las cifras de anemia en la población de los más pequeños resulta, por ende, de funda-



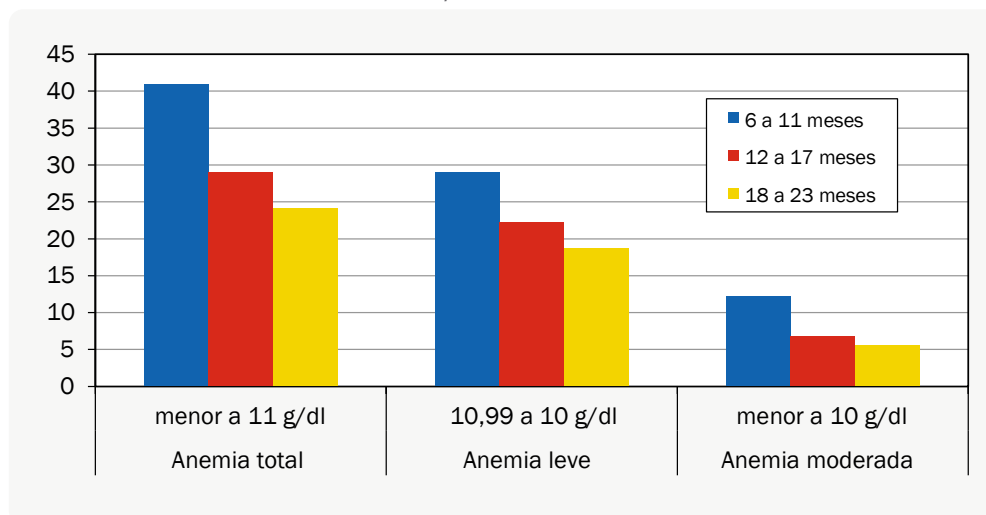
**Gráfico 1.40.** Presencia de anemia antes y después de las 20 semanas de gestación en porcentajes. 2009



Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF).

mental importancia.”<sup>12</sup> La prevalencia encontrada por la Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia de 2011 fue de 41% entre los niños/as de 6 a 11 meses,

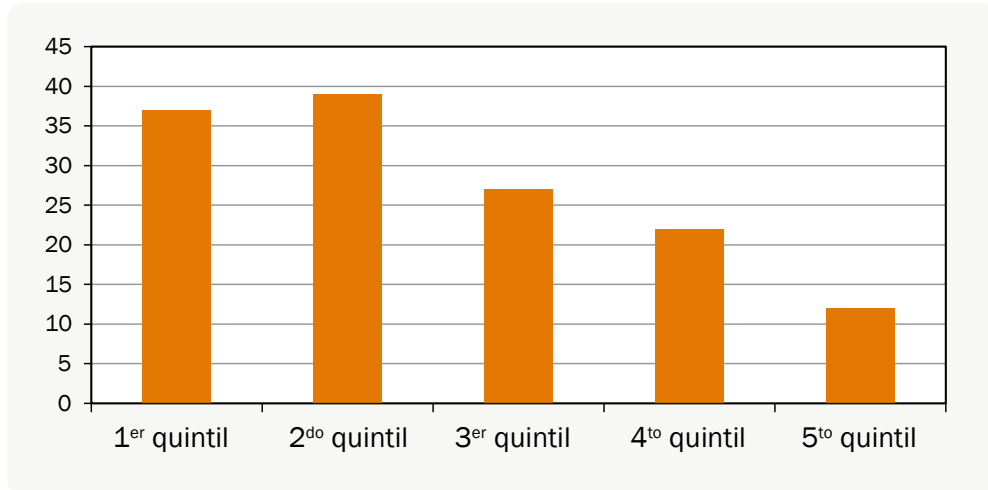
**Gráfico 1.41.** Prevalencia de anemia en niños/as menores de 24 meses. 2011



Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

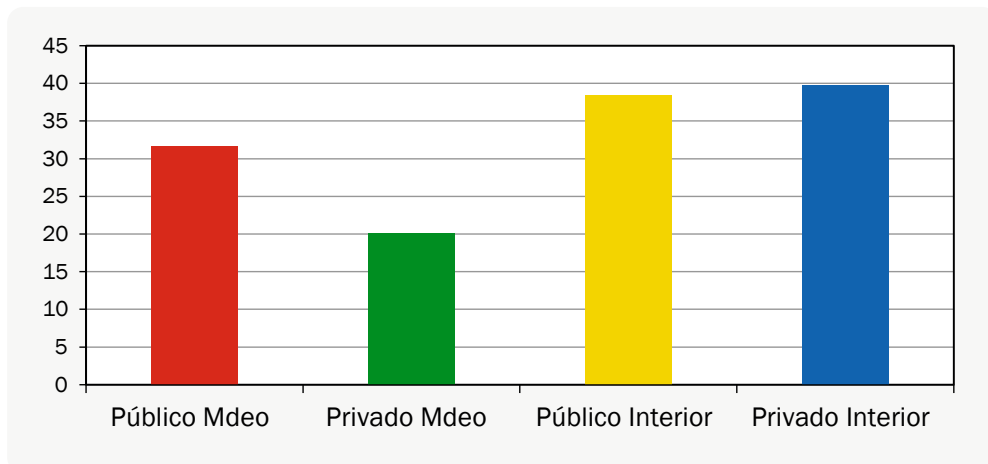
12 RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012"

**Gráfico 1.42.** Prevalencia de anemia en niños/as menores de 24 meses según quintiles de ingreso. 2011



Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

**Gráfico 1.43.** Prevalencia de anemia en niños/as menores de 24 meses según institución de asistencia médica. 2011



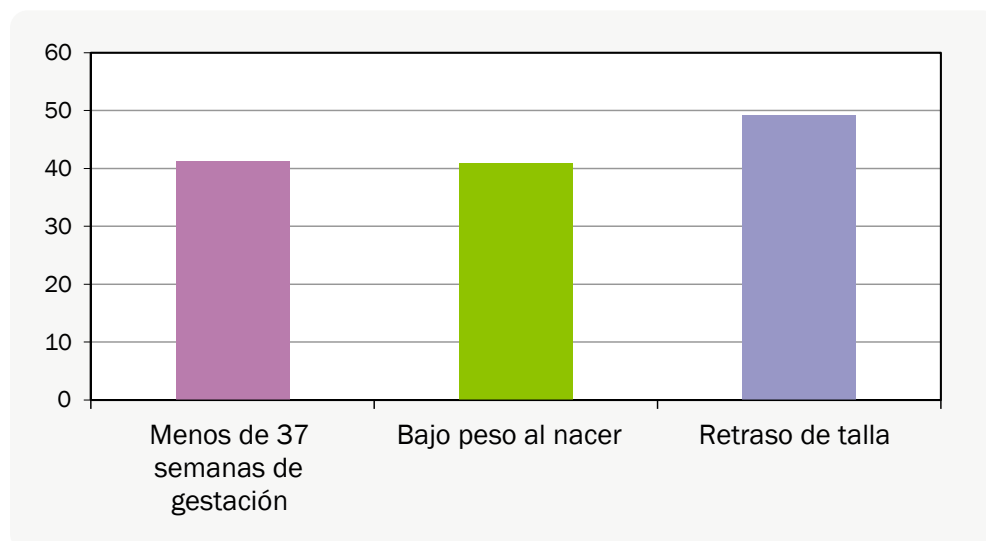
Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

de 29% entre los de 12 a 17 meses y de 24% entre los de 18 a 23 meses. (Gráfico 1.41).

Si bien afecta de forma importante a toda la población, la presencia de anemia es más elevada entre los niños y niñas pertenecientes a hogares de ingresos bajos y medio bajos. (Gráfico 1.42).

Consistentemente con lo anterior, se encontraron más casos de anemia en Montevideo entre los atendidos en el subsector público que en el privado. Sin embargo es más elevada en el interior en ambos subsectores. (Gráfico 1.43).

**Gráfico 1.44.** Prevalencia de anemia en niños/as menores de 24 meses según algunas características del niño. 2011



Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

La presencia de anemia es también elevada entre los niños y niñas con retraso de talla, entre los nacidos con bajo peso y los prematuros. (Gráfico 1.44).

En resumen, los grupos con mayor prevalencia de anemia son los siguientes (Tabla 1.4):

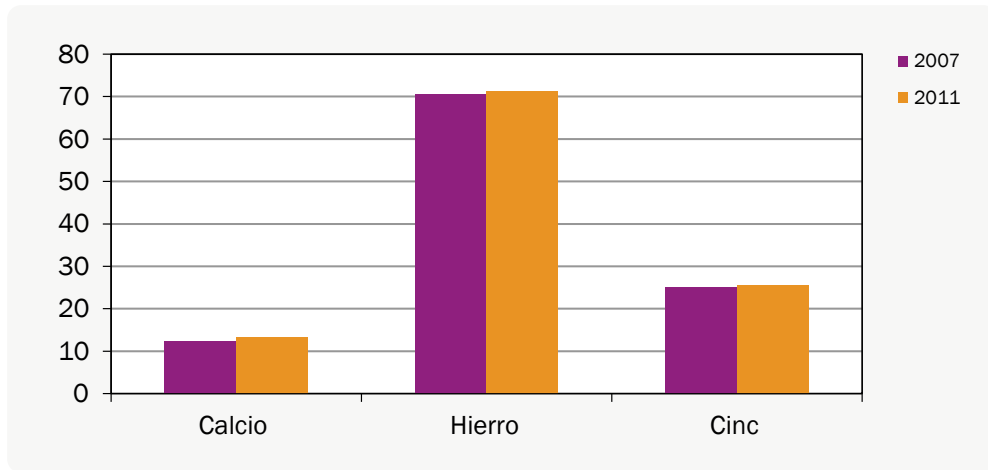
Tabla 1.4

Grupos con mayor prevalencia de anemia en porcentajes Año 2011	
Grupos	%
Retraso de talla	49
Madre menor de 20 años	43
Escolaridad materna menor de 6 años	42
Menos de 37 semanas de gestación	41
6 a 11 meses de edad	41
Sector salud: privado del interior	40
Sector salud: público del interior	38
Quintiles 1 y 2	38

Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

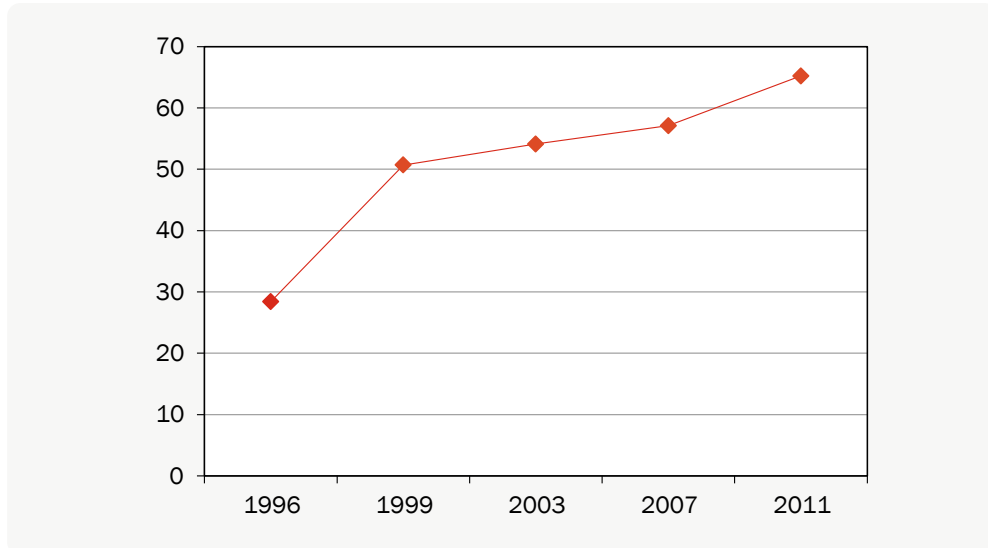
El porcentaje de niños que no satisfacen a través de los alimentos los requerimientos de calcio, hierro y cinc hierro no registra variaciones entre las dos últimas encuestas, siendo muy elevado el porcentaje de quienes no satisfacen los requerimientos de hierro: 71,3%. (Gráfico 1.45).

Gráfico 1.45. Niños que no satisfacen los requerimientos de calcio, hierro, cinc. 2007 y 2011



Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir de Publicación: "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

Gráfico 1.46. Evolución de la tasa de lactancia materna exclusiva. 1996-2011



Fuente: Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia. Elaborado a partir del "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012" (RUANDI, MSP, MIDES, UNICEF)

**Lactancia materna.** En este aspecto, el país muestra una evolución muy positiva, desde un 28,4% en 1996 al 63,2% en 2011, reflejo sin duda de las políticas en la materia. (Gráfico 1.46).

El **bajo peso al nacer y la prematurez** son también factores de riesgo para el recién nacido. En el ODM 4, Meta Nacional 5, se examinan estos dos aspectos en profundidad.



# Lograr la enseñanza primaria universal

ODM 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL	
Meta Mundial 3	Meta Nacional 3
Asegurar que para 2015, todos los niños y niñas tengan la posibilidad de culminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	Universalización de la educación inicial, universalización de la educación media obligatoria y expansión de la educación media superior.

Uruguay tuvo un temprano desarrollo de la educación en el contexto regional, en particular de la educación primaria en la cual se ha logrado la universalización de la asistencia de los niños y niñas pertenecientes a las edades correspondientes a dicho ciclo educativo. Por tal motivo, el país ha definido sus metas nacionales al 2015 para este segundo Objetivo de Desarrollo asumiendo los siguientes desafíos:

- la cobertura total de la educación inicial para los niños/as de 3 años pertenecientes a los hogares del primer quintil de ingresos y la atención a la demanda en el resto de los hogares;
- la universalización de la educación inicial en los niveles de 4 y 5 años;
- la universalización de la asistencia y del egreso del primer ciclo de educación media; y
- la expansión de la asistencia y el egreso en la educación media superior.

A continuación se presenta y analiza la información respecto a educación inicial; asistencia a la educación primaria y media; egreso de la educación media básica; y egreso de la educación media superior.

## 1. Asistencia a la educación inicial

### Situación actual y tendencias

La educación inicial tal como la define la Ley General de Educación<sup>13</sup> vigente es la que comprende a los niños y niñas de 3, 4 y 5

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

Tabla 2.1

Matrícula de Educación Inicial 3 años 2011	
Plan CAIF	11.665
Centros Infantiles INAU	666
Jardines CEIP/ANEP	7030
Centro Programa Nuestros Niños (IM)	530
<b>Sub total Público</b>	<b>19.891</b>
Centros de Educación Inicial Privados	5136
Colegios Privados	6141
<b>Sub total Privado</b>	<b>11.277</b>
<b>Total</b>	<b>31.168</b>

Fuente INAU; CEIP/ANEP; IM; MEC

Nota: Las matrículas corresponden al mes de abril.

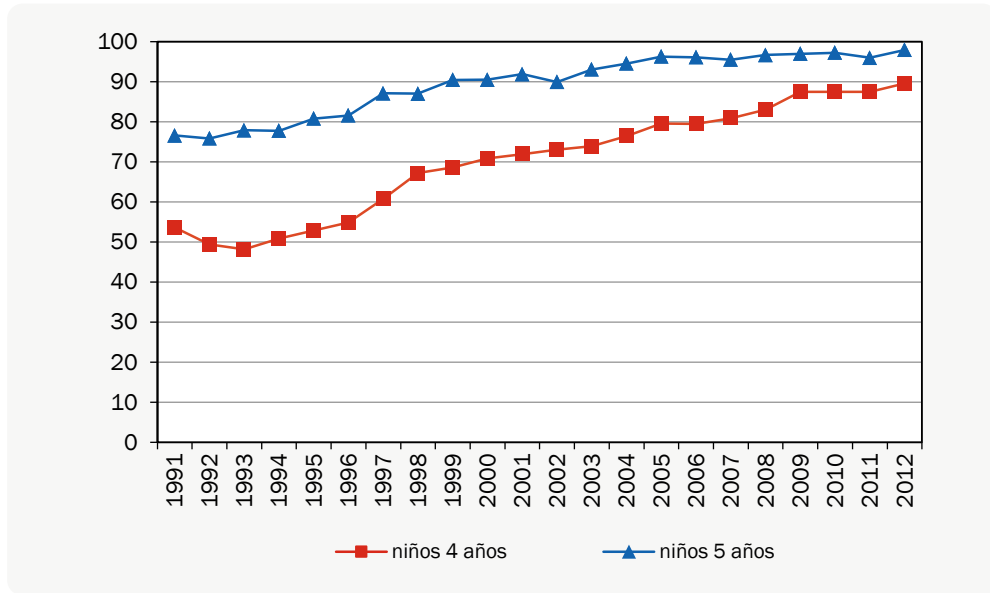
años de edad. Esta misma ley establece que la educación inicial para los niños y niñas de 4 y 5 años es legalmente obligatoria en el país<sup>14</sup> y por lo tanto el Estado debe garantizar cobertura y acceso a todas las familias. En cambio la educación inicial para los niños y niñas de 3 años no es obligatoria. En este nivel, el Consejo Nacional de Políticas Sociales ha decidido avanzar hacia la universalización, expandiendo la cobertura y facilitando el acceso a todos los niños y niñas pertenecientes a hogares del primer quintil de ingresos.

En el nivel de 3 años, la matrícula total, que ya superaba el tercio de los niños y niñas de esa edad a principios de los noventa, alcanza en 2011 a dos terceras partes de esa población según los registros correspondientes de todos los efectores públicos y privados. A su vez, la cobertura pública (Plan CAIF, Centros infantiles del INAU, Centros del Programa Nuestros Niños de la Intendencia Departamental de Montevideo y Jardines del CEIP de ANEP) representa el 64% de la cobertura total y por lo tanto aproximadamente el 42% de todos los niños y niñas de esa edad. (Tabla 2.1).

También ha avanzado en forma significativa la asistencia a la educación inicial en los niveles de 4 y 5 años. En el nivel de 5 años la asistencia ha crecido de 77%, a principios de los noventa, a 98% en 2012. Por su parte en el nivel de 4 años la asistencia ha crecido desde valores en torno al 50% a principios de los 90 al 89,6% en 2012. (Gráfico 2.1).

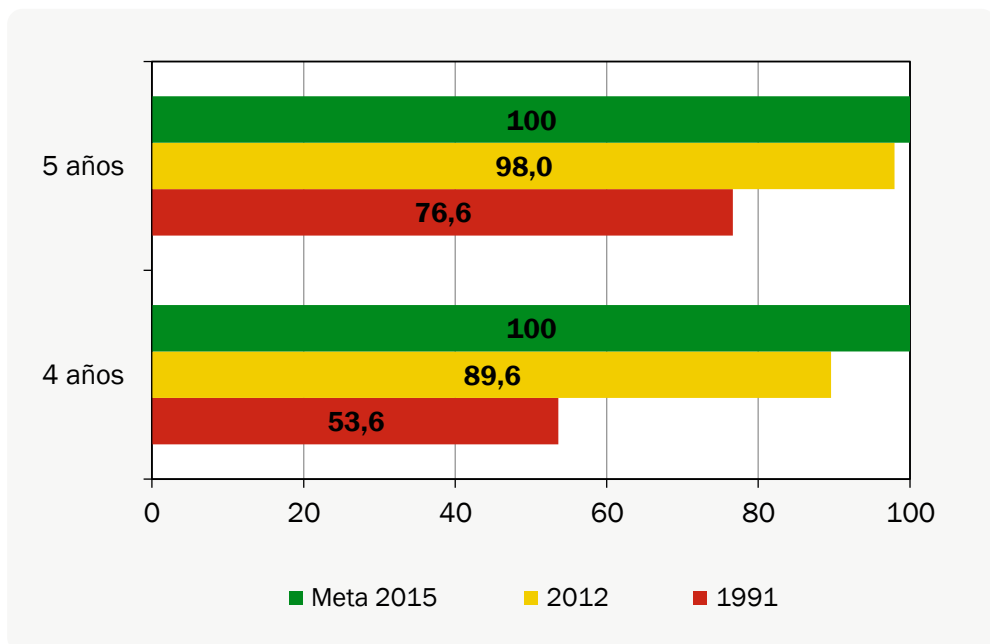
En consecuencia, puede afirmarse que el país se encuentra en condiciones de alcanzar la meta definida en los niveles de 4 y 5 años. En cambio, en el nivel de 3 años, si bien la matrícula alcan-

Gráfico 2.1. Asistencia a la Educación inicial, niños de 4 y 5 años. 1991-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, Loc. 5000 y más hab.

Gráfico 2.2. Avance hacia la meta: asistencia a la Educación inicial



Fuente: Elaboración propia en base a INE, Loc. 5000 y más hab.

za a dos tercios del total de los niños/as de esa edad, no se está avanzando a la par en alcanzar la cobertura total entre los hogares del primer quintil de ingresos, tal cual lo definido por el Consejo Nacional de Políticas Sociales. (Gráfico 2.2).

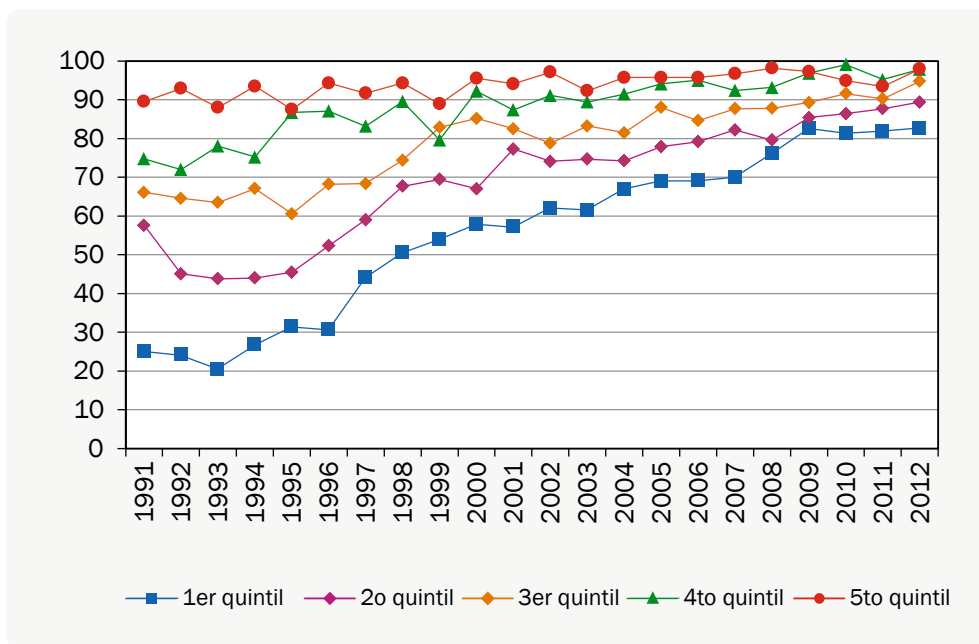


## Una mirada a las desigualdades

### Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

Considerando **los ingresos del hogar**, las tasas de asistencia mostraban notorias inequidades al inicio de los años 90 (65 puntos porcentuales de diferencia entre el primer y quinto quintil). En estas dos décadas se produjo una expansión de la matrícula y la asistencia que ha posibilitado una reducción muy significativa de las inequidades, al punto que la asistencia supera el 80% en el nivel de 4 años y el 95% en el nivel de 5 años, en todos los quintiles. Ello es reflejo del éxito de las políticas públicas en materia de universalización y obligatoriedad en la materia. (Gráfico 2.3, gráfico 2.4).

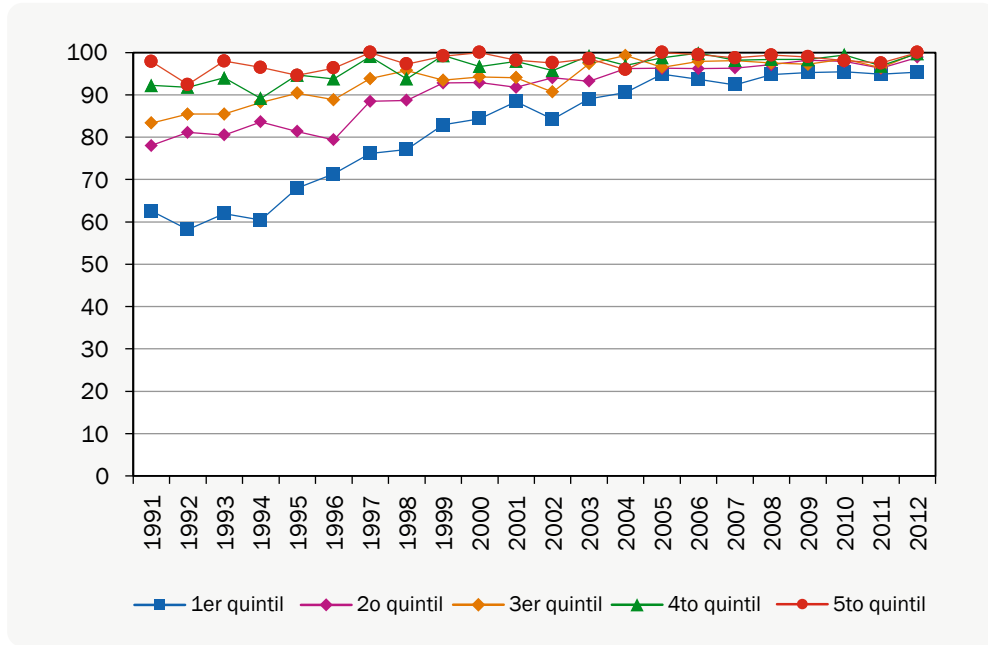
Gráfico 2.3. Asistencia en Educación inicial obligatoria en niños de 4 años por quintiles de ingreso. 1991-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

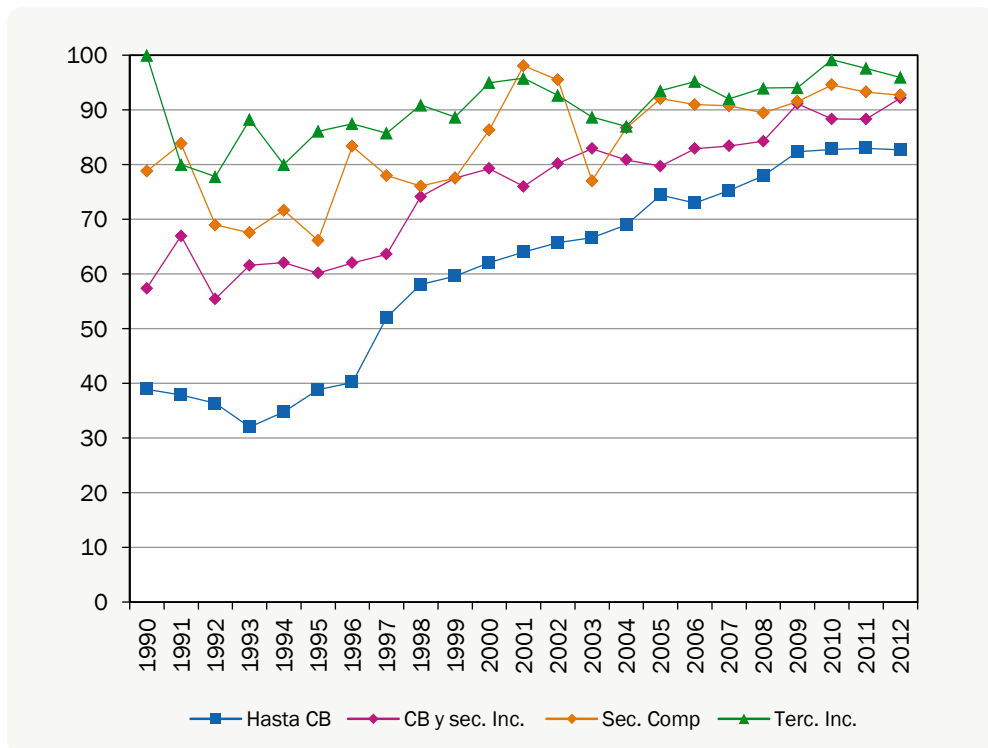
De acuerdo al **nivel educativo del jefe del hogar**, la asistencia a la educación inicial también evolucionó en el período desde importantes desigualdades al inicio de los años 90, especialmente en el nivel de 4 años, hacia una mayor equidad. El Sistema Educativo incorporó tempranamente el nivel 5 años a la escuela (denominado “jardinera”), por tanto ya en los 90 ostentaba altos niveles de asistencia. En uno y otro nivel, la asistencia fue siempre mayor en los hogares con mayor clima educativo. (Gráfico 2.5, gráfico 2.6).

**Gráfico 2.4.** Asistencia en Educación inicial obligatoria en niños de 4 años por quintiles de ingreso. 1991-2012



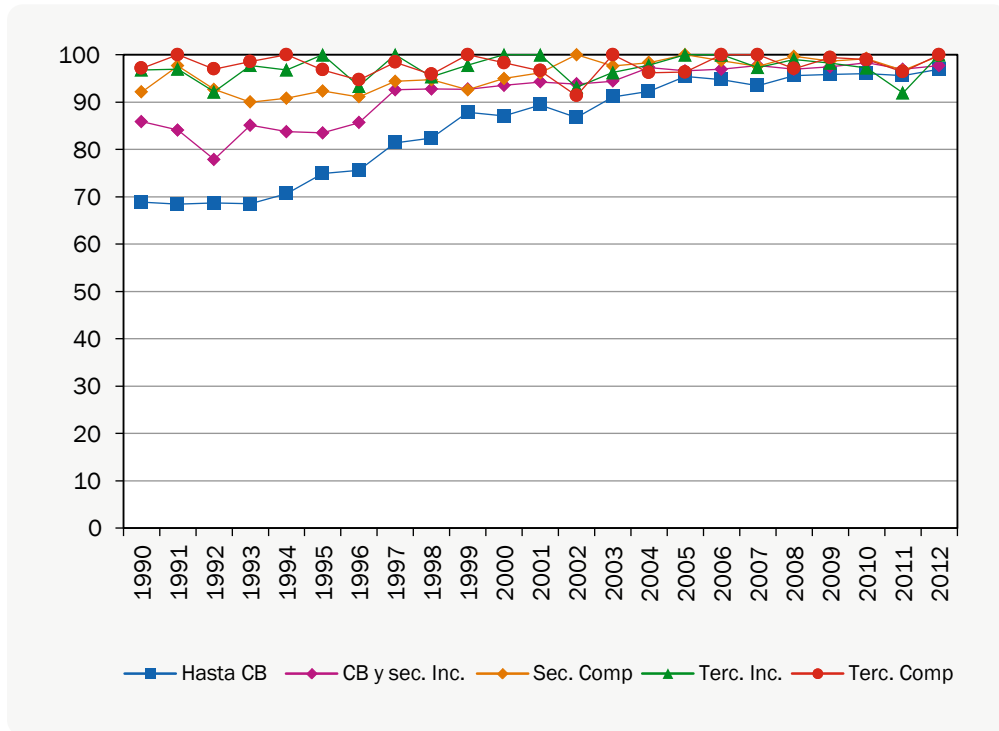
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

**Gráfico 2.5.** Asistencia a la Educación inicial obligatoria en niños de 4 años por nivel educativo del jefe de hogar. 1990-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

Gráfico 2.6. Asistencia a la Educación inicial obligatoria en niños de 4 años por nivel educativo del jefe de hogar. 1990–2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

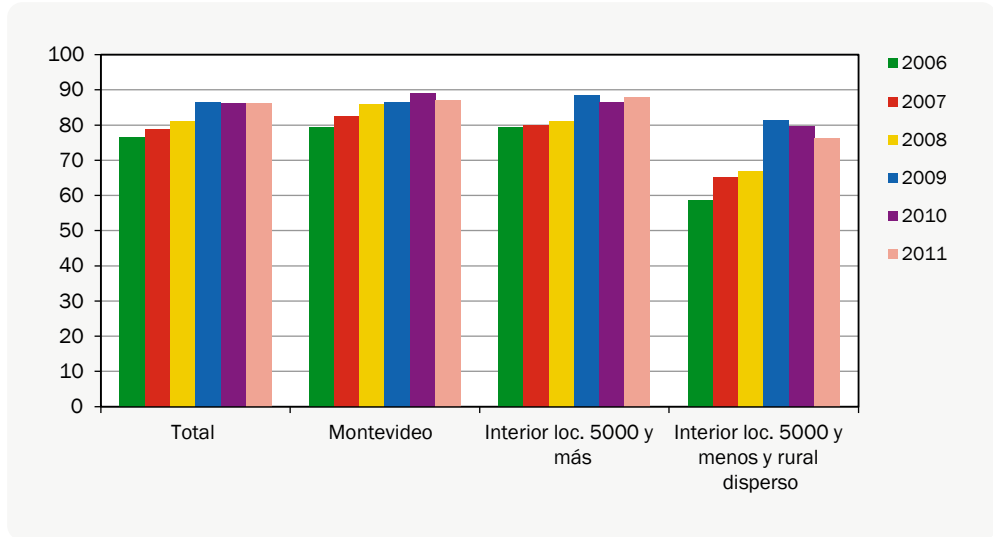
En el **nivel de 3 años** la situación es cualitativamente diferente pues el país ha desarrollado una política con fuerte impacto en este nivel de la educación inicial, el Plan CAIF, lo que ha permitido alcanzar niveles importantes de cobertura global y en particular entre los niños y niñas pertenecientes a los hogares de menores ingresos. Los estudios realizados en apoyo al Plan de Acción 2010 – 2015 de la ENIA estimaban una cobertura, en el año 2009, en el nivel de 3 años en los hogares del primer quintil de más de 16 mil niños y niñas, lo cual representaba aproximadamente el 75% de los niños/as en dichos hogares<sup>15</sup>, mayor al porcentaje de cobertura total, reflejando el alto impacto en términos de equidad de esta política.

15 Cecilia LLambí y Marcelo Perera, *Dimensionamiento económico de la universalización de los servicios de atención y educación a la primera infancia*, CINVE–INFAMILIA/MIDES, febrero de 2010

### Desigualdades territoriales

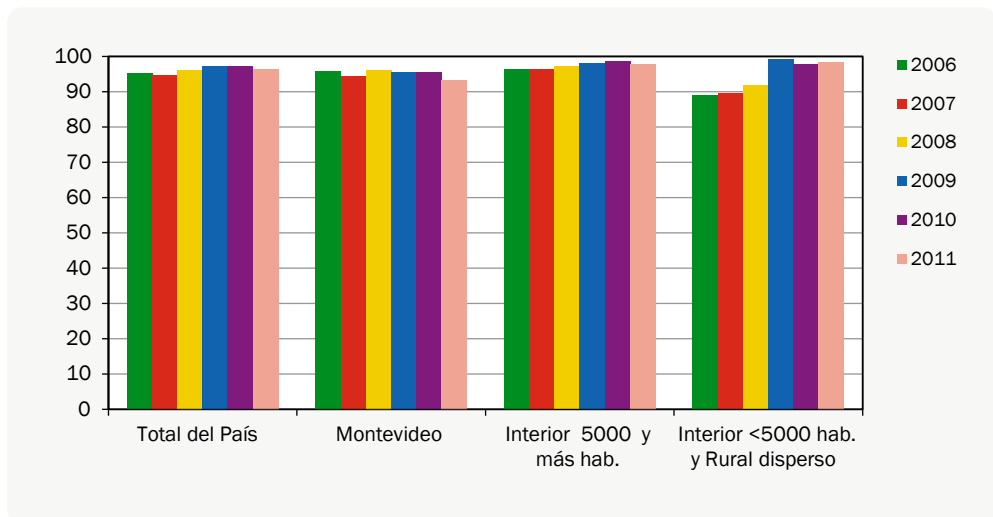
No se observan en el país desigualdades significativas entre grandes áreas ni entre departamentos, a la vez que se confirma el aumento de la asistencia en el nivel de 4 años en todas ellas y el aumento en el nivel de 5 años en las localidades menores a 5 mil habitantes. (Gráfico 2.7, gráfico 2.8).

**Gráfico 2.7.** Asistencia a la Educación inicial en niños de 4 años, por áreas territoriales. 2006-2011



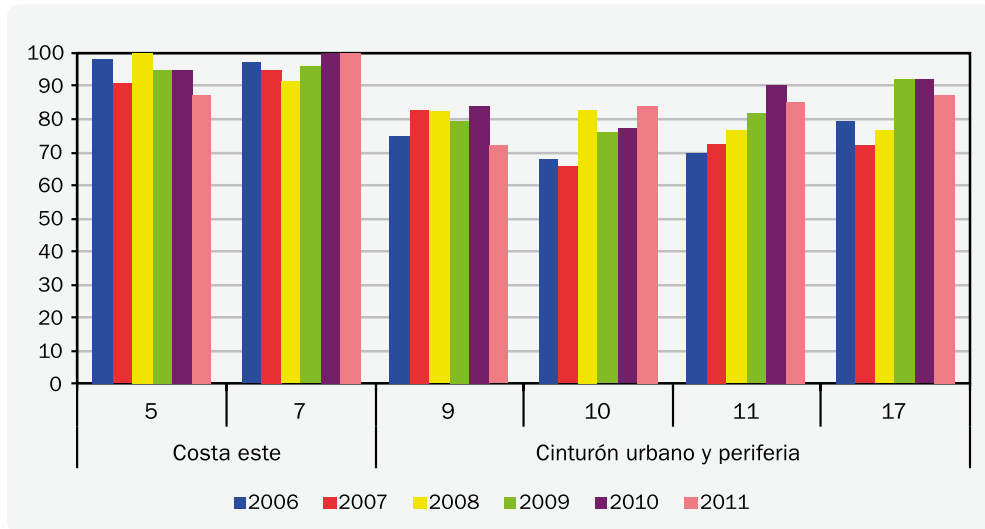
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

**Gráfico 2.8.** Asistencia a la Educación inicial en niños de 5 años, por áreas territoriales. 2006-2011



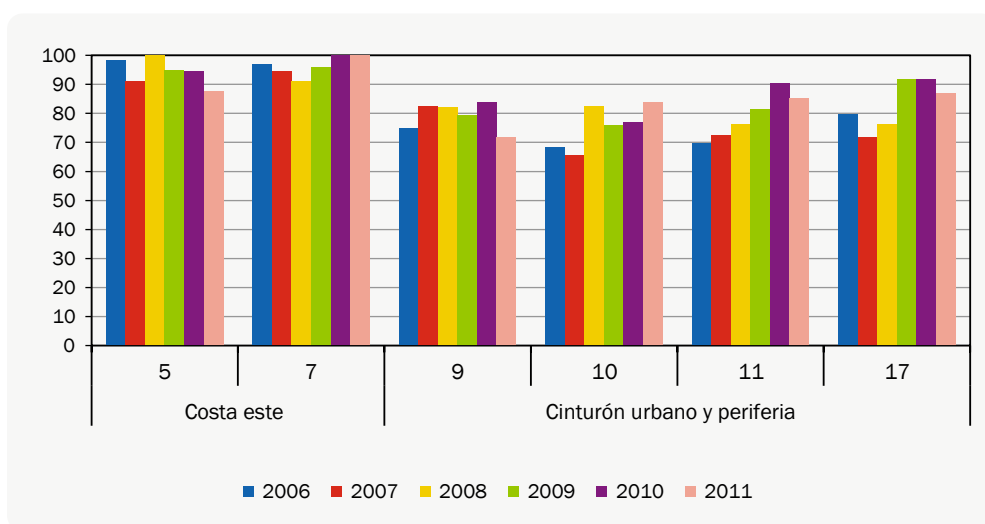
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

**Gráfico 2.9.** Asistencia a la Educación inicial en niños de 4 años, en algunos zonales de Montevideo. 2006-2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

**Gráfico 2.10.** Asistencia a la educación inicial, niños de 5 años, en algunos zonales de Montevideo. 2006-2011



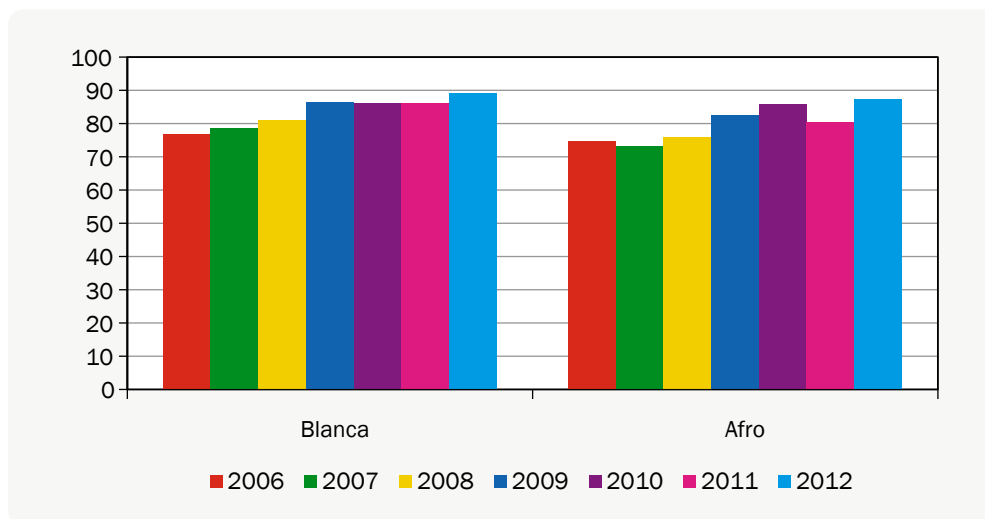
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

Al igual que en otras dimensiones, las mayores inequidades se registran al interior del departamento de Montevideo. (Gráfico 2.9, gráfico 2.10).

#### Desigualdades por ascendencia étnica

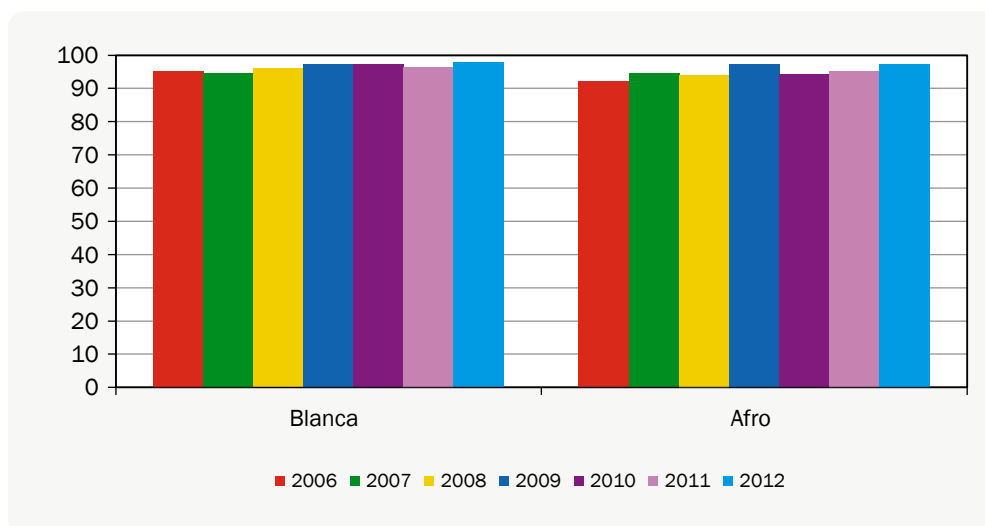
Como puede observarse, las tasas de asistencia a la educación inicial en los niveles de 4 y 5 años no muestran diferencias sig-

**Gráfico 2.11.** Asistencia a la Educación inicial en niños de 4 años, según ascendencia étnica. 2006-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

**Gráfico 2.12.** Asistencia a la Educación inicial en niños de 5 años, según ascendencia étnica. 2006-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

nificativas según la ascendencia étnica de las personas. (Gráfico 2.11, gráfico 2.12).

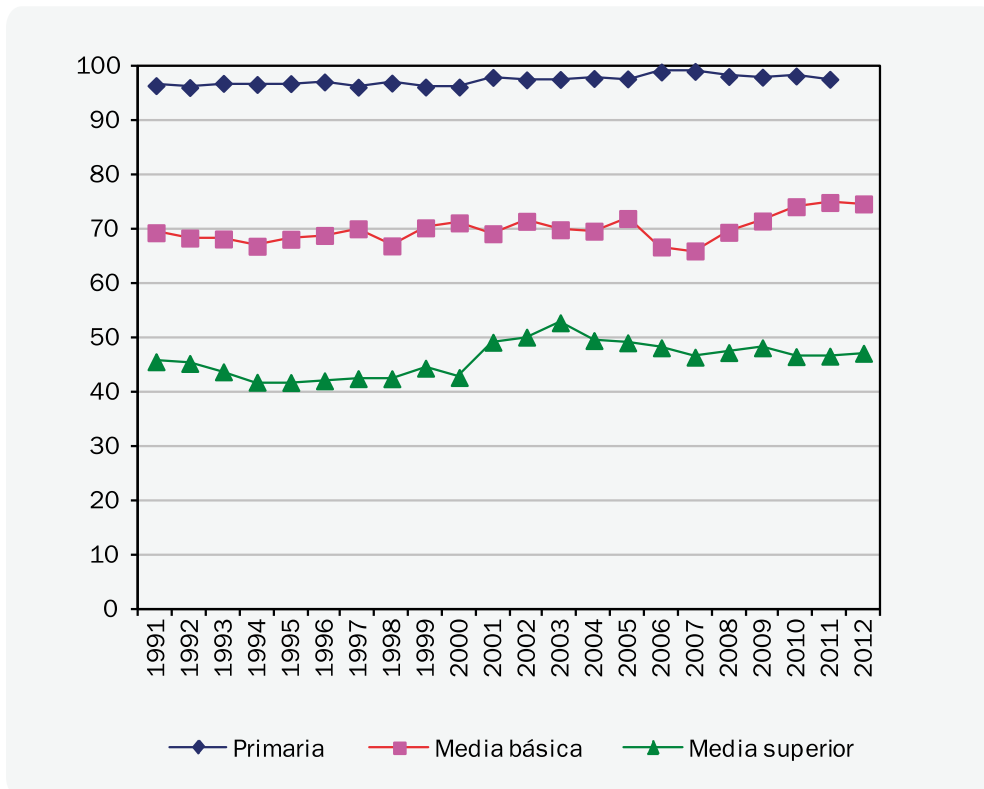
## 2. Asistencia a la educación media

### Situación actual y tendencias

Las tasas netas de asistencia a la educación primaria y media no muestran cambios de entidad en los últimos veinte años. La asistencia neta a la educación primaria ha sido superior al 96% la cual, siendo muy buena, podría ser mayor dadas las características geográficas y demográficas del país. En educación media básica, la asistencia neta ha oscilado en torno al 70% con muy pequeñas variaciones exceptuando el crecimiento observado en estos últimos años cuando alcanzó registros del 75% por vez primera. En educación media superior la asistencia neta se ha ubicado entre el 40% y el 50% con mayores oscilaciones que en educación media básica, probablemente por la incidencia que tiene en estas edades la evolución de la demanda de trabajo. Tal es así que el mayor porcentaje de asistencia se alcanzó en el año 2003. (Gráfico 2.13).

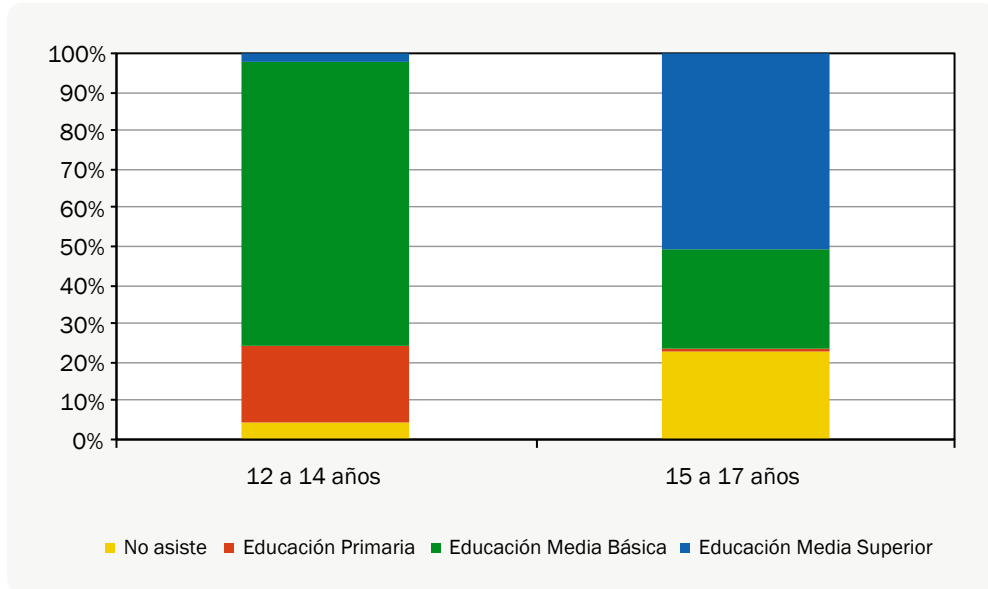
Un examen de la asistencia a la educación en el año 2011 considerando todos los niveles educativos, muestra que entre los adolescentes de 12 a 14 años el 95,3% asiste a algún estableci-

Gráfico 2.13. Tasa neta de asistencia. Educación Primaria, Media Básica y Media Superior. 1991-2012



Fuente: Elaborado a partir de ANEP, Observatorio de la Educación

Gráfico 2.14. Porcentaje de la población por asistencia a algún establecimiento educativo por grupos de edad, según nivel educativo. Año 2011



Fuente: MEC, Anuario Estadístico de Educación, 2012. Total país

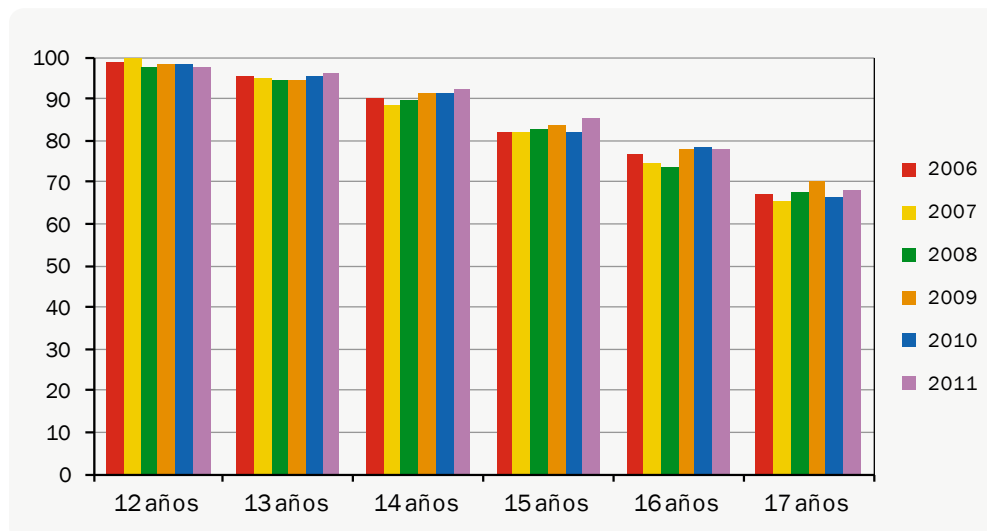
miento educativo: el 73,7% lo hace en Educación Media Básica, ciclo que se corresponde con su edad y 2,2% lo hace en Educación Media Superior, en tanto que un 19,4% asiste a Educación Primaria y únicamente el 4,7% no asiste a ningún establecimiento. En el grupo de 15 y 17 años, la asistencia disminuye al 76,7%: el 65,8% cursa Educación Media Superior, el 32,8% Educación Media Básica y algo más de un quinto no asiste a ningún establecimiento. (Gráfico 2.14).

Las tasas de asistencia por edades simples muestran la disminución progresiva en la asistencia a algún centro educativo a medida que se avanza en la edad y, a partir del año 2008, un aumento de la asistencia entre los adolescentes de 13, 14 y 15 años. (Gráfico 2.15).

En cuanto a los subsectores de la educación, la evolución de la matrícula de la educación media básica se corresponde principalmente con la evolución de la misma en la educación pública. Las fluctuaciones de la matrícula privada son pequeñas representando en los noventa entre el 13% y el 14% y, en la pasada década, entre el 10% y el 12% de la matrícula total. Registra su menor valor absoluto en el año 2003 (crisis económica) y a partir de ese año muestra una tendencia suave y constante de ascenso hasta el año 2011 en que alcanza su máximo en números absolutos. (Gráfico 2.16).

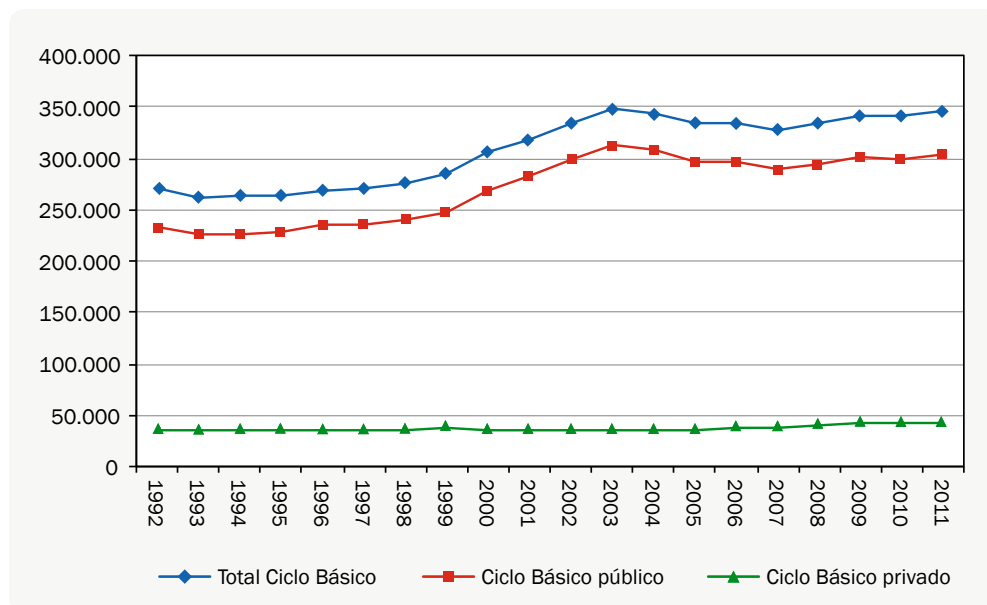


Gráfico 2.15. Porcentaje de la población por asistencia a algún establecimiento educativo por edades simples. 2006-2011



Fuente: MEC, Anuario Estadístico de Educación, 2012. Total país

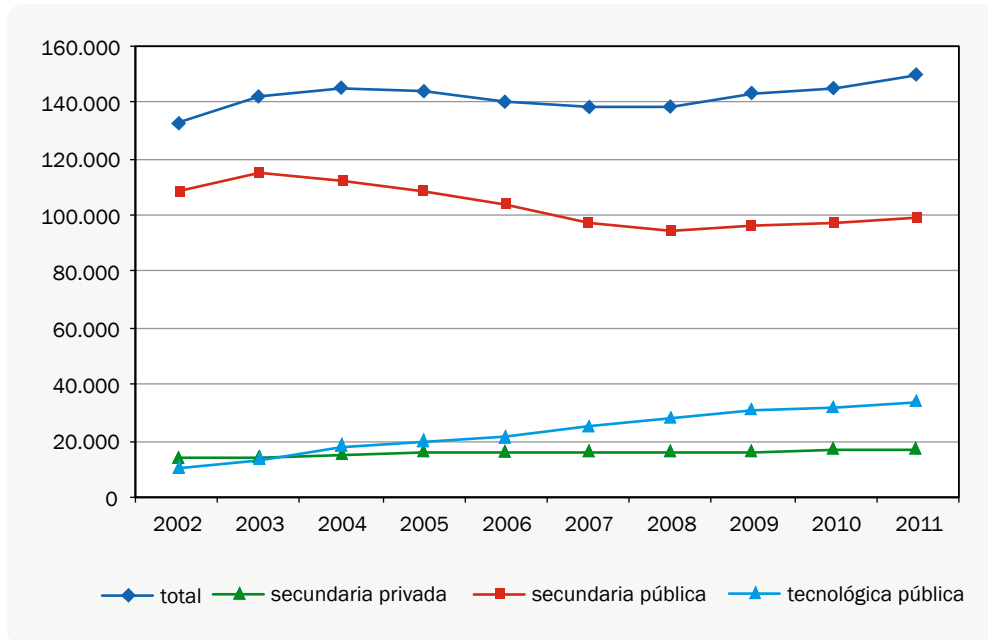
Gráfico 2.16. Matrícula en Ciclo Básico de Educación Media. Total, pública o privada. 1992-2011



Fuente: Elaborado a partir de ANEP, Observatorio de la Educación

De la misma forma, la evolución de la matrícula de la educación media superior se corresponde con la evolución de la matrícula de la educación pública. Aquí se pone en evidencia el constante crecimiento en la matrícula del bachillerato tecnológico durante la pasada década (superando a la matrícula de la educa-

Gráfico 2.17. Matrícula Educación Media Superior. Total, secundaria pública, secundaria privada y tecnológica pública. 2002-2011



Fuente: MEC, Anuario Estadístico 2011.

Nota: Secundaria privada incluye Liceo Militar y Escuela Naval

ción media superior privada) así como la importante caída entre 2003 y 2008 de la educación secundaria superior. Esta última, si bien parece mostrar signos de recuperación se encuentra bastante por debajo de sus máximos registros. (Gráfico 2.17).

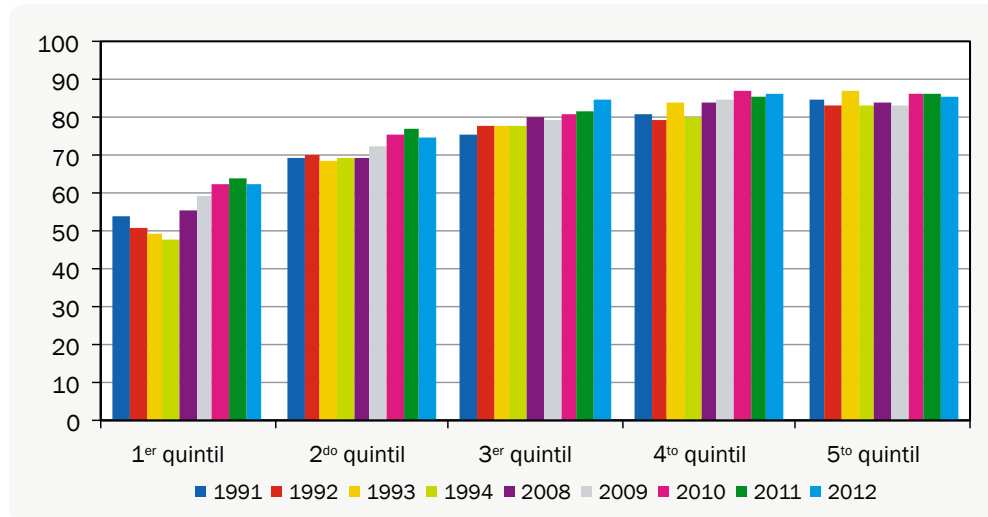
### Una mirada a las desigualdades

#### Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

No hay diferencias significativas en la asistencia neta a educación primaria entre hogares pertenecientes a diferentes **quintiles de ingreso**. Los dos puntos porcentuales de rezago en los dos primeros quintiles de la distribución, al inicio de los 90, se superaron y hoy la tasa neta de asistencia a primaria es en toda la escala superior al 96%.

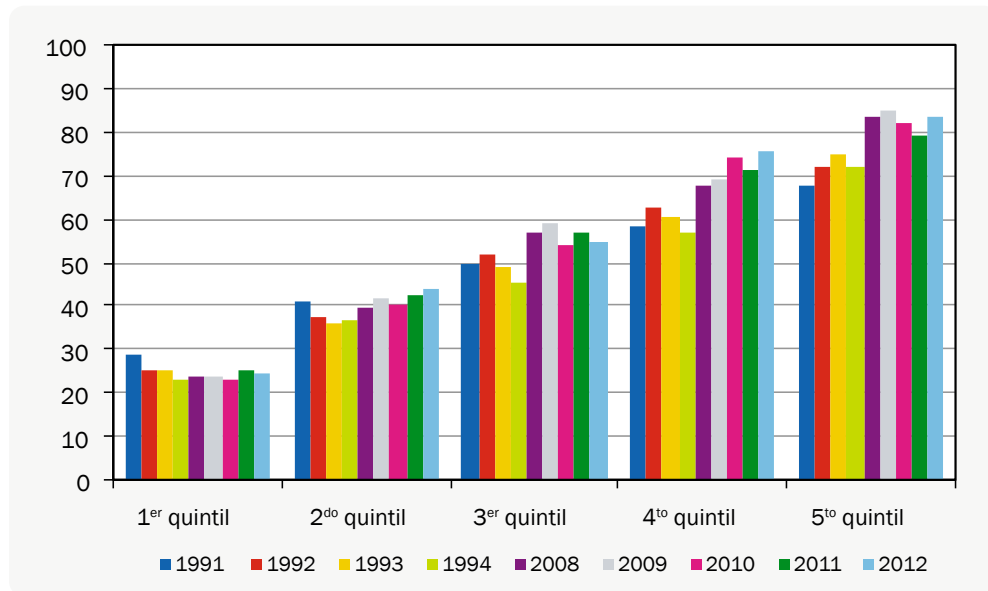
En cambio en educación media básica las diferencias son evidentes y han permanecido a lo largo de las dos décadas pasadas, aunque en los últimos años se observa el crecimiento en la asistencia en los primeros quintiles y un estancamiento en el quintil superior. Ello se ha traducido en una reducción de la desigualdad. En 2012 la asistencia en el primer quintil se ubica en el 62,7%, en el 74,7% en el segundo quintil, en el 84,7% en el tercer

**Gráfico 2.18.** Tasa neta de asistencia en Educación Media Básica por quintiles de ingreso. 1991-1994 y 2008-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

**Gráfico 2.19.** Tasa neta de asistencia en Educación Media Superior por quintiles de ingreso. 1991-1994 y 2008-2012

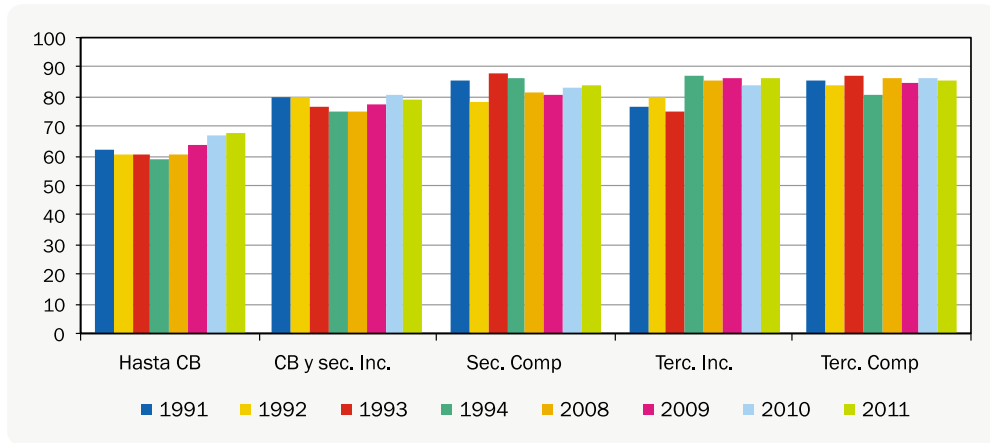


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

quintil y en el 86% en los quintiles cuarto y quinto. (Gráfico 2.18).

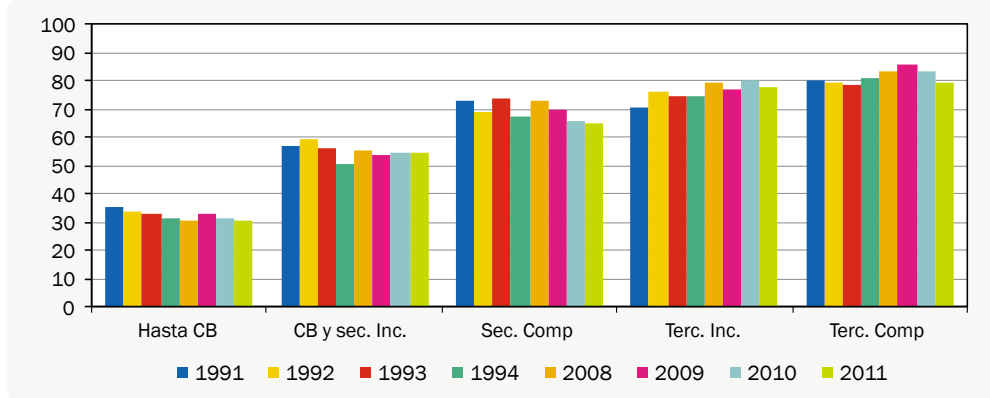
En la educación media superior, las desigualdades se mantienen no mejorando, en el primer quintil, respecto al inicio de la década de los noventa. En 2012, la asistencia en el primer quintil es del 25% y de 83,4% en el quintil superior. (Gráfico 2.19).

**Gráfico 2.20.** Tasa neta de asistencia en Educación Media Básica por nivel educativo del jefe de hogar 1991 - 1994 y 2008 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

**Gráfico 2.21.** Tasa neta de asistencia en Educación Media Superior por nivel educativo del jefe de hogar. 1991 - 1994 y 2008 - 2011



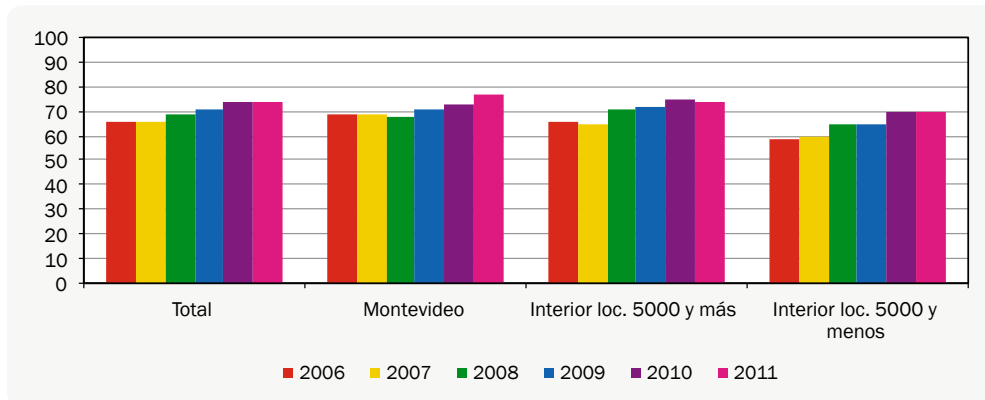
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

Nuevamente, en tanto que la asistencia a educación primaria no muestra diferencias entre hogares con diferente **nivel educativo del jefe del hogar**. En educación media básica la tasa neta no alcanza en ningún momento el 70% en los hogares cuyo jefe tiene hasta ciclo básico incompleto, en tanto que se encuentra en el orden del 80% en los restantes grupos. Por su parte, en la educación media superior, la tasa neta de asistencia aumenta a medida que aumenta el clima educativo del hogar: 30% entre los adolescentes cuyos padres tienen hasta ciclo básico incompleto y 79% entre quienes poseen terciaria completa. (Gráfico 2.20, gráfico 2.21).

### Desigualdades territoriales

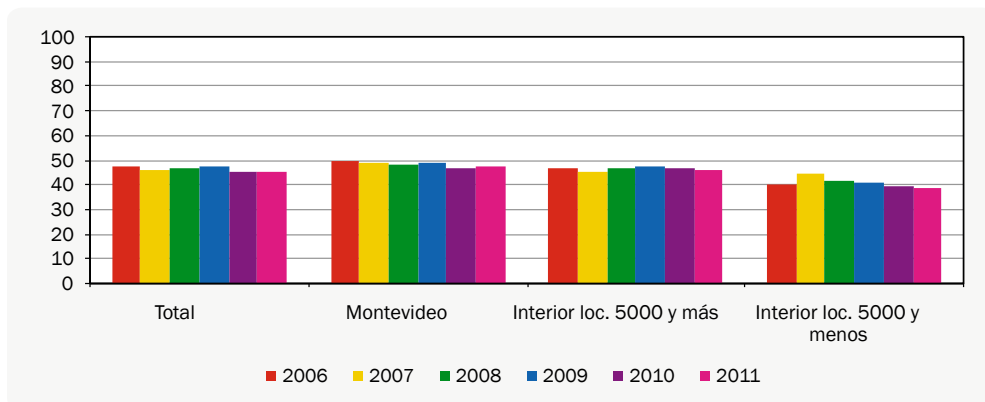
El examen de las tasas netas de asistencia a la educación en el territorio muestra que no hay diferencias en educación primaria. En educación media, básica y superior, en cambio se observa que: i) existen menores tasas en las localidades de menos de 5 mil habitantes y áreas rurales aunque la distancia respecto al resto del país urbano no es mayor a 10 puntos porcentuales; ii) hay diferencias entre departamentos, variables año a año, que alcanzan a 25 puntos porcentuales; y iii) al interior del departamento de Montevideo se constatan importantes desigualdades (que pueden alcanzar los 60 puntos porcentuales) entre la zona costera (zonas 5 y 7), y la periferia (zonas 9, 10, 11, 12, 17 y 18). No se observan en los últimos 6 años signos de cambio en estas situaciones. (Gráfico 2.22, gráfico 2.23, gráfico 2.24, gráfico 2.25).

Gráfico 2.22. Tasa neta de asistencia a la Educación Media por áreas territoriales. 2006 - 2011



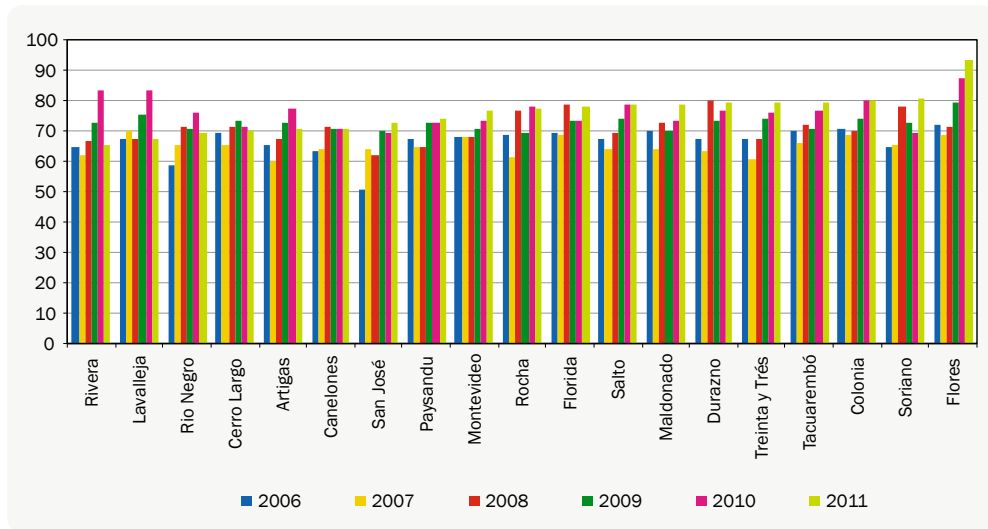
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 2.23. Tasa neta de asistencia a la Educación Media Superior por áreas territoriales. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

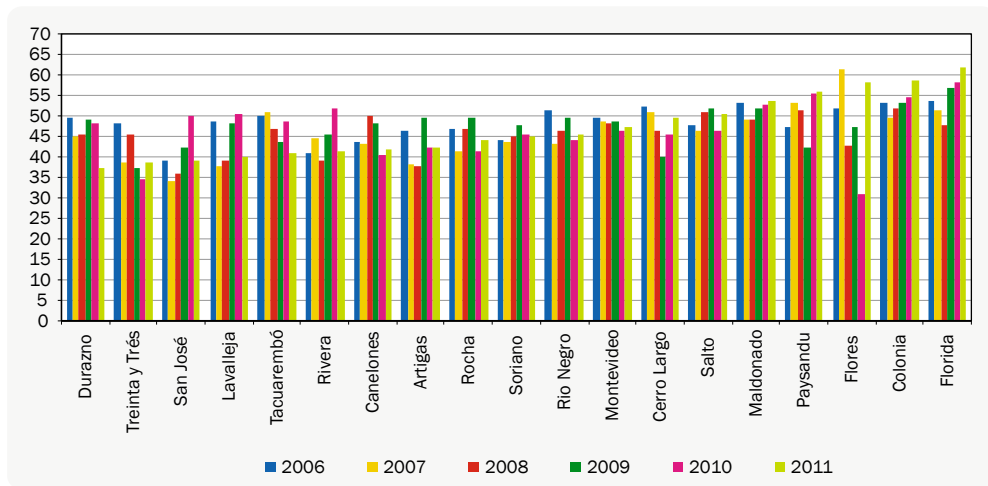
Gráfico 2.24. Tasa neta de asistencia a Educación Media Básica por departamento. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

NOTA: ordenado según año 2011

Gráfico 2.25. Tasa de asistencia a Educación Media Superior por departamento. 2006 - 2011



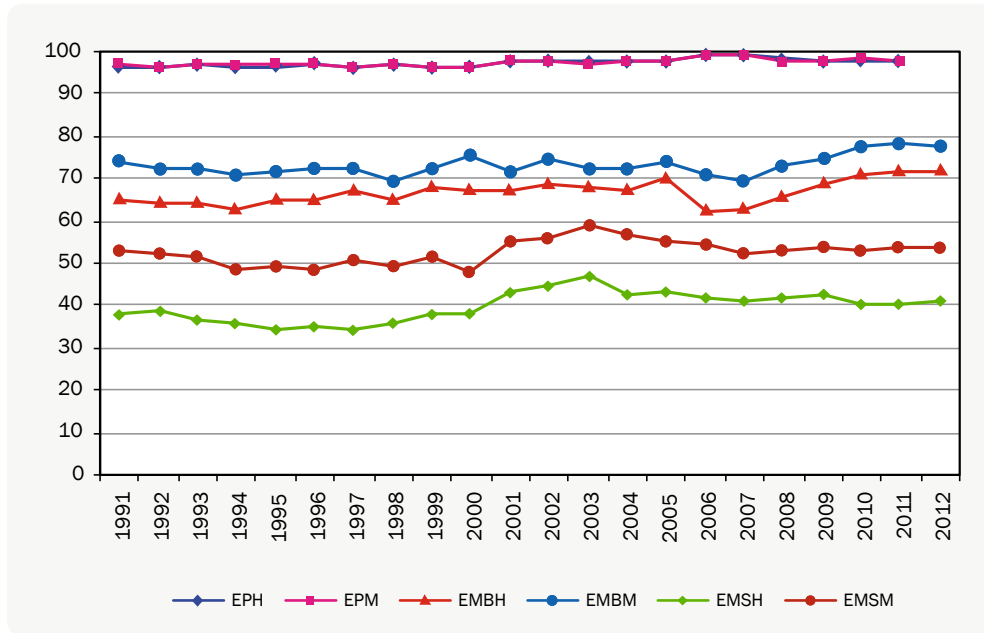
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

NOTA: ordenado según año 2011

### Desigualdades de género

No hay diferencias significativas entre varones y mujeres en la asistencia a la educación primaria. En cambio en educación media básica se observa que la tasa neta en las mujeres supera en 5 puntos porcentuales a la de los varones, en tanto que en educación media superior la supera en más de 10 puntos a lo largo de todo el período. (Gráfico 2.26).

Gráfico 2.26. Tasas netas de asistencia a Primaria, Educación Media Básica y Media Superior por sexo. 1991 - 2012

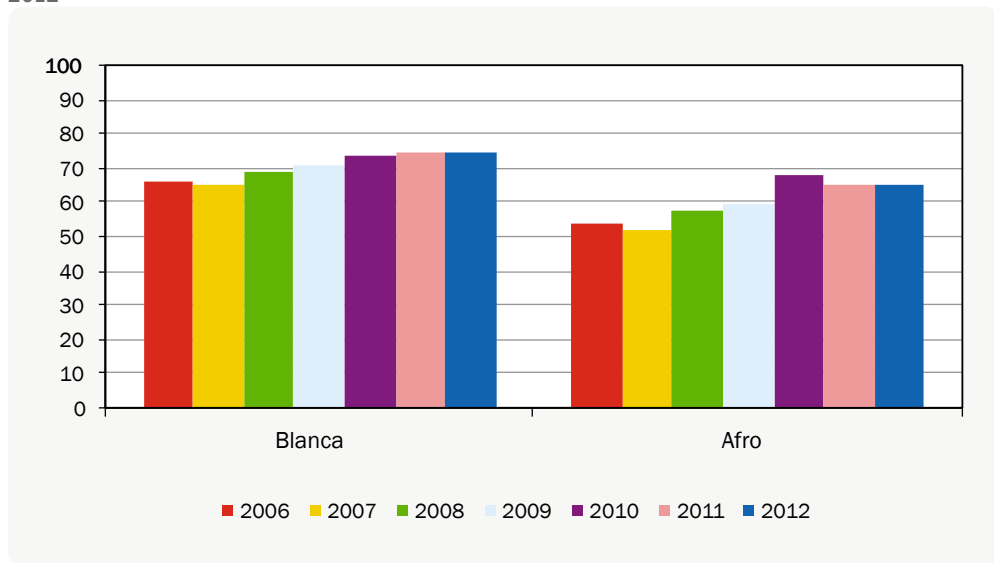


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

### Desigualdades por ascendencia étnica

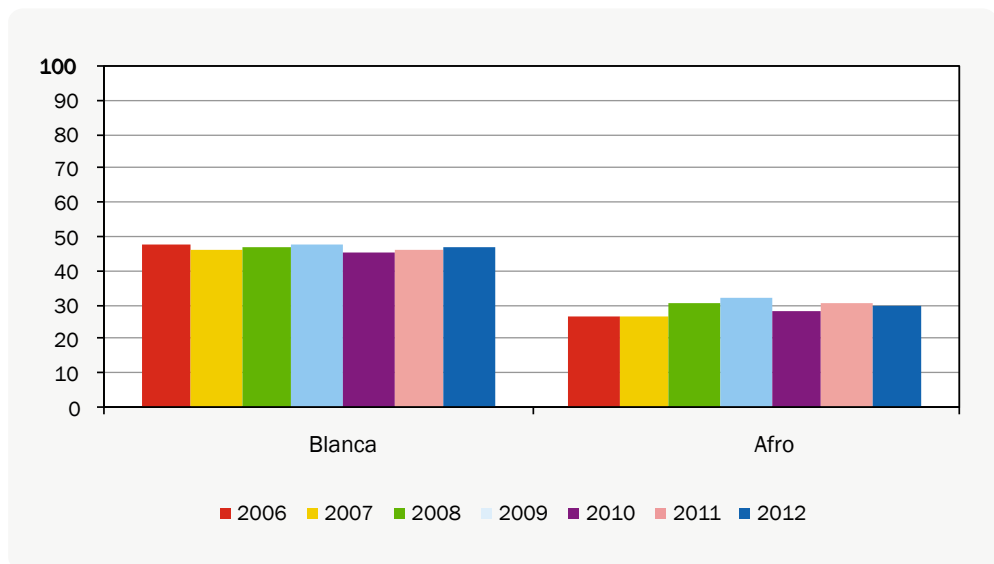
Entre quienes afirman tener ascendencia afro, la asistencia a la educación media es inferior a la de aquellos que declaran ascendencia blanca, distancia que aumenta en educación media superior. (Gráfico 2.27, gráfico 2.28).

**Gráfico 2.27.** Tasa neta de asistencia a la Educación Media Básica según ascendencia étnica. 2006 – 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

**Gráfico 2.28.** Tasa neta de asistencia a la Educación Media Superior según ascendencia étnica. 2006 – 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

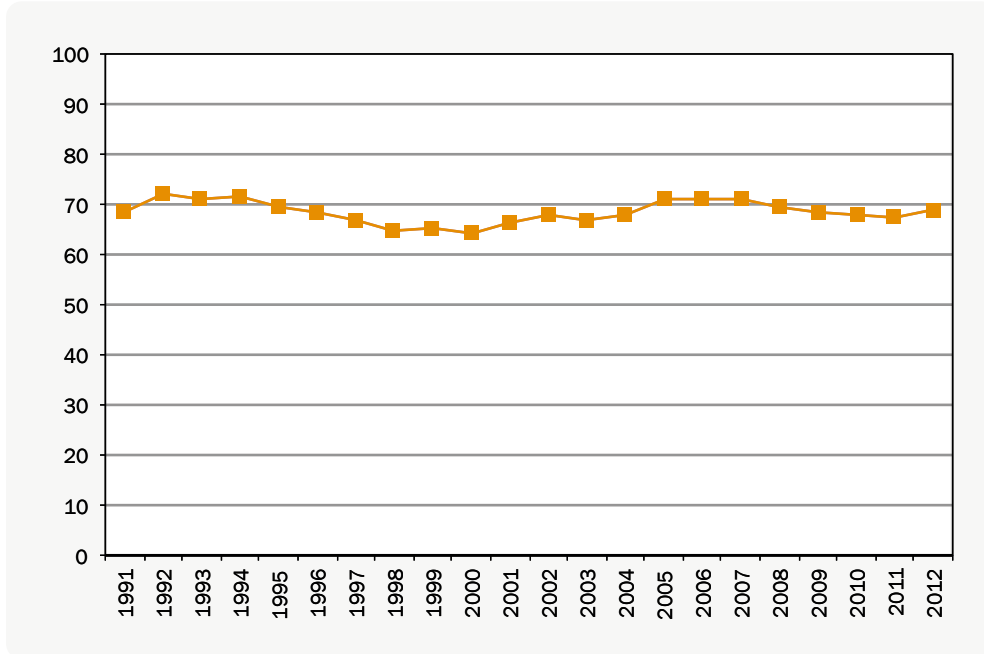


### 3. Egreso de la educación media básica

#### Situación actual y tendencias

El egreso, con o sin rezago, de educación media básica continúa estancado. Entre los jóvenes de 18 a 20 años de edad ha culminado este ciclo el 65% – 70%. (Gráfico 2.29).

Gráfico 2.29. Personas de 18 a 20 años que completaron la Educación Media Básica. 1991 – 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

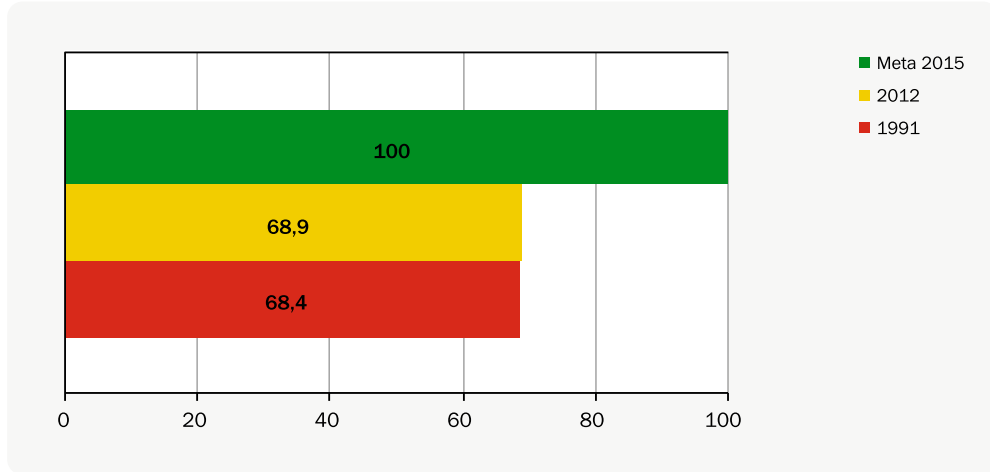
Las características estructurales observadas ponen en evidencia las dificultades que enfrenta el país para alcanzar esta meta y cumplir con las propias definiciones de política en la materia (la educación media básica es obligatoria en Uruguay desde 1973). (Gráfico 2.30).

#### Una mirada a las desigualdades

##### Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

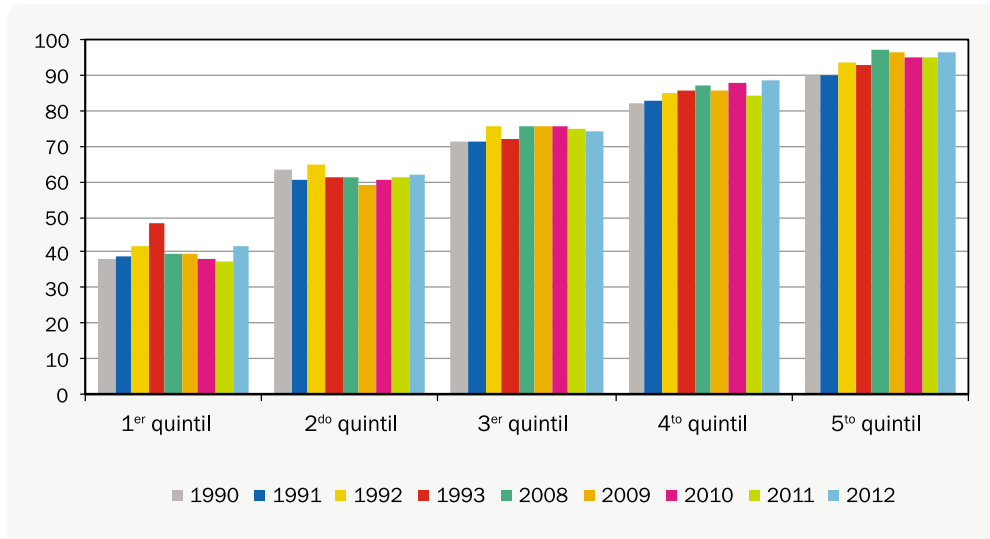
Las desigualdades son notorias cuando se examina el egreso de educación media básica entre los jóvenes de 18 a 20 años según condición socioeconómica del hogar. La culminación de la educación media básica —con y sin rezago— entre los jóvenes de 18 a 20 años pone en evidencia el mantenimiento de los mismos niveles de inequidad que existían a principios de los años noventa. (Gráfico 2.31).

**Gráfico 2.30.** Avance hacia la meta: Personas de 18 a 20 años que culminaron la Educación Media Básica



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

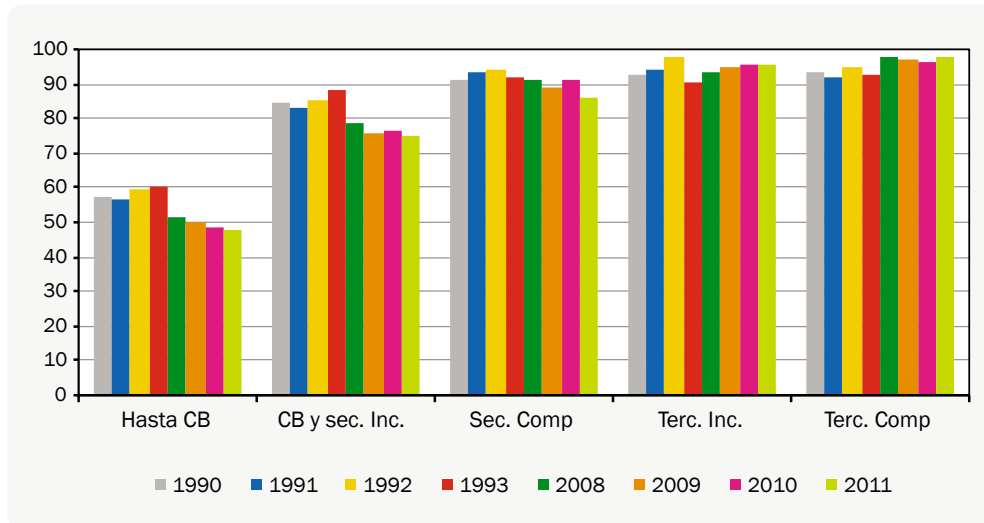
**Gráfico 2.31.** Personas de 18 a 20 años que completaron la Educación Media Básica por quintil de ingresos. 1990 - 1993 y 2008 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

Las desigualdades también se observan cuando se considera el **clima educativo del hogar** medido por el nivel educativo del jefe/a. El egreso supera el 80% entre los jóvenes provenientes de hogares con clima educativo medio o alto (cuyos jefes/as de hogar al menos culminaron educación media básica). En cambio, entre los jóvenes pertenecientes a hogares cuyos jefes/as poseen

**Gráfico 2.32.** Personas de 18 a 20 años que completaron la Educación Media Básica por nivel educativo del jefe de hogar. 1990 - 1993 y 2008 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

menor nivel educativo, los porcentajes son menores y además decrecen en los últimos años. (Gráfico 2.32).

#### Desigualdades territoriales

El país muestra desigualdades territoriales entre los adolescentes y jóvenes de localidades menores de 5 mil habitantes y áreas rurales y el resto de las áreas urbanas, en particular Montevideo. Entre los departamentos no hay diferencias de magnitud aunque cabe destacar que en 9 de ellos no se supera el 60% de egreso. Al interior de Montevideo se verifican las mayores desigualdades: Las observadas a principios de los noventa se han acentuado. En la zona costera este el egreso de educación media básica supera el 90% en tanto que en la periferia aún no supera el 60%. (Gráfico 2.33, gráfico 2.34, gráfico 2.35).

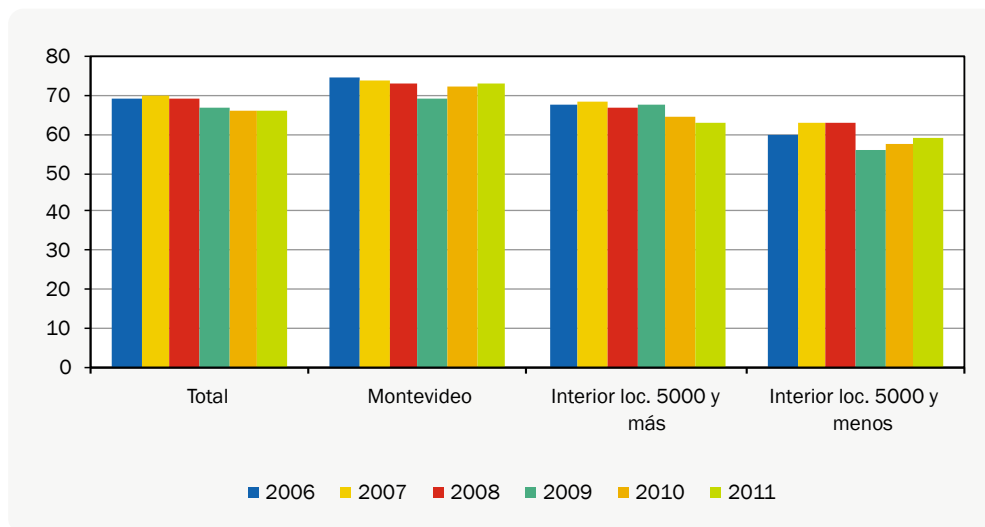
#### Desigualdades de género

Desde principios de la década de los 90 el porcentaje de mujeres de 18 a 20 años egresadas de educación media básica se ubica entre el 70% y el 80%. En cambio entre los varones el porcentaje ha sido menor en alrededor de 10 puntos porcentuales, situación que ha permanecido incambiada en el período. (Gráfico 2.36).

#### Desigualdades por ascendencia étnica

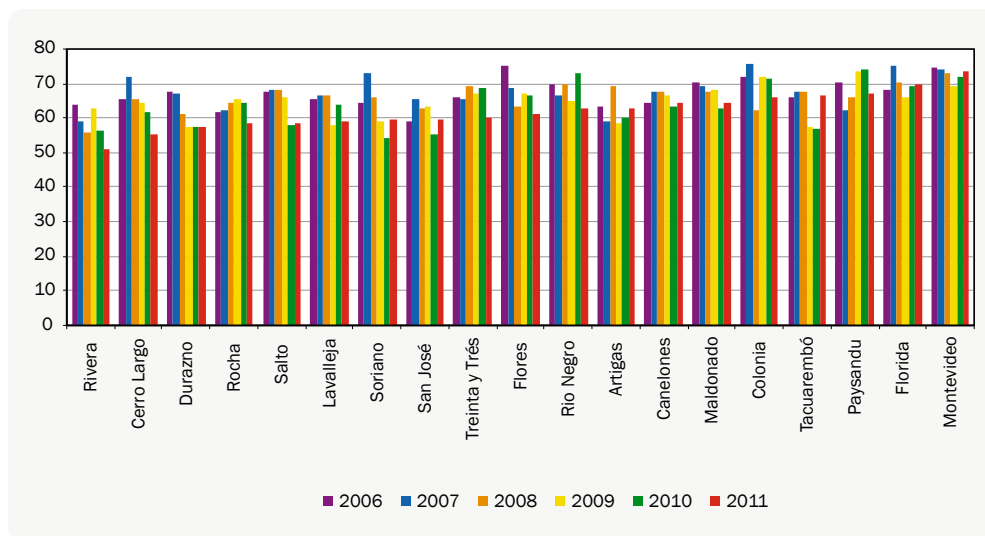
Mientras que entre los/as jóvenes de 18 a 20 años con ascenden-

**Gráfico 2.33.** Personas de 18 a 20 años que completaron la Educación Media Básica por área geográfica. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

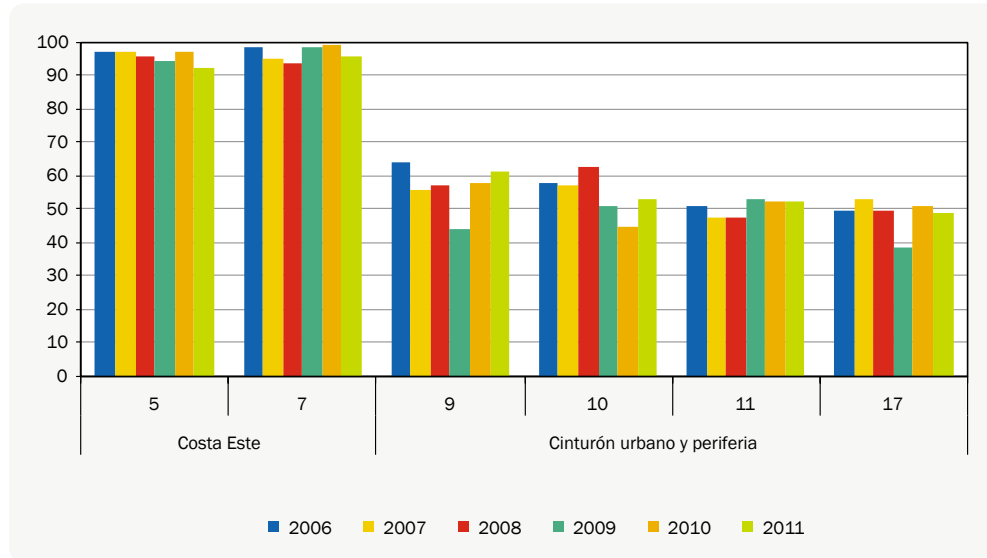
**Gráfico 2.34.** Personas de 18 a 21 años que culminaron la Educación Media Básica por departamento. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

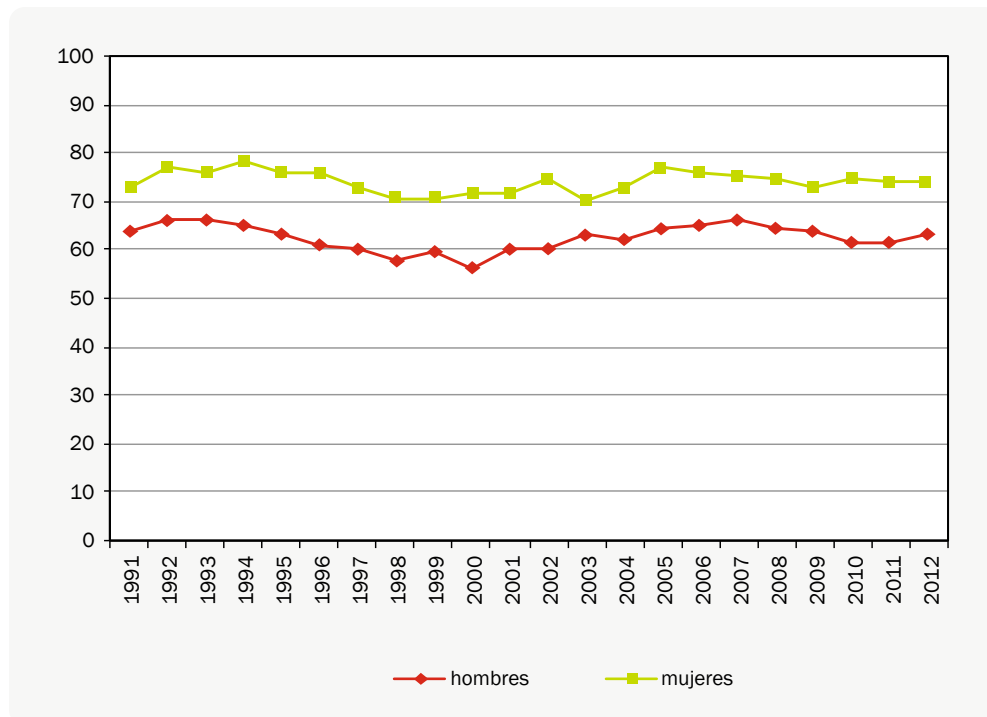
\*ordenados según año 2011

Gráfico 2.35. Personas de 18 a 20 años que completaron la Educación Media Básica para algunas zonas de Montevideo. 2006 - 2011



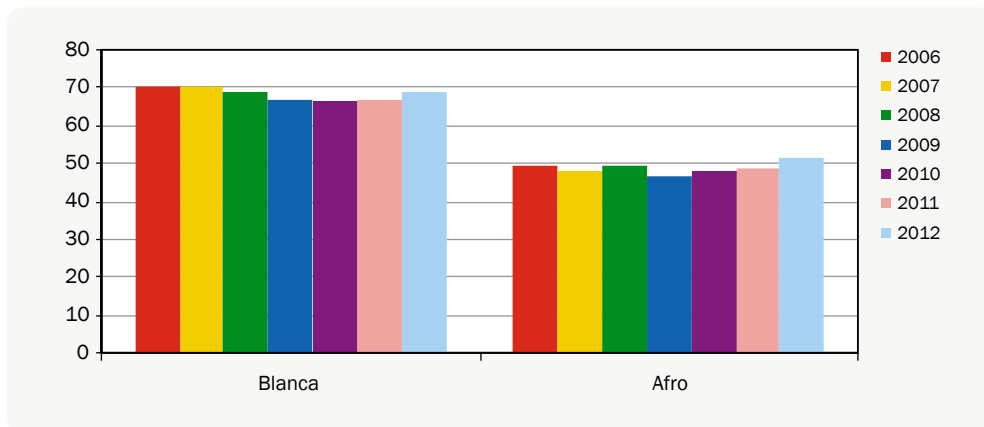
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Gráfico 2.36. Personas de 18 a 20 años que completaron la Educación Media Básica por sexo. 1990 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

Gráfico 2.37. Personas de 18 a 20 años que culminaron la Educación Media Básica por ascendencia étnica. 2006 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

cia blanca, culminaron la educación media básica cerca del 70%, entre aquellos/as con ascendencia afro la culminaron la mitad de los mismos. (Gráfico 2.37).

#### 4. Egreso de la educación media superior Situación actual y tendencias

Entre los y las jóvenes de 21 a 23 años de edad egresaron de la educación media superior con y sin rezago, entre el 30% y el 40%. (Gráfico 2.38).

Las características estructurales observadas ponen en evidencia las dificultades que enfrenta el país para alcanzar la meta y dar cumplimiento a sus propias definiciones de política en la materia (la educación media superior es obligatoria desde 2008). (Gráfico 2.39).

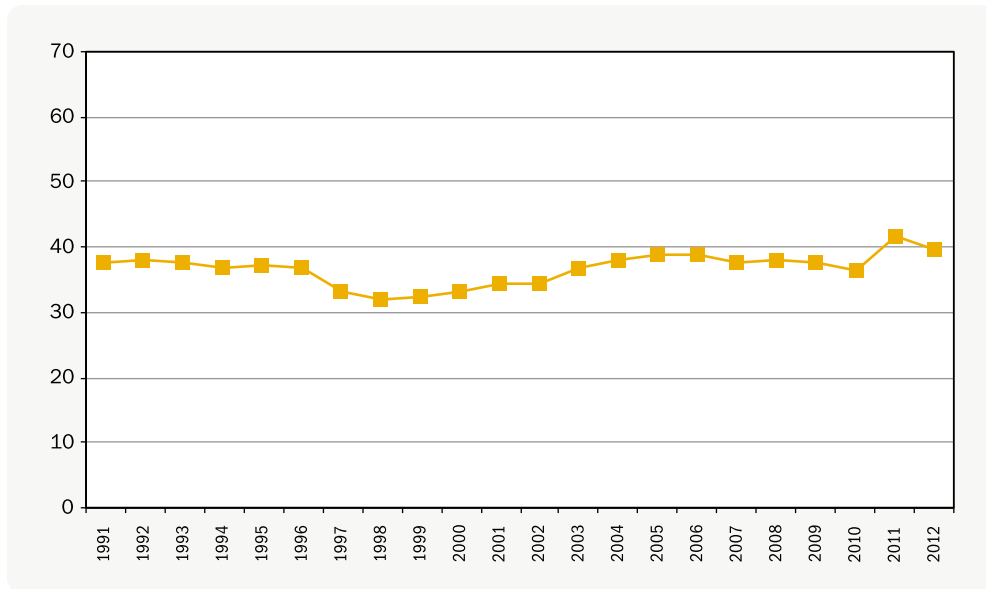
#### Una mirada a las desigualdades

Desigualdades por condición socioeconómica del hogar

La desigualdad en esta materia entre jóvenes pertenecientes a hogares de diferentes **niveles de ingreso** era muy importante a principios de los 90 y ha aumentado en el período considerado. (Gráfico 2.40).

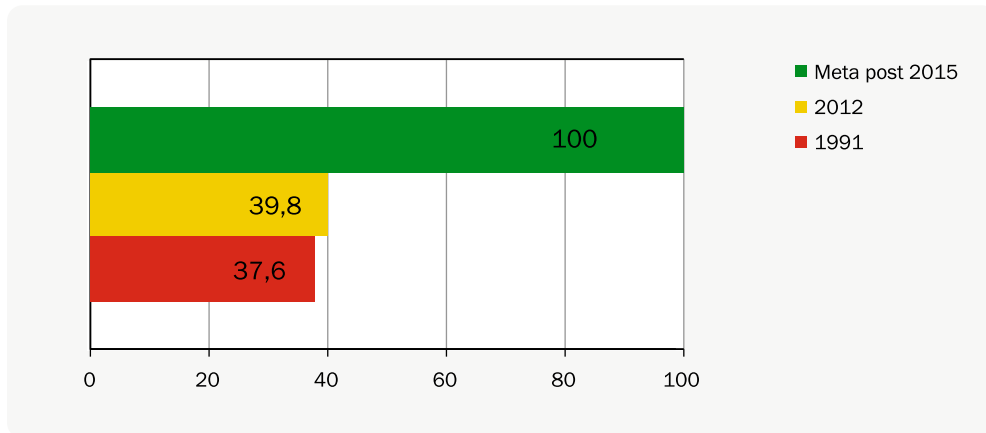
Considerando el nivel educativo del jefe del hogar, recién se alcanzan porcentajes superiores a la media entre los jóvenes de 21 a 23 años que pertenecen a hogares cuyo jefe ha culminado educación secundaria completa, confirmando la importancia del cli-

Gráfico 2.38. Personas de 21 a 23 años que completaron la Educación Media Superior. 1991 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

Gráfico 2.39. Avance hacia la meta post 2015: Personas que completaron la Educación Media Superior



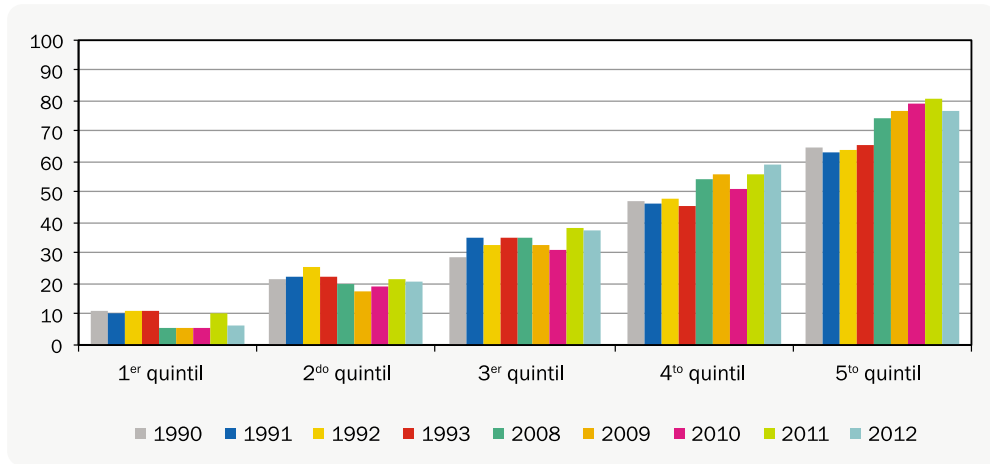
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

ma educativo del hogar a la hora de alcanzar resultados educativos. (Gráfico 2.41).

#### Desigualdades territoriales

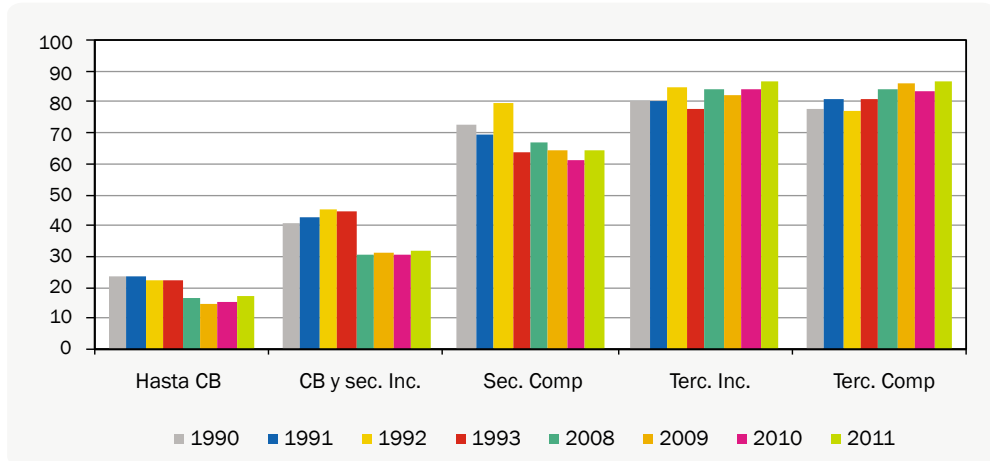
Observando el país por grandes áreas territoriales se observan diferencias entre el promedio de Montevideo, las localidades de 5 mil y más habitantes del interior y las localidades más pequeñas

**Gráfico 2.40.** Personas de 21 a 23 años que completaron la Educación Media Superior por quintil de ingresos. 1990 - 1993 y 2008 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

**Gráfico 2.41.** Personas de 21 a 23 años que completaron la Educación Media Superior por nivel educativo del jefe del hogar. 1990 - 1993 y 2008 - 2011



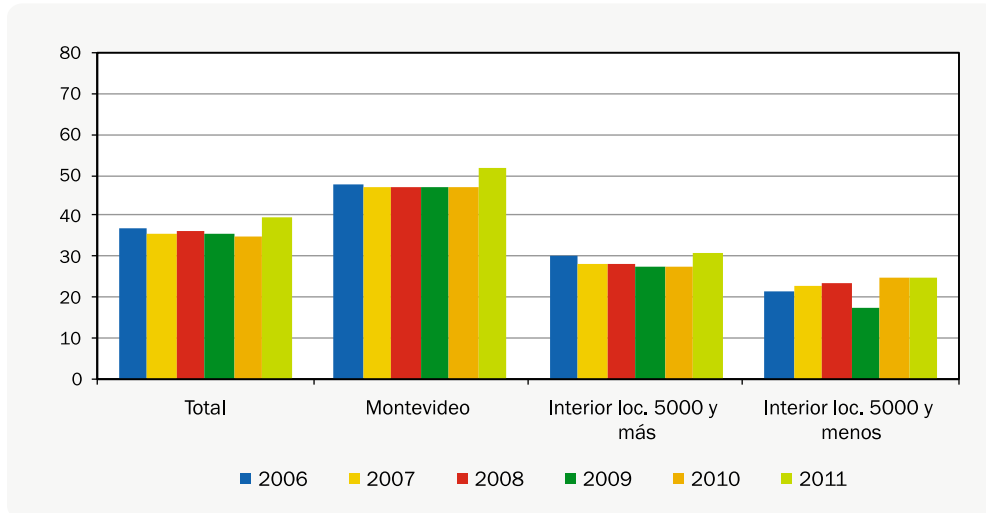
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

y áreas rurales. Entre los departamentos no hay diferencias muy grandes, a excepción de Montevideo con más del 40%. Entre los departamentos del interior el egreso se encuentra entre el 20% y el 40%. (Gráfico 2.42, gráfico 2.43).

Al interior del departamento de Montevideo las disparidades entre las diferentes zonas son notorias: en tanto en la costa se supera el 80%, en la periferia apenas se supera el 20%. (Gráfico 2.44).

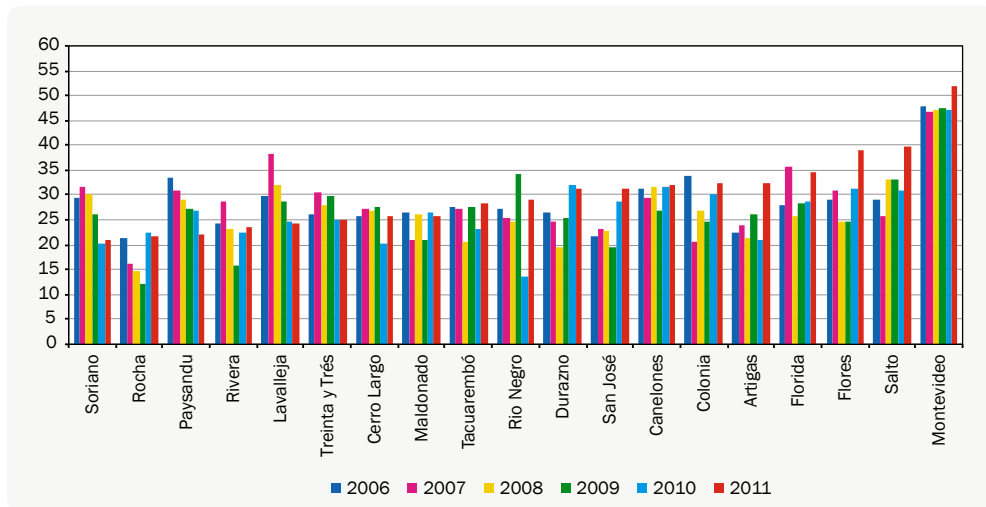


**Gráfico 2.42.** Personas de 21 a 23 años que culminaron la Educación Media Superior por área geográfica. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

**Gráfico 2.43.** Personas de 21 a 23 que culminaron la Educación Media Superior por departamento. 2006 - 2011



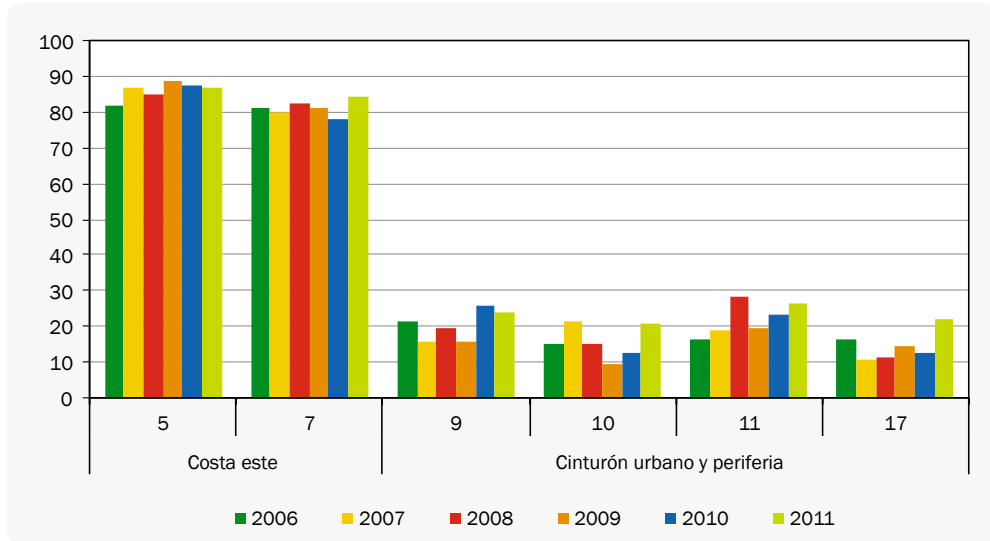
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

\*ordenados según año 2011

### Desigualdades de género

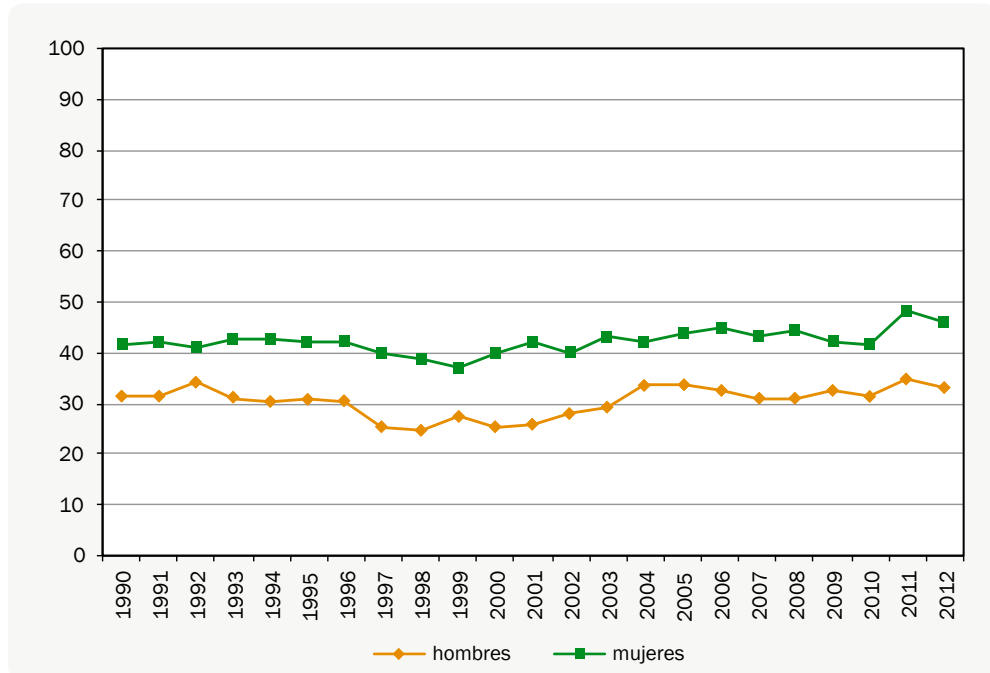
El desempeño de las mujeres se sitúa aproximadamente 10 puntos porcentuales por encima de los varones a lo largo de los últimos 20 años con muy pequeñas oscilaciones. (Gráfico 2.45).

**Gráfico 2.44.** Personas de 21 a 23 años que completaron la educación media superior para algunas zonas de Montevideo. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

**Gráfico 2.45.** Personas de 21 a 23 años que completaron la Educación Media Superior por sexo. 1990 - 2012

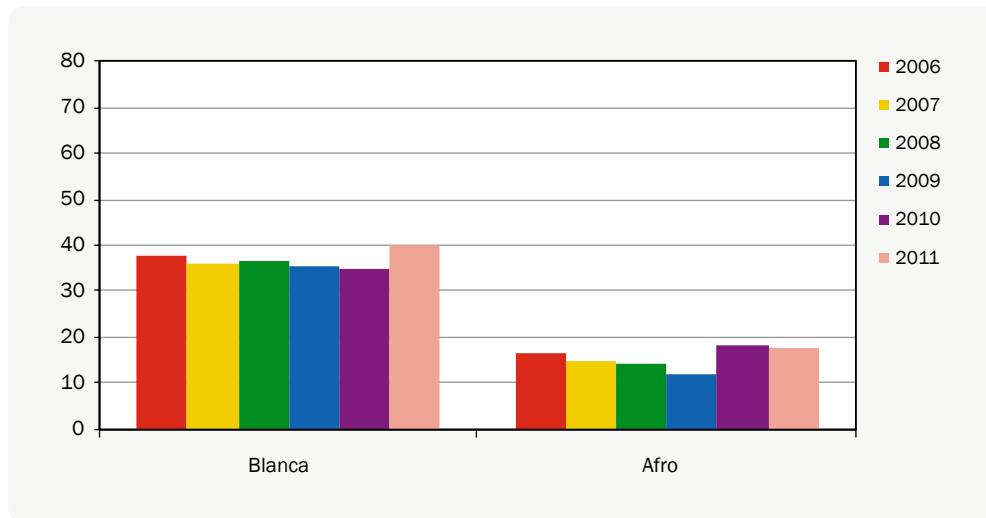


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, loc. de 5000 y más hab.

### Desigualdades por ascendencia étnica

Veinte puntos porcentuales separan el egreso de la educación media superior entre quienes declaran poseer ascendencia afro y aquellos con ascendencia blanca, confirmando el mantenimiento de estas desigualdades. (Gráfico 2.46).

Gráfico 2.46. Personas de 21 a 23 años que culminaron la Educación Media Superior por ascendencia étnica. 2006 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país





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

ODM 3: PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER	
Meta Mundial 4	Meta Nacional 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 de 2015	Eliminar las disparidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados.

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

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.

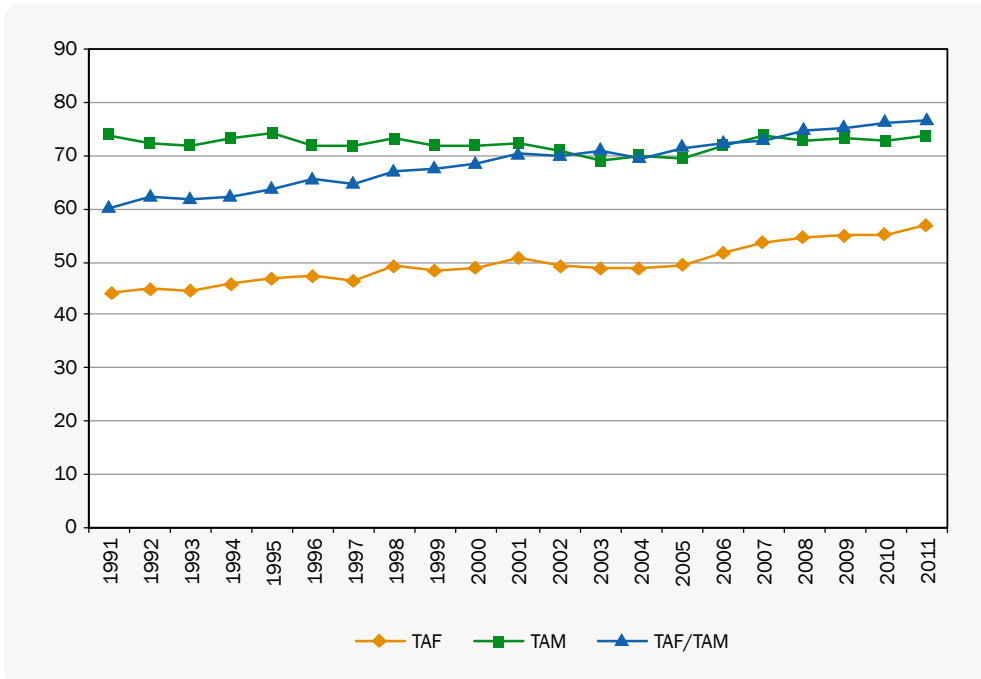
## Mercado de trabajo

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 que si bien existe una brecha entre la tasa de actividad de ambos sexos, las distancias se han acortado en forma sostenida: mientras en 1991 la TAF equivalía al 60% de la TAM, en 2012 es el 77%.

El comportamiento de la tasa de actividad masculina ha sido estable durante todo el período con un rango de 5,8 puntos entre su mínimo y su máximo (69,0 en 2003 y 74,8 en el 2011); mientras que se observa una evolución creciente de la tasa de actividad femenina aumentando 7 puntos porcentuales entre 2004 y 2012 alcanzando el 55,9% en este último año.

El incremento en la oferta laboral femenina en los últimos años se puede atribuir a distintos factores. En primer lugar, estaría asociado al cambio institucional que significó la reforma pre-

Gráfico 3.1. Tasa de actividad femenina y masculina. 1991-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

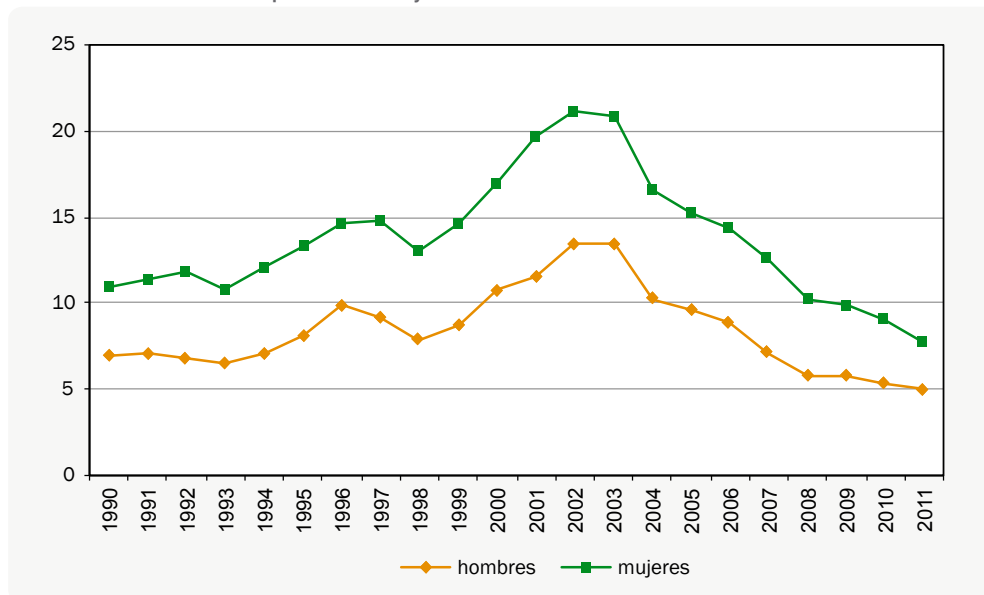
visional que impactó en la postergación de la edad de retiro de las mujeres lo que se sumó a la tendencia creciente en las tasas de actividad en particular para las mayores de 55 años. Otro motivo puede relacionarse con la creciente acumulación de capital humano; las mujeres con mayor nivel educativo son las que registran mayores tasas de actividad y las que más tempranamente tienden a incrementar su participación en el mercado laboral.<sup>16</sup>

A su vez, cambios culturales y demográficos operan en el mismo sentido. La reducción en las tasas de fecundidad, la postergación en la decisión de tener de hijos, las nuevas composiciones familiares y del hogar, ha contribuido a una mayor inserción de las mujeres en el mercado de trabajo. (Gráfico 3.1).

Otro indicador de las inequidades de género en el mercado de trabajo es la **Relación entre la Tasa de Desempleo Femenina (TDF) y la Tasa de Desempleo Masculina (TDM)**. La brecha entre ambas tasas aumentó hasta el año 2001 para luego decrecer acompañando la disminución general del desempleo durante el reciente proceso de crecimiento económico, hasta alcanzar en 2012: 3 puntos porcentuales. (Gráfico 3.2).

16 IECON, "Cambios en la conducta de la oferta laboral femenina..." Alma Espino, Martín Leites, Alina Machado.

Gráfico 3.2. Tasa de desempleo femenino y masculino. 1990-2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Otro aspecto relevante del mercado de trabajo refiere a la **diferencia de remuneraciones entre hombres y mujeres** medida por la relación entre la remuneración media por hora de mujeres

Tabla 3.1

Relación entre remuneración media por hora de mujeres y hombres según nivel educativo alcanzado								
Año	Hasta primaria	Sec. incompleta	Sec. completa	UTU	Maestros y profesores	Univ. Incompleta	Univ. 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	-	0,98	0,73	0,66	0,88
2007	0,84	0,76	0,75	-	1,05	0,69	0,68	0,88
2008	0,82	0,77		-	1,02	0,70	0,72	0,86
2009	0,77	0,73		-	1,01	0,71	0,66	0,83
2010	0,73	0,74		-	1,07	0,79	0,67	0,85
2011	0,77	0,76		-	1,18	0,83	0,73	0,89

Fuente: SIG de Inmujeres/MIDES 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 en secundaria, terciaria o universitaria, lo cual no permite desagregarlo.

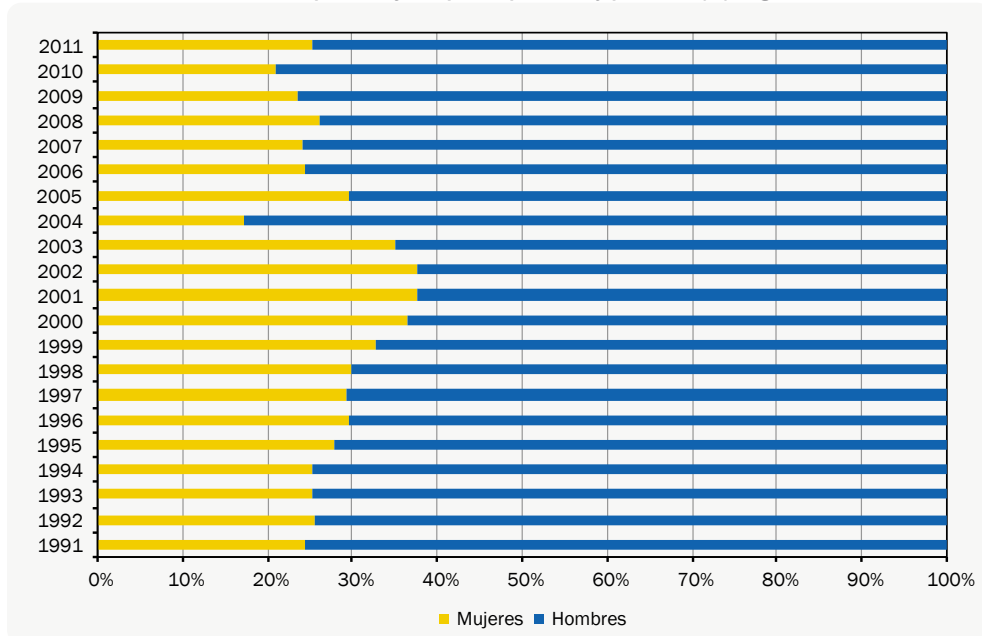


y hombres según años de instrucción<sup>17</sup>. Según datos del Sistema de Información de Género del Instituto de las Mujeres (Inmujeres) del MIDES, la remuneración media de las mujeres por hora de trabajo se encuentra, en promedio, 10 puntos porcentuales por debajo de la de los hombres, con excepción de los maestros y profesores, grupo en el que es mayor la remuneración femenina que la masculina. Cabe consignar que se ha registrado una disminución de la brecha promedio respecto a principios de los noventa donde era de unos 25 puntos porcentuales. (Tabla 3.1).

Por último, **la razón entre mujeres y varones en puestos jerárquicos públicos y privados**, 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.

En 20 años no ha habido cambios significativos en la distribución de hombres y mujeres en puestos jerárquicos. Dichos cargos son ocupados en un 75% por el sexo masculino y solo el 25% por el femenino en 2011, prácticamente lo mismo que ocurría en 1991. (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3. Distribución de los puestos jerárquicos públicos y privados (%) según sexo. 1991 - 2011



Fuente: INE, ECH. Loc. de 5000 y más hab.

Nota: no se incluyen los puestos de profesionales universitarios por no ser necesariamente jerárquicos o directivos

17 El cálculo se realiza por hora para aislar el efecto de las diferentes horas trabajadas entre hombres y mujeres y por años de instrucción para comparar trayectorias o inversiones en capital educativo similares.

Ahora, si bien las mujeres modifican su rol en el mercado de trabajo mantienen su participación en el **trabajo no remunerado y de cuidados**.<sup>18</sup> Estudios que abordan la problemática de la inserción de las mujeres en el mercado laboral, ponen énfasis en la dispar dedicación entre ambos sexos al trabajo no remunerado, así como en la incidencia que tiene el cuidado de los hijos e hijas en la decisión de las mujeres de permanecer en el mercado de trabajo. 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 remunerado 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<sup>19</sup>. Esta situación repercute en forma desigual en las oportunidades y posibilidades de acceso y permanencia en el trabajo remunerado.

### **Participación en puestos electivos de representación política**

En participación política el porcentaje de mujeres electas para ocupar bancas en el **Parlamento** ha pasado de un 0,8% en el período 1985 – 1990 a un 13,8% en el período 2010 – 2015.

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

La presencia de mujeres en ámbitos de decisión política, tanto de nivel nacional como departamental y municipal, es un reflejo de la evolución que han tenido los procesos participativos en los que las mismas se han ido incorporando. Dichos procesos llevan implícitas barreras de género difíciles de superar que implican, entre otras cosas, la conquista de espacios tradicionalmente reservados a los varones. No obstante los claros avances realizados, los logros en esta materia continúan siendo escasos en términos de equidad. (Tabla 3.2).

18 Inmujeres/MIDES y Departamento de Sociología de la FCS de la UDELAR, "Argumentos que transforman (N°1)" Karina Batthyany, Natalia Genta.

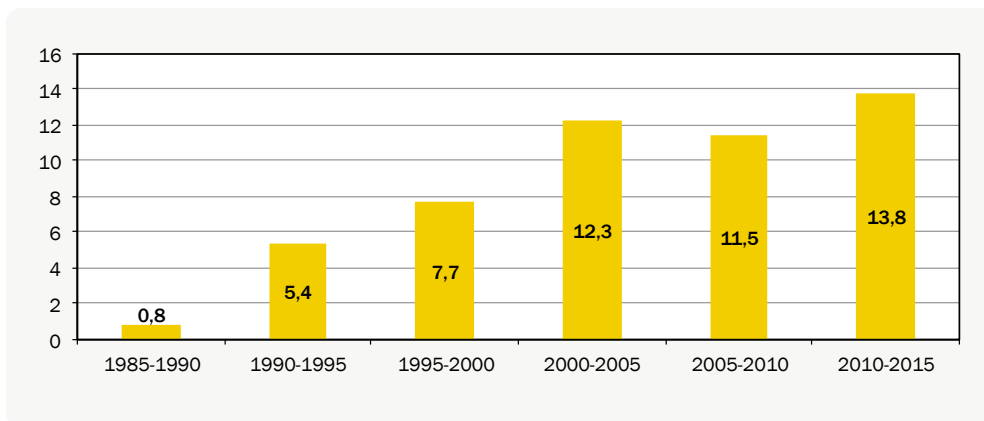
19 INE, "Uso del tiempo y trabajo no remunerado en Uruguay", 2007.

Tabla 3.2.

Porcentaje de mujeres electas para ocupar cargos en el Parlamento				
Período	Diputadas	Senadoras	Total legisladoras	%
1985-1990	1	0	1	0,8
1990-1995	7	0	7	5,4
1995-2000	8	2	10	7,7
2000-2005	13		16	12,3
2005-2010	12	3	15	11,5
2010-2015	15	4	19	13,8

Fuente: Poder Legislativo

Gráfico 3.4. Porcentaje de mujeres electas para ocupar cargos en el Parlamento



Fuente: Elaborado en base a información del Poder Legislativo

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 comenzó a regir a partir de las elecciones internas de junio de 2009; y para las elecciones nacionales y departamentales se aplicará a partir de 2014.

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 de sus debilidades en materia de equidad de género.

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

De los seis períodos de gobierno considerados, sólo en el último (2010 – 2015) se eligieron mujeres para ejercer el cargo de **Intendente Departamental**; son los casos de Montevideo, Artigas y Lavalleja.

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

Las juntas departamentales que presentan actualmente mayores niveles de participación femenina son Montevideo y Ro-

Tabla 3.3.

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

Fuente: Corte Electoral

cha, con más del 30%, siguiendo Cerro Largo, Flores, Maldonado y Treinta y Tres con más del 20% para el período 2010/2015.

Por otra parte los departamentos que presentan menores índices de participación femenina son Canelones, Colonia, San José y Tacuarembó con menos del 10%. (Tabla 3.3).

En setiembre de 2009 el Parlamento sancionó la Ley N° 18.567 de descentralización política y participación ciudadana a partir de la cual se crea la autoridad local denominada **Municipio**, configurando un tercer nivel de Gobierno y de Administración.

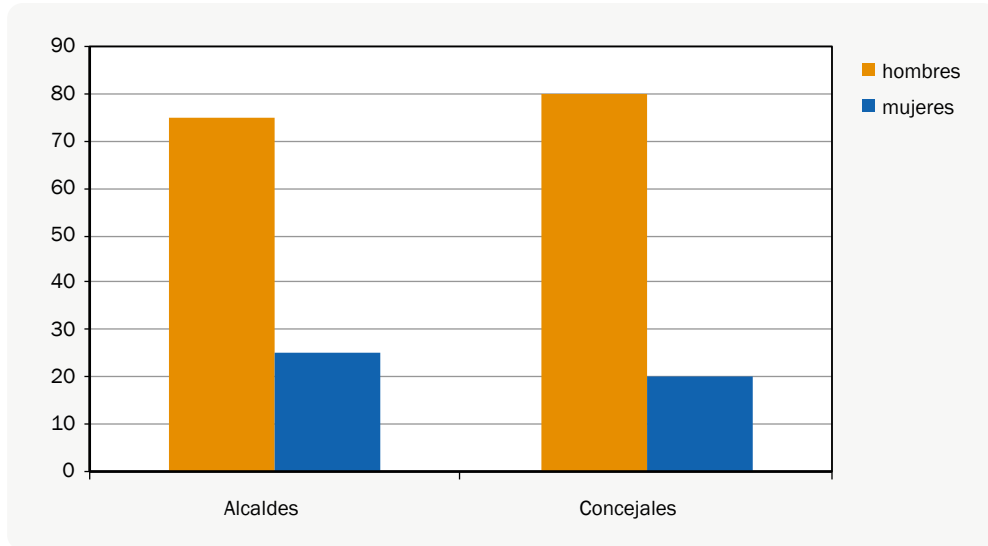
“Cada Municipio tendrá una población de al menos dos mil habitantes y su circunscripción territorial urbana y suburbana deberá conformar una unidad, con personalidad social y cultural, con intereses comunes que justifiquen la existencia de estructuras políticas representativas y que faciliten la participación ciudadana.”<sup>20</sup>

A partir de la aprobación de esta ley, en las elecciones departamentales, además de intendentes, se votan alcaldes y concejales para cada jurisdicción. Las mismas suman un total de 89 en todo el país, 8 de las cuales corresponden a Montevideo.

Tabla 3.4.

Elecciones Municipales. Mayo. 2010					
Departamento	Municipios	% Alcaldes		% Concejales	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Montevideo	8	0,63	0,37	0,78	0,22
Canelones	29	0,72	0,28	0,79	0,21
Maldonado	8	1	0	0,84	0,16
Rocha	4	0,75	0,25	0,81	0,19
Treinta y Tres	2	0,5	0,5	0,5	0,5
Cerro Largo	2	0,5	0,5	0,75	0,25
Rivera	3	1	0	1	0
Artigas	3	0,67	0,33	0,83	0,17
Salto	6	0,83	0,17	0,83	0,17
Paysandú	3	0,33	0,67	0,5	0,5
Río Negro	2	1	0	0,75	0,25
Soriano	2	1	0	0,88	0,12
Colonia	6	0,67	0,33	0,79	0,21
San José	2	1	0	0,88	0,12
Flores	1	0	1	0,75	0,25
Florida	2	0,5	0,5	0,88	0,12
Durazno	2	1	0	0,88	0,12
Lavalleja	2	1	0	1	0
Tacuarembó	2	1	0	0,8	0,2
	89				

Fuente: Elaboración propia en base a Corte Electoral

**Gráfico 3.5.** Participación de hombres y mujeres en los Concejos Municipales. En porcentajes. 2010

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Corte Electoral

En mayo de 2010, se votó por primera vez la integración de los denominados Concejos Municipales, integrados por cinco Concejales, correspondiendo al más votado el cargo de Alcalde. (Tabla 3.4). (Gráfico 3.5).

Aún cuando el porcentaje de mujeres electas es sustancialmente menor al de los hombres tanto en alcaldes como en concejales, algunos departamentos presentan particularidades que desafían las tendencias tradicionalmente marcadas, reflejadas en el resto de las esferas políticas. Tal es el caso de Paysandú con mayor número de alcaldes mujeres e igual número de concejales mujeres y hombres. En Treinta y Tres hay un igual número de alcaldes y concejales hombres y mujeres. En Cerro Largo y Florida hay un igual número de alcaldes de ambos sexos aunque son mayoría los concejales hombres.

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



# Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	
Meta Mundial 5	Meta Nacional 5
Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

## Situación actual y tendencias

Casi sobre el final del período establecido para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, es posible afirmar que en materia sanitaria Uruguay ha alcanzado en los últimos veinte años progresos muy significativos. Dichos avances adquieren particular relevancia dado que el estado de salud de la población de un país es uno de los factores determinantes de su nivel de desarrollo, puesto que el mismo lleva implícito el alcance de otros logros, como la lucha contra la pobreza.

En el marco del proceso de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, iniciado en el año 2007, se consolida una tendencia de logros relacionados con los principios orientadores de dicha reforma, destacada fundamentalmente por el carácter universalista del acceso, donde la salud como política social se ha diseñado sobre la base de brindar igualdad de oportunidades para todos<sup>21</sup>

Los ejes estratégicos definidos para abordar los cambios en los modelos de atención y gestión se focalizan en la *promoción de la salud*, con énfasis en tres tipos de acciones: acciones orientadas al fortalecimiento y reorientación de los Servicios de salud, acciones en el ámbito de la política pública orientadas a impactar en los determinantes sociales de la salud, y acciones dirigidas a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.<sup>22</sup>

Esta reforma, cuyo propósito central es garantizar la equidad

21 MSP (2010), "La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005–2009", Montevideo.

22 MSP, Plan de trabajo 2012 del Departamento de Programación Estratégica en Salud, DIGESA, MSP



en los derechos en salud de la población, ha contribuido sustantivamente al logro de las metas nacionales definidas.

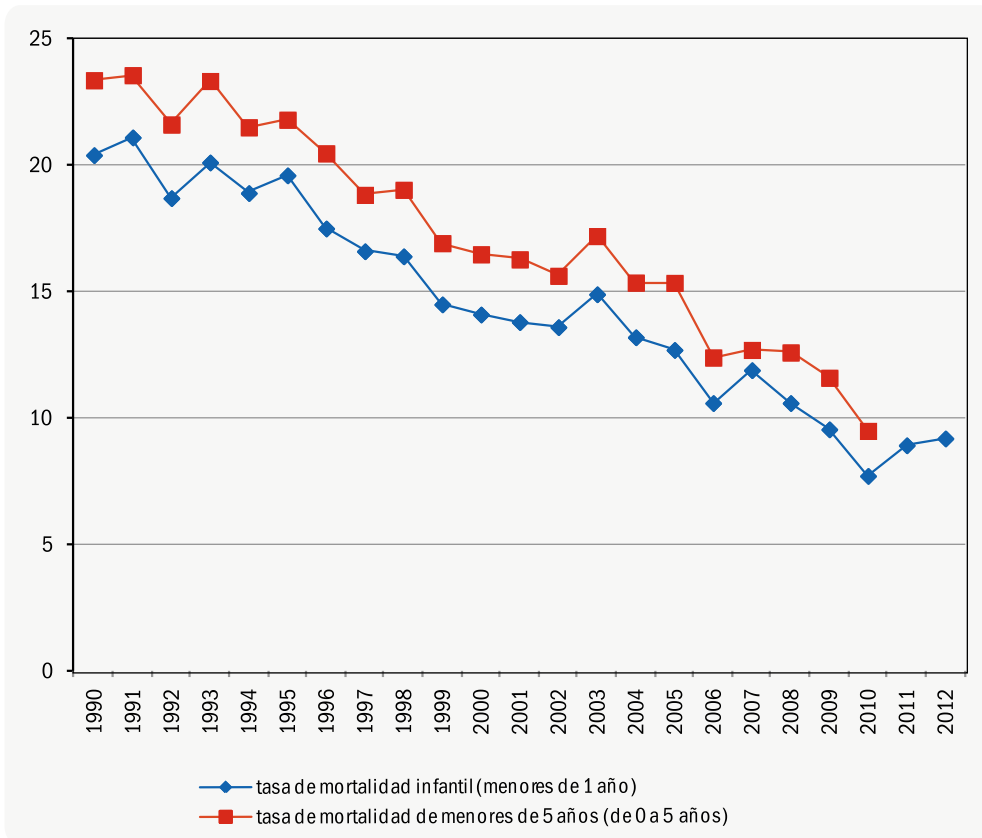
### Avances hacia la meta

Los indicadores seleccionados oportunamente para medir el avance hacia la meta son la tasa de mortalidad infantil (menores de un año), la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años y el porcentaje de niños con bajo peso al nacer. El análisis comprende el período 1990–2011.

La evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se explica por las defunciones ocurridas en el período neonatal (primeros 28 días de vida) y el período posneonatal (29 días hasta el primer año), por lo cual adquieren especial relevancia los cuidados de la embarazada y del feto en gestación, tanto como los cuidados pos natales.

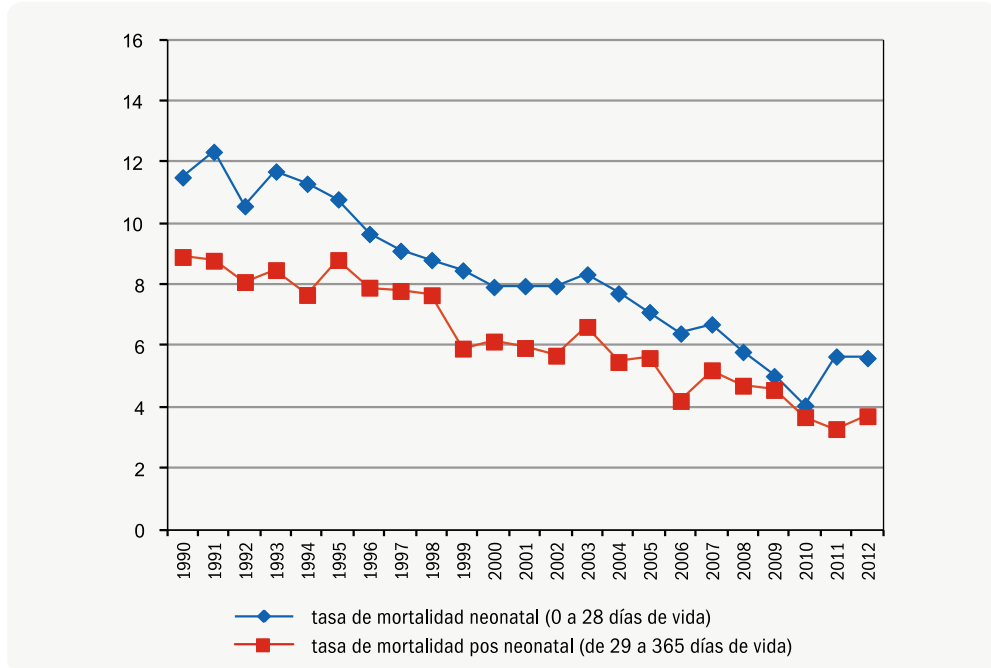
La TMI ha experimentado una sostenida reducción desde 1990. Tuvo una caída de 11 puntos porcentuales entre 1990

Gráfico 4.1. Tasa de mortalidad infantil y de menores de 5 años



Fuente: Elaborado a partir de MSP, Unidad de Información Nacional en Salud. División Epidemiología

**Gráfico 4.2.** Tasas de mortalidad neonatal y posneonatal cada mil nacidos vivos. Total país. 1990 – 2011



Fuente: Elaborado a partir de MSP, Unidad de Información Nacional en Salud. División Epidemiología

y 2012, con valores de 20,4 y 9,3 por mil respectivamente. Cabe aclarar que en los últimos años, el registro de la tasa de mortalidad infantil incluye los nacidos vivos menores de 500 g. Si no se consideran estos últimos se observa que la tasa de mortalidad infantil ajustada ha sido en 2012 de 8,6 por mil.<sup>23</sup> (Gráfico 4.1).

En relación al comportamiento de las tasas neonatal y pos neonatal, tal como se observa en el gráfico ambas muestran una fuerte caída en el período considerado. Los valores que alcanzan dichas tasas en 2012 son los siguientes: neonatal 5,6 por mil y pos neonatal 3,7 por mil. (Gráfico 4.2).

Cabe destacar que el componente neonatal está muy asociado al desarrollo y la mejora de la atención perinatal tanto al avance de la tecnología aplicada a la neonatología, mientras que las causas de las defunciones ocurridas en el período posneonatal están asociadas a patologías de origen exógeno (enfermedades infecciosas y afecciones respiratorias), sobre las cuales inciden directamente las condiciones del hábitat tales como la cobertura de saneamiento y agua potable, entre otras.<sup>24</sup>

23 Fuente: MSP, presentación en el Parlamento Nacional el día 4 de julio de 2013

24 MSP (2012), "Mortalidad Infantil en Uruguay 2011", Informe de la División Epidemiología, MSP

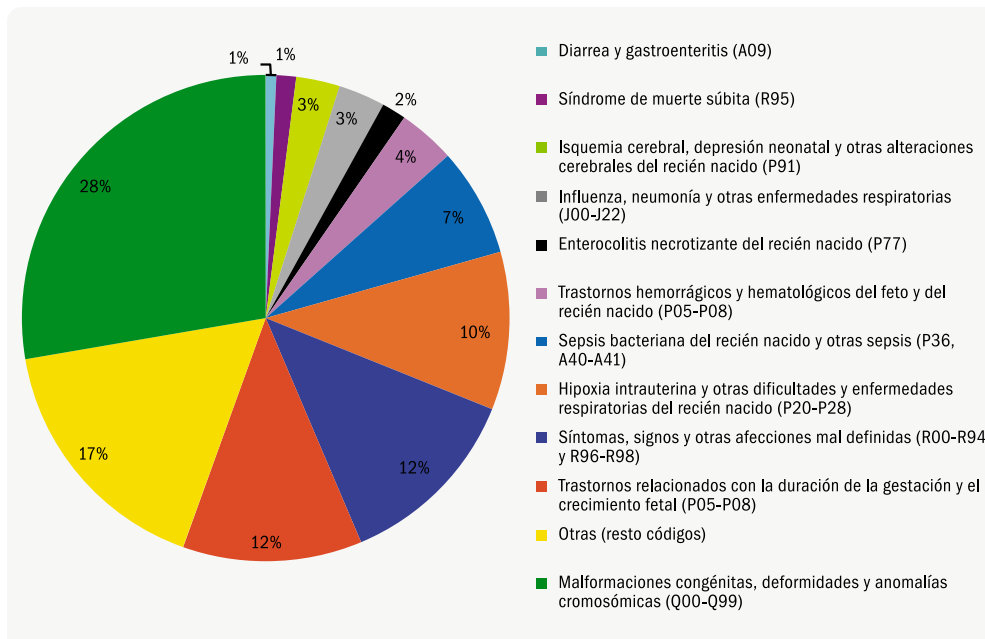
Al respecto, el gráfico ilustra la distribución de las causas de defunción en niños menores de un año, dentro de las cuales predominan las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que representan un 27,7%, le siguen los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal con un 11,9%, al igual que los síntomas, signos y otras afecciones mal definidas. Por su parte, la hipoxia intrauterina y otras enfermedades respiratorias del recién nacido suman un 10,5%. (Gráfico 4.3).

En relación a la distribución por sexo de la mortalidad infantil desagregada en sus subcomponentes, se observa que el número de episodios ocurridos en los varones es superior al que registran las niñas para las tres categorías: neonatal precoz, neonatal tardío, y pos neonatal. (Gráfico 4.4).

Con respecto a la tasa de mortalidad en menores de cinco años, los avances registrados permiten prever el alcance de la meta en 2015, año en el cual el valor de la tasa deberá estar por debajo de 8 por mil. (Gráfico 4.5).

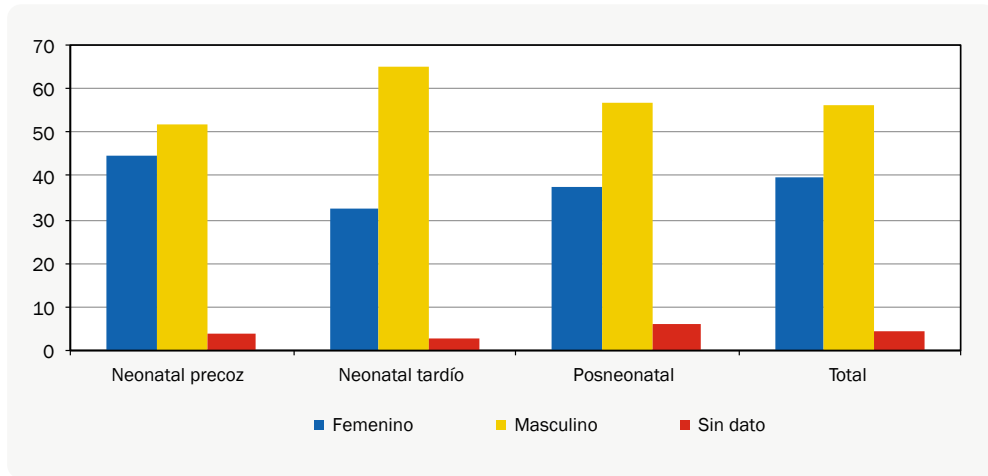
El porcentaje de niños con **bajo peso al nacer** es un indicador indirecto pero no menos importante sobre las posibilidades de sobrevivir que tiene el niño al nacer.

Gráfico 4.3. Principales causas de mortalidad infantil(según clasificación CIE-10). Año 2011



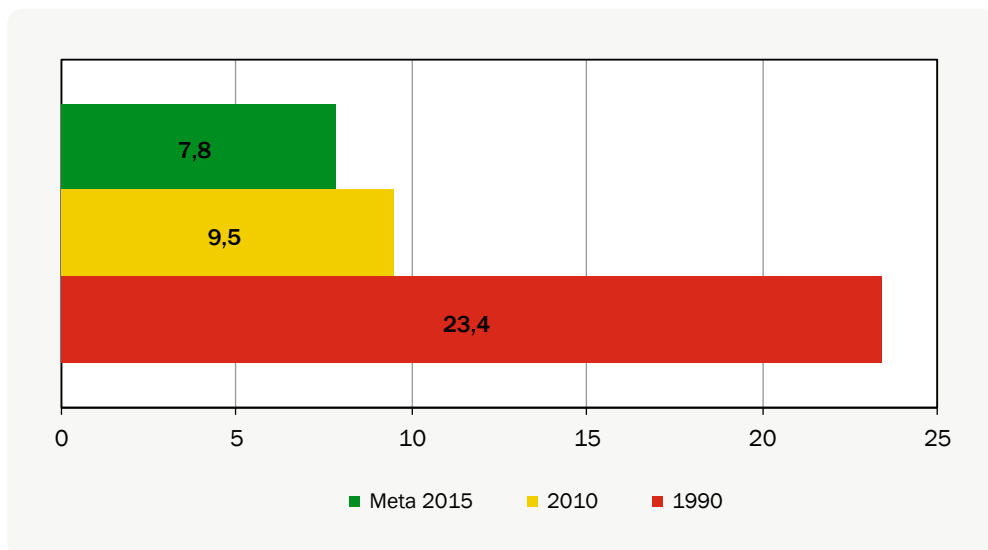
Fuente: MSP, Elaborado a partir de Informe "Mortalidad Infantil en Uruguay, análisis preliminar para la discusión nacional". MSP, DIGESA, División Epidemiología. Agosto 2012

Gráfico 4.4. Distribución de las defunciones infantiles por sexo. Año 2011



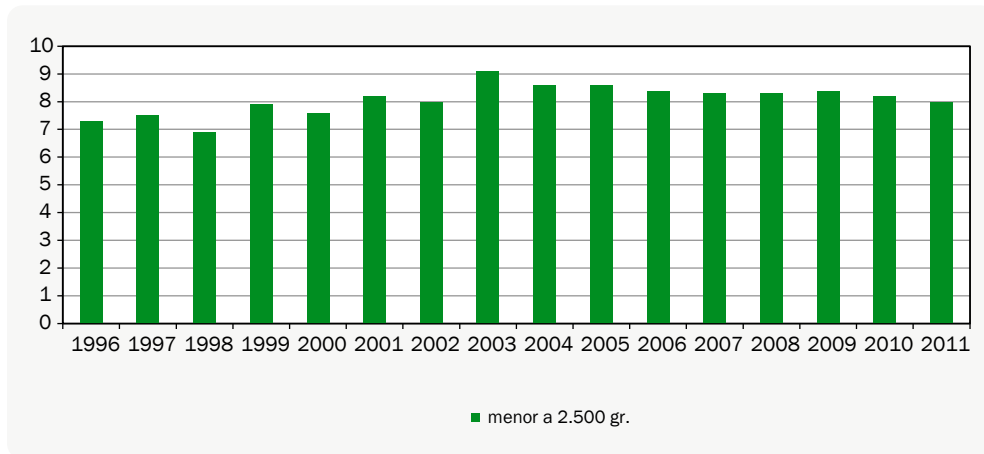
Fuente: Elaborado a partir de Informe "Mortalidad Infantil en Uruguay, análisis preliminar para la discusión nacional". MSP, DIGESA, División Epidemiología. Agosto 2012

Gráfico 4.5. Avance hacia la meta: mortalidad en menores de 5 años



Fuente: Elaborado a partir de MSP. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Tal como se observa el comportamiento del indicador ha sido muy estable, registrando cifras en torno al 8% sobre el total de nacidos vivos en todo el período. El valor más alto de la serie en estudio se registra en el año 2003, donde un 9,1% de los nacimientos no superaron los 2,5 kg. Con posterioridad a ese año se registra una tendencia muy suave de disminución de los casos

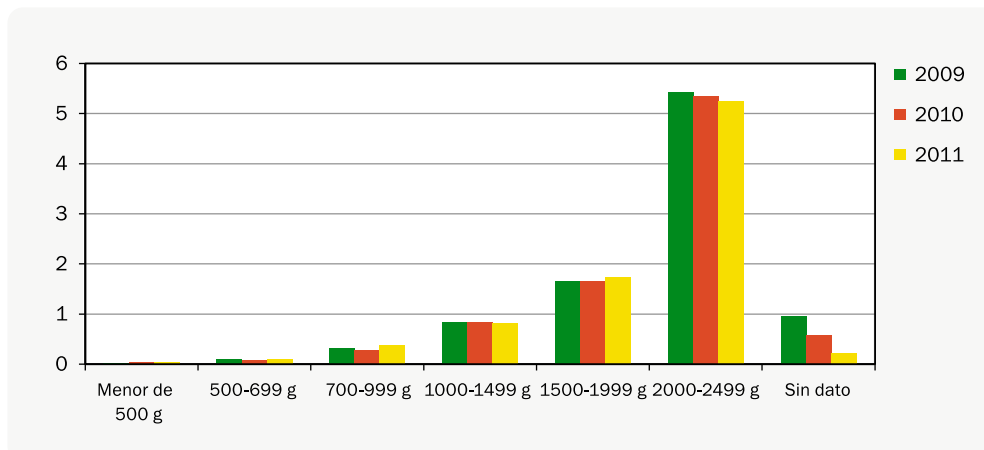
**Gráfico 4.6.** Porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Total país. 1996-2011

Fuente: Elaborado a partir de MSP. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

hasta el año 2011.

Estos sucesos están muy vinculados al estado de salud de la madre, por tanto son claves los controles prenatales, la atención del embarazo y el parto. (Gráfico 4.6).

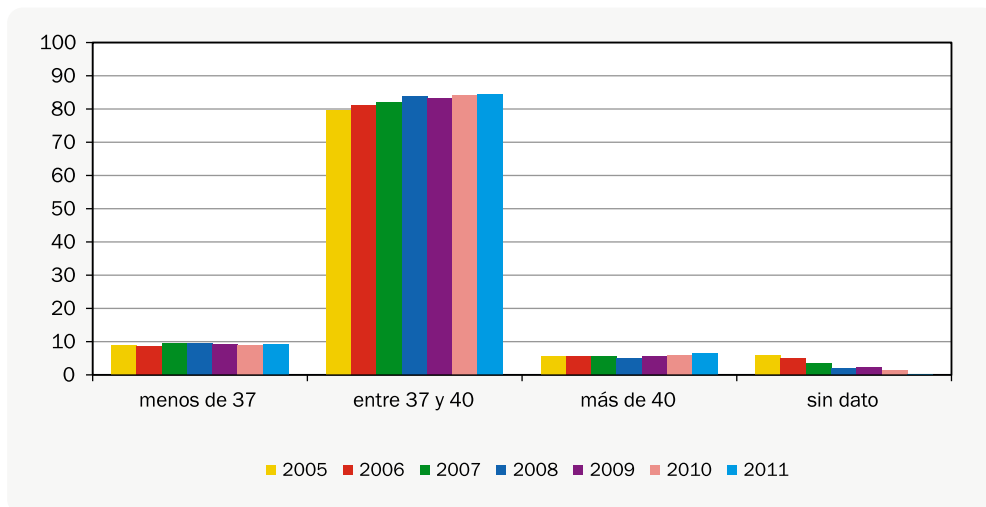
La apertura de la información por tramo de peso al nacer correspondiente al último trienio muestra que la mayor parte de los casos corresponde a niños con peso entre 2000 y 2499 gramos. (Gráfico 4.7).

**Gráfico 4.7.** Distribución de niños con menos de 2.500 g de peso al nacer en el total de nacidos vivos (%). 2009 - 2011

Fuente: Elaborado a partir de Informe "Mortalidad Infantil en Uruguay, análisis preliminar para la discusión nacional".

MSP, DIGESA, División Epidemiología. Agosto 2012

**Gráfico 4.8.** Distribución de los nacidos vivos según las semanas de gestación (%). Total país. 2005 – 2011



Fuente: Elaborado a partir de MSP. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Por su parte, el número de niños nacidos **prematuros**<sup>25</sup> se ha mantenido prácticamente incambiado en el período 2005/2011, levemente por debajo del 10%.

## Una mirada a las desigualdades

Aún cuando Uruguay ha realizado importantes avances en el período 1990–2011 hacia el cumplimiento de la meta, el análisis desagregado de la información permite identificar desigualdades que hay que atender para que el logro de la meta sea pleno y equitativo en todo el país. Estas desigualdades se observan a partir de tres indicadores: la tasa de mortalidad infantil, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y el porcentaje de nacimientos con menos de 37 semanas de gestación.

### Desigualdades socioeconómicas

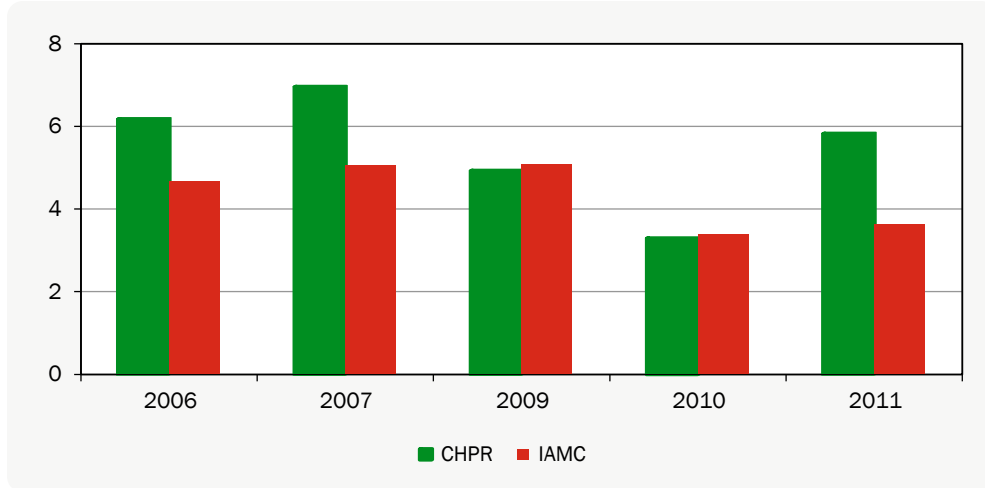
#### 1. Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil es algo superior entre la población atendida en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y la población atendida en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) privadas. En los últimos años las variaciones no han superado los 2,5 puntos porcentuales. (Gráfico 4.9).

El análisis de la tasa de mortalidad infantil por sub componentes, evidencia una mayor mortalidad tanto neonatal como

25 Con menos de 37 semanas de gestación al nacer.

Gráfico 4.9. Tasa de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos. CHPR e IAMC. 2006 - 2011



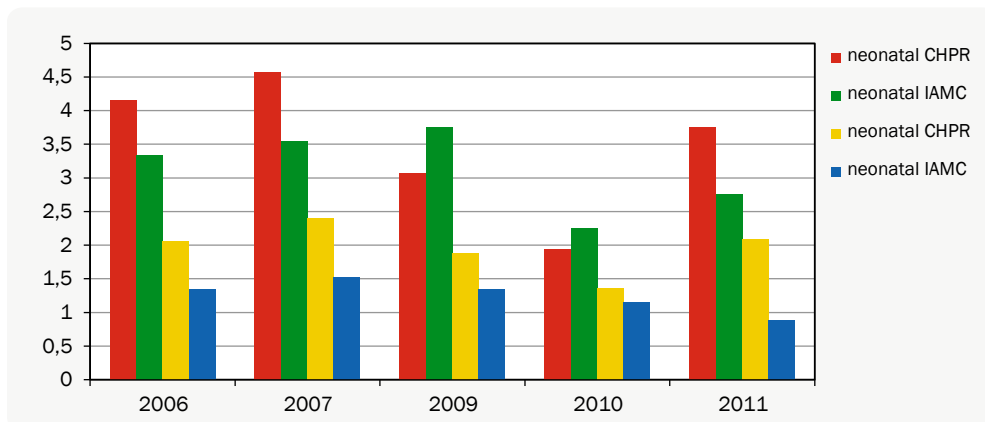
Fuente: Elaborado a partir de MSP. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell; IAMC: CASMU, Hptal Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hptal Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA

posneonatal en el CHPR que la registrada en el sector privado de salud, con excepción de los años 2009 y 2010 donde la tasa de mortalidad neonatal en las IAMC supera a la registrada en el CHPR. Esta información revela asimismo una tendencia descendente en ambas tasas en el CHPR hasta el año 2010 que se revierte en 2011. En las IAMC, la tasa muestra una evolución menos clara aunque se repiten los bajos valores de 2010 y un alto valor en la tasa neonatal en 2011. (Gráfico 4.10).

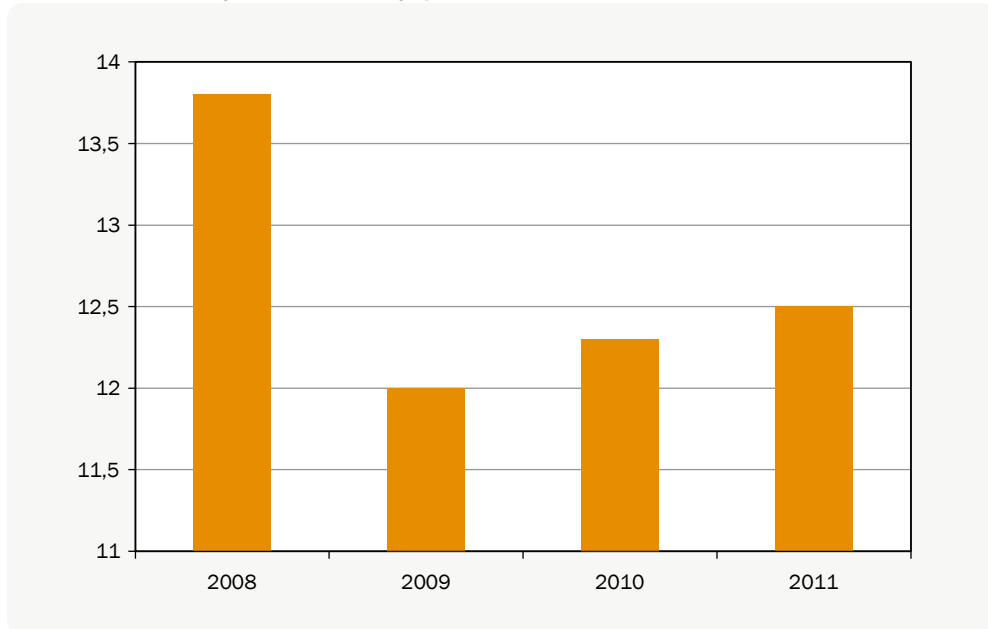
Gráfico 4.10. Tasa de mortalidad infantil cada 1000 nacidos vivos.

CHPR-IAMC. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de MSP. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell; IAMC: CASMU, Hptal Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hptal Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA

**Gráfico 4.11.** Porcentaje de niños con bajo peso al nacer. CHPR. 2008 - 2011

Fuente: CHPR, Hospital de la Mujer: "Informe de Gestión de Maternidad 2011"

## 2. Porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer

El promedio nacional de niños nacidos con bajo peso se ha ubicado en los últimos años en el entorno del 8%. Sin embargo, al visualizar este dato para el CHPR las cifras son superiores entre 4 y 5 puntos porcentuales. Para el año 2011, de cada 100 niños nacidos en ese centro, casi 13 pesan menos de 2.500 grs frente a 8 de cada 100 niños a nivel nacional. (Gráfico 4.11).

## 3. Porcentaje de nacimientos con menos de 37 semanas de gestación

En los últimos años el número de nacimientos con menos de 37 semanas de gestación ha experimentado un descenso significativo. En 2008, el 17,1% de los niños nacidos en el CHPR no completaban la edad gestacional normal, mientras que en 2011 dicho registro baja a 12,2%. No obstante, dicho guarismo se ubica por encima de la media nacional (10%) para el período considerado. (Gráfico 4.12).

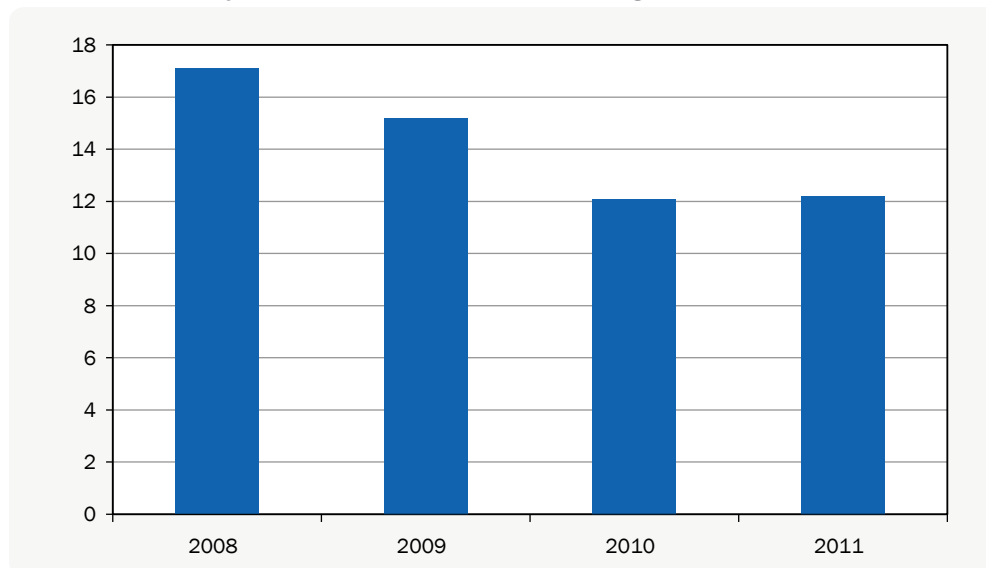
## Desigualdades territoriales

### 1. Tasa de mortalidad infantil

Uruguay asumió el compromiso de reducir en tres cuartas partes la mortalidad de los niños menores de 5 años. Dado que el



Gráfico 4.12. Porcentaje de niños con menos de 37 semanas de gestación. CHPR. 2008 - 2011



Fuente: CHPR, Hospital de la Mujer: "Informe de Gestión de Maternidad 2011"

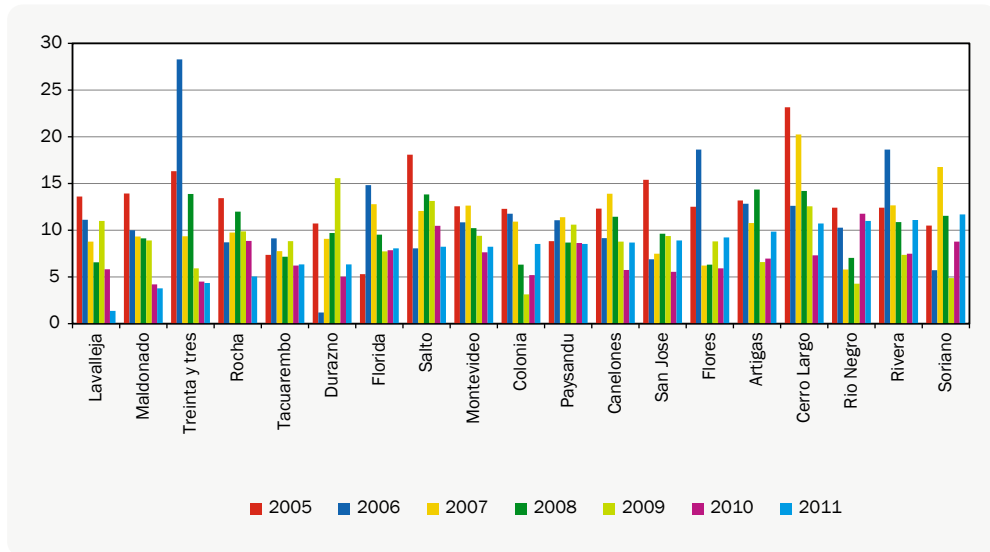
comportamiento de dicho indicador se expresa mayormente por los sucesos ocurridos en el primer año de vida, resulta particularmente relevante el estudio de las tasas de mortalidad infantil.

La situación a nivel territorial presenta una cierta heterogeneidad y oscilaciones en la evolución de la TMI en varios departamentos. No obstante, puede afirmarse que la mayoría presenta una tendencia a la disminución de la tasa. En el año 2011 todos se encuentran con TMI inferiores al 12 por mil y en 6 de ellos se registran valores por debajo de la meta (7,8 por mil). Considerando las TMI promedio del trienio 2009–2011, 7 departamentos registran tasas del 7,8 por mil o menos, en tanto sólo dos superan levemente el 10 por mil. Lavalleja, Maldonado, Treinta y Tres y Tacuarembó, habrían alcanzado la meta nacional con ambos criterios. Rocha se encuentra casi en la misma situación. En el otro extremo con los mayores valores en el trienio se encuentra el departamento de Cerro Largo, que ha registrado siempre altas tasas, seguido de Salto y Río Negro. (Gráfico 4.13).

## 2. Porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer

Cuando se analiza el porcentaje de niños nacidos con bajo peso desagregado por departamento, en el período 2005–2010, no se destacan mayores inequidades. Para los valores registrados en 2010, la brecha entre el valor máximo y el mínimo es de 4 puntos porcentuales. (Gráfico 4.14).

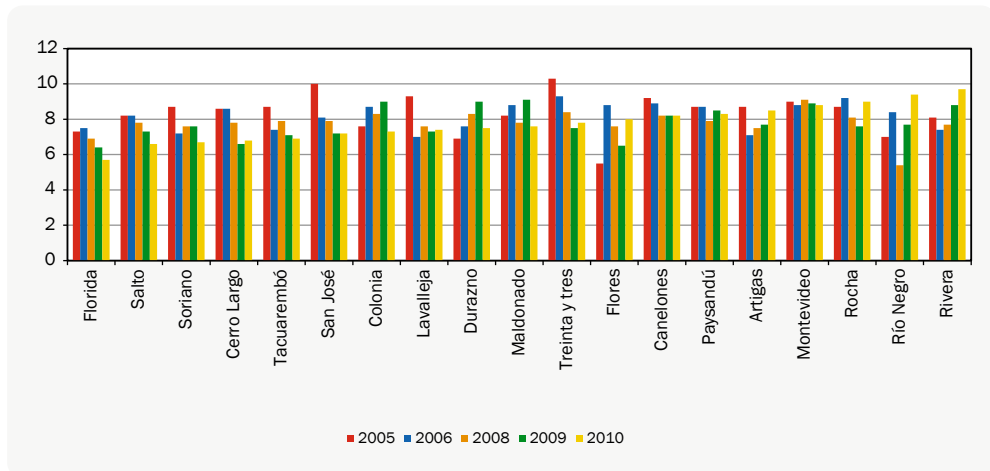
Gráfico 4.13. Tasa de mortalidad infantil cada 1000 nacidos vivos por departamento. 2005 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de MSP, Unidad de Información Nacional en Salud. División Epidemiología

Nota: ordenados según año 2011

Gráfico 4.14. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer por departamento. 2005 - 2010



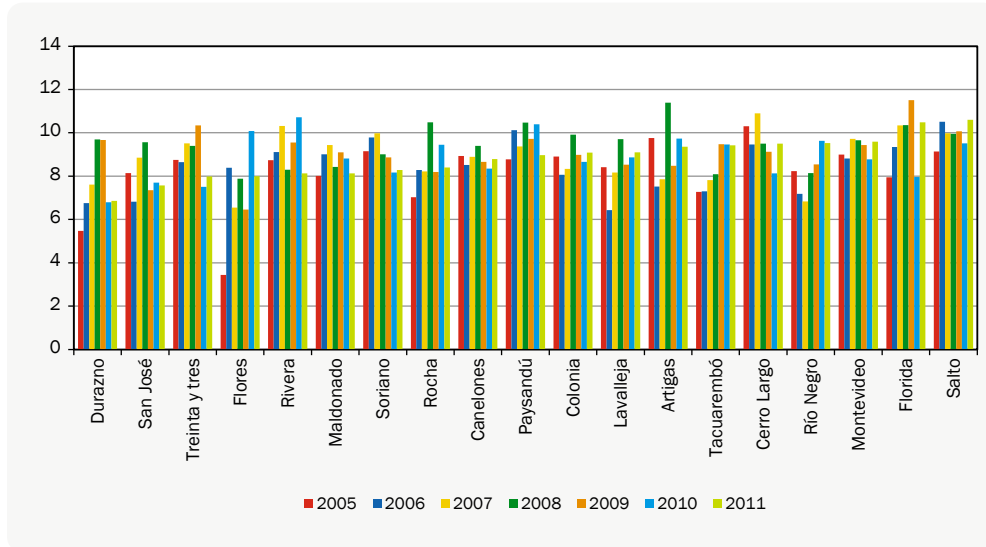
Fuente: Elaborado a partir de MSP. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: ordenados según año 2010

### 3. Porcentaje de nacimientos con menos de 37 semanas de gestación

Similar situación se observa en el comportamiento de este indicador donde, a pesar de las oscilaciones registradas, los valores se han mantenido relativamente estables y la mayor brecha entre departamentos no ha superado los 4 puntos porcentuales. (Gráfico 4.15).

Gráfico 4.15. Porcentaje de nacimientos con menos de 37 semanas de gestación por departamento. 2005 - 2011



Fuente: Elaborado a partir MSP, Base de Datos de Certificado de Nacido Vivo. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

\*ordenados según año 2011





# Mejorar la salud materna

ODM 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA	
Meta Mundial 6A	Meta Nacional 6A
Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

El concepto de muerte materna refiere al número de defunciones cuyas causas están vinculadas al embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto.

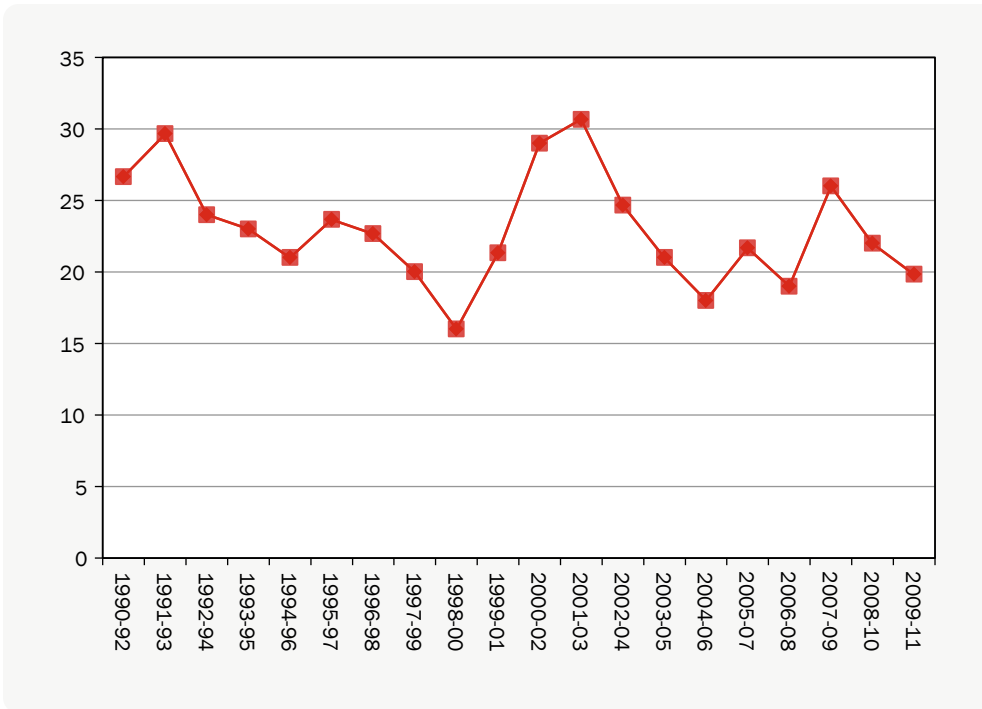
La definición específica utilizada por la *Comisión asesora de seguimiento y auditoría de muertes maternas*<sup>26</sup>, creada por resolución ministerial (MSP) en el año 2006, es la siguiente: *Muerte Materna: Defunción de una mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.* (WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, 1992 (ICD-10)*).

Uruguay ha registrado un bajo porcentaje de muertes maternas. La evolución de la tasa de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos muestra oscilaciones importantes, propias del bajo número de casos anuales registrados, a la vez que evidencia una tendencia descendente, interrumpida en el quinquenio 2000/2004 y el trienio 2007/2009.

Uno de los factores a tener en cuenta en el análisis del comportamiento del indicador es de carácter estadístico, debido a que la modalidad de recolección de datos ha ido cambiando con el tiempo. A partir del año 2000 la rigurosidad ha mejorado notoriamente con la integración de la sociedad civil como denun-

26 El primer informe elaborado por la Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes maternas, realizado para los años 2007–2008–2009, destaca: “El respeto irrestricto de los derechos humanos y por lo tanto el acceso universal a la salud ha sido desde el comienzo de la presente Administración una meta prioritaria. Desde esta perspectiva, la salud de la mujer se ha constituido en una prioridad política de relevancia ineludible. En este contexto, la mortalidad de mujeres vinculadas al embarazo es considerada una de las expresiones de mayor inequidad y dramatismo, ya que se trata de mujeres jóvenes de muertes generalmente evitables.”

Gráfico 5.1. Tasa de mortalidad materna (cada cien mil habitantes) por trienios móviles. 1990–2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud.

ciente de casos. El cambio ha sido de tal envergadura que se estima que el subregistro en las cifras anteriores al año 2000, en algunos años, puede haber llegado a superar el 100%.<sup>27</sup> (Gráfico 5.1).

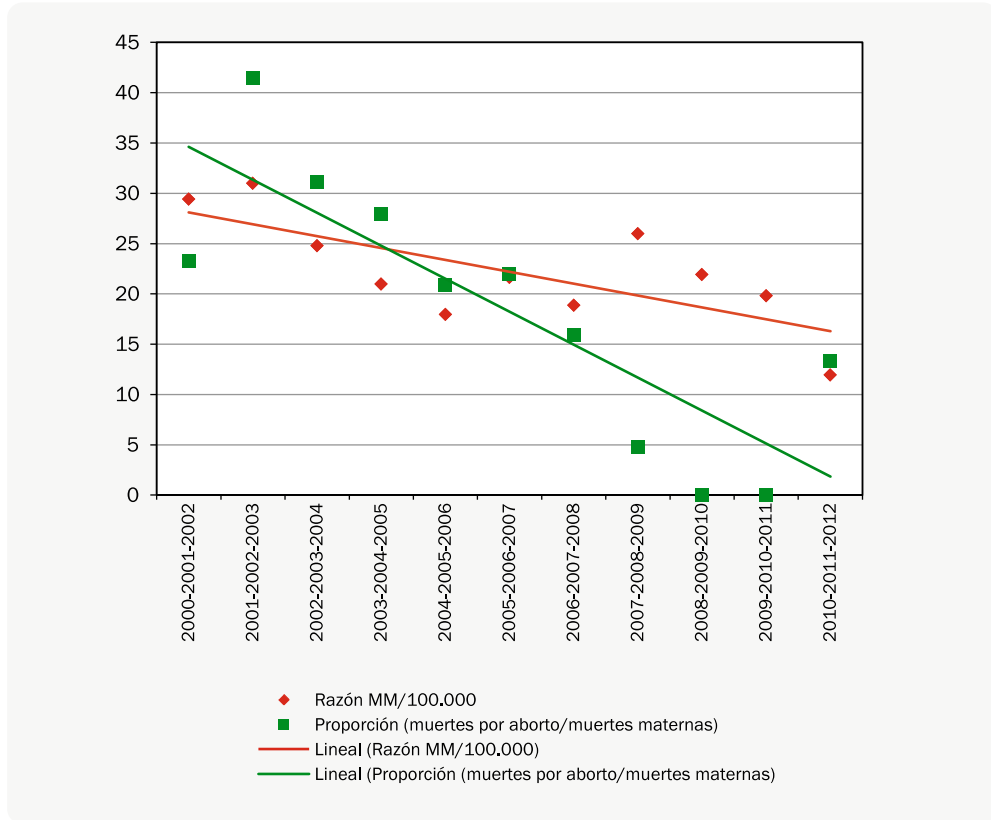
En Uruguay, durante gran parte del período analizado, 1 de cada 3 muertes maternas era por aborto inseguro y se incrementaba en el sector público<sup>28</sup>. A partir del año 2002, en el marco de la normativa legal que penalizaba el aborto<sup>29</sup>, un equipo de médicos ginecólogos (con apoyo académico, de asociaciones profesionales y organizaciones de mujeres, entre otros), elaboran e implementan el Programa “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, luego Ordenanza Ministerial 369/04 del MSP. (Gráfico 5.2).

27 MSP, Informe 2007/2009 de la Comisión de Muertes Maternas

28 Datos tomados de la presentación: *Cambio en la relación sanitaria: Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro*, realizada por el Dr. Leonel Briozzo, Profesor Clínica Ginecotológica/ Facultad de Medicina/ UdelaR, Subsecretario del MSP. Año 2012.

29 En octubre de 2012 se aprueba la Ley 18987 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo antes de las doce semanas de gestación: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Gráfico 5.2. Razón de MM por ACPR en Uruguay y CHPR 2001-2009



Fuente: Presentación: Cambio en la relación sanitaria: Modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño del aborto inseguro, realizada por el Dr. Leonel Briozzo, Profesor Clínica Ginecotocológica/ Facultad de Medicina/ UdelaR, Subsecretario del MSP. Año 2012.

Nota: APCR: Aborto provocado en condiciones de riesgo

Con base en dicha normativa se brindaba información y asesoramiento a la paciente en el pre y post aborto con los siguientes objetivos: disminuir la morbi-mortalidad materna por aborto inseguro, disminuir el riesgo y daño del aborto en situación de ilegalidad, disminuir la necesidad de recurrir al aborto, disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.

La mortalidad materna es analizada por las autoridades sanitarias como un grave problema de salud, dado que la gran mayoría "... corresponde a muertes evitables causadas por situaciones donde se expresa la inequidad de género y el avasallamiento de los derechos humanos, en especial, los derechos de la mujer. Las consecuencias negativas ante esta tragedia trascienden generaciones. Cada vez que una mujer en edad reproductiva muere, los marcadores de mortalidad infantil, abandono escolar, dro-



*gadicción, violencia doméstica y pobreza en esa familia aumentan sensiblemente.”<sup>30</sup>*

En dicho marco, los esfuerzos están orientados a la formación de equipos profesionales multidisciplinarios comprometidos socialmente, y al fortalecimiento de los sistemas de control, auditoría y seguimiento de cada caso. Al respecto, cabe destacar que las complicaciones infecciosas siguen siendo la principal causa de muerte materna, seguidas por los estados hipertensivos del embarazo.

La captación temprana del embarazo y la cantidad y frecuencia de los controles, así como la asistencia de personal sanitario especializado en el parto, repercuten directamente en la disminución de los riesgos relacionados con la gestación, el parto y el puerperio. (Tabla 5.1).

Tabla 5.1.

Partos con asistencia de personal sanitario especializado			
	Médico	Partera	Otros
1990	71,4	28,0	0,6
1991	64,3	35,0	0,7
1992	67,0	32,0	1,0
1993	65,0	33,3	1,7
1994	67,0	31,2	1,8
1995	63,0	35,0	2,0
1996	64,0	34,0	2,0
1997	66,0	32,4	1,6
1998	65,0	34,0	1,0
1999	67,0	32,8	0,2
2000	70,0	29,7	0,3
2001	67,6	32,0	0,4
2002	66,0	33,7	0,3
2003	67,0	32,7	0,3
2004	70,5	29,0	0,5
2005	68,9	31,0	0,1
2006	76,5	23,4	0,1
2007	66,8	31,8	1,4
2008	74,0	25,6	0,4
2009	74,5	25,2	0,3
2010	99,7		0,3

Fuente: INE, Anuario estadístico 2012.

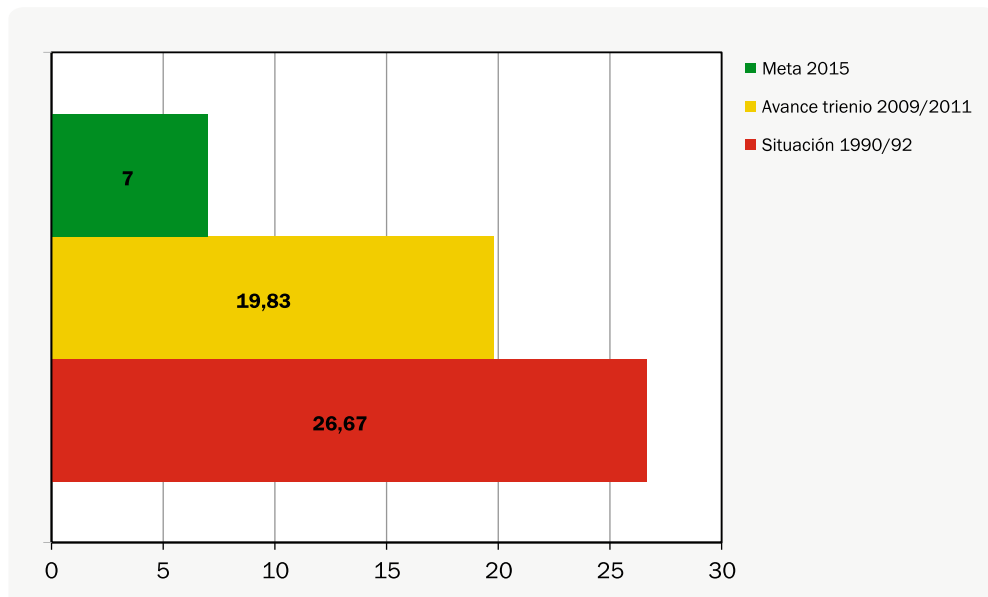
Dado que en Uruguay la casi totalidad de los partos se realizan con personal especializado, la política de salud hace énfasis

30 MSP, Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes maternas, Informe 2007/2009, Uruguay

en la captación temprana y en el aumento del número de controles de los embarazos, los que aún se encuentran lejos de las metas definidas al respecto, como se analiza en detalle en relación con la meta nacional 6b.

A nivel mundial, la OMS ha manifestado que la situación en los países en desarrollo es comprometida en relación al logro de esta meta, dado que existe un importante rezago en los avances realizados hasta el momento. Al respecto, Uruguay ostenta valores bajos en comparación internacional. Por esa misma razón los esfuerzos requeridos para continuar bajando la tasa son mayores. Se espera que el país, continuando con la política de salud definida, se aproxime a la meta definida. (Gráfico 5.3).

Gráfico 5.3. Avance hacia la meta: mortalidad materna (cada 100 mil nacidos vivos).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MSP.

ODM 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA	
Meta Mundial 6B	Meta Nacional 6B
Alcanzar para 2015, acceso universal a la salud reproductiva	Cobertura y acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de equidad para hombres y mujeres

## 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 2011 de 1,92 hijos por mujer. Sin embargo, se constata una evolución diferencial de la fecundidad según estratos socioeconómicos. Los niveles de fecundidad más altos se concentran en los hogares más pobres (Varela 2007). A su vez las variaciones en el período 1975–2011 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 vista 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. Al respecto, numerosas investigaciones que han explorado los significados de la maternidad adolescente y sus condicionantes sociales, destacan que este fenómeno está asociado a la búsqueda de asunción de nuevos roles familiares, tanto como al escape de situaciones conflictivas en el hogar. La maternidad se plantea como proyecto de vida, donde otros proyectos alternativos aparecen como inviables dada la situación personal en que se encuentran las adolescentes. (Tabla 5.2). (Gráfico 5.4).

Considerando la importancia que reviste el adecuado control del embarazo en todas sus etapas, es hacia ese objetivo que se deben orientar todos los esfuerzos. La meta nacional toma dos indicadores para ilustrar esta situación: el trimestre de captación del embarazo y la cantidad de controles prenatales.

La captación temprana del embarazo es esencial para dar un seguimiento adecuado a la salud de la madre. Cuanto más temprana sea la captación, mayores posibilidades se tendrán para educar a la madre en cuanto a las conductas deseables para llevar adelante su embarazo. Además, se podrán tomar medidas preventivas y correctivas en el caso de ser necesarias.

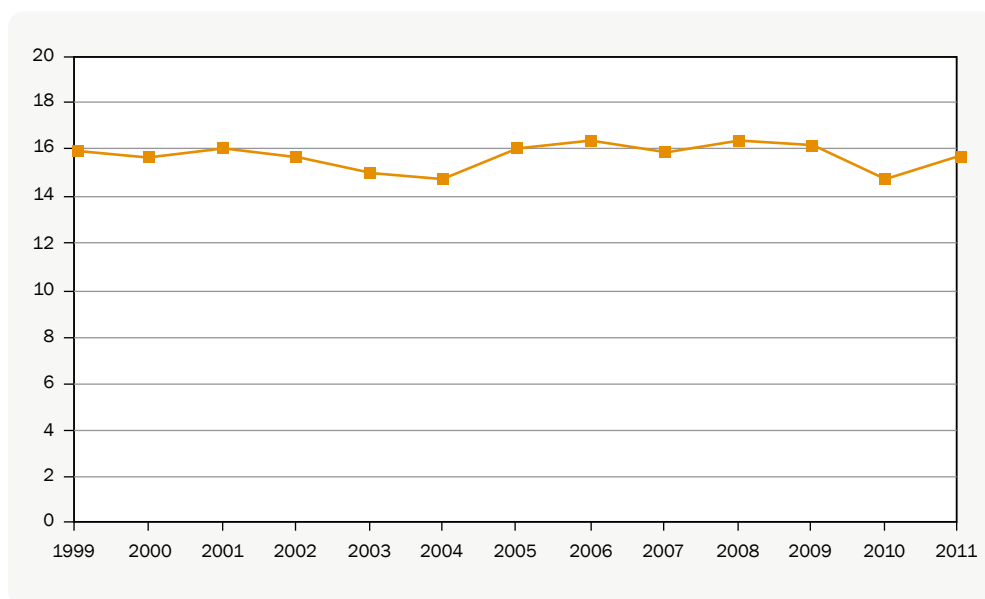
Tabla 5.2

Tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad adolescente cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años 1996-2011		
Años	TGF	TFA
1996	2,45	70,6
1997	2,46	74,1
1998	2,28	60,3
1999	2,25	66,6
2000	2,2	63,2
2001	2,15	63,5
2002	2,18	63,3
2003	2,14	59,1
2004	2,13	58,3
2005	1,95	58,8
2006	2,04	62,6
2007	2,01	59,7
2008	2,01	61,6
2009	2,00	60,3
2010	1,98	60,5
2011	1,92	52,8

Fuente: Carmen Varela, Programa de Población– FCS/UDELAR, elaboración en base a Estadísticas Vitales, Censos de Población y Viviendas, Proyecciones de Población, MSP e INE

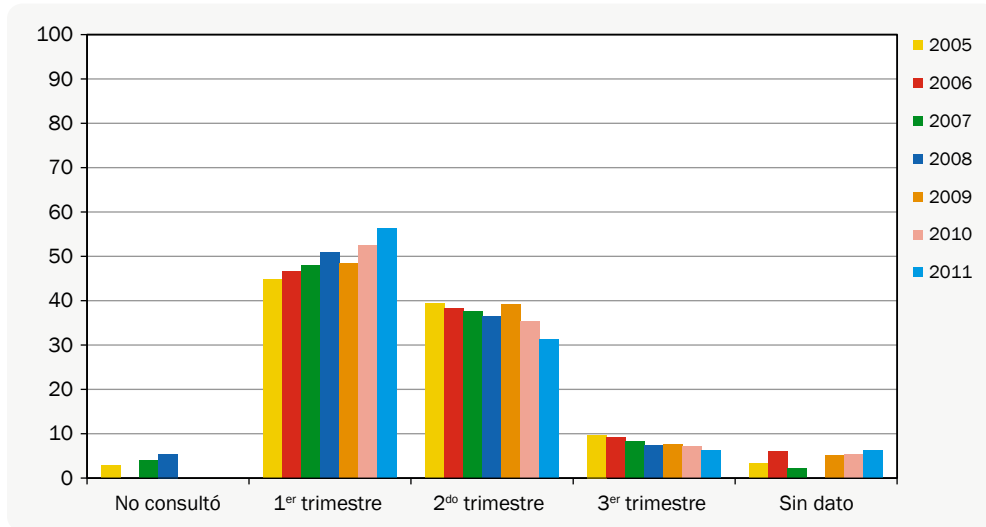
Nota: Las tasas de fecundidad adolescente y TGF de 2011 son calculadas en base a los datos del Censo, según la metodología de cálculo indirecto

Gráfico 5.4. Proporción de nacimientos de madres adolescentes (15 a 19 años) en el total de nacimientos. 1999 - 2011



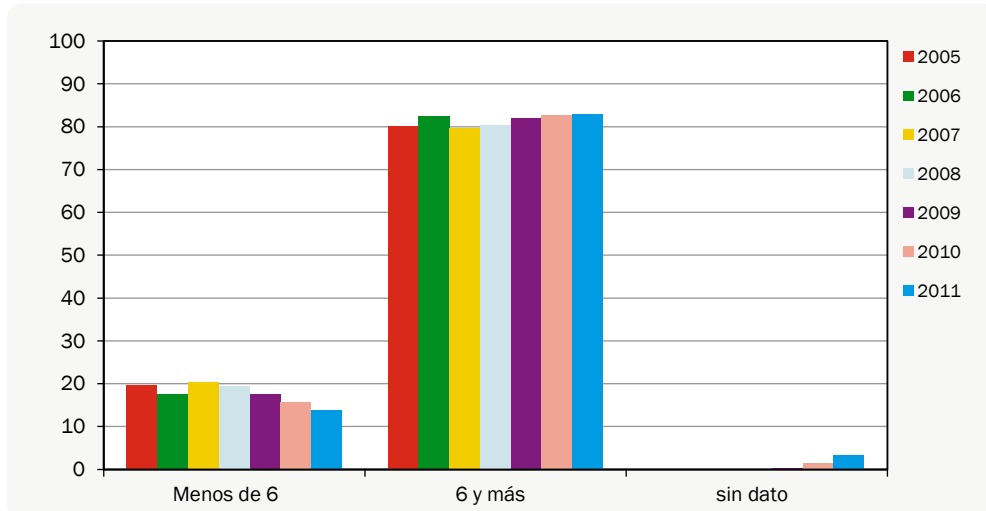
Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Gráfico 5.5. Captación de embarazos según trimestre de gestación (%). Total país. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Gráfico 5.6. Controles prenatales (%). Total país. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

La evolución de la captación en el primer trimestre del embarazo ha sido positiva, registrándose un aumento sostenido de los controles desde 1990, alcanzando para el año 2011 la cifra de 56,38%. En los últimos 5 años, la captación en el segundo trimestre de embarazo se encuentra promedialmente en el 35 % y en el último trimestre en el 7%.

En relación a la cantidad de controles prenatales, las cifras se han mantenido estables en el período 2005/2011, superando el 80% las embarazadas que cursan más de seis controles. (Gráfico 5.5, gráfico 5.6).

## Una mirada a la desigualdad

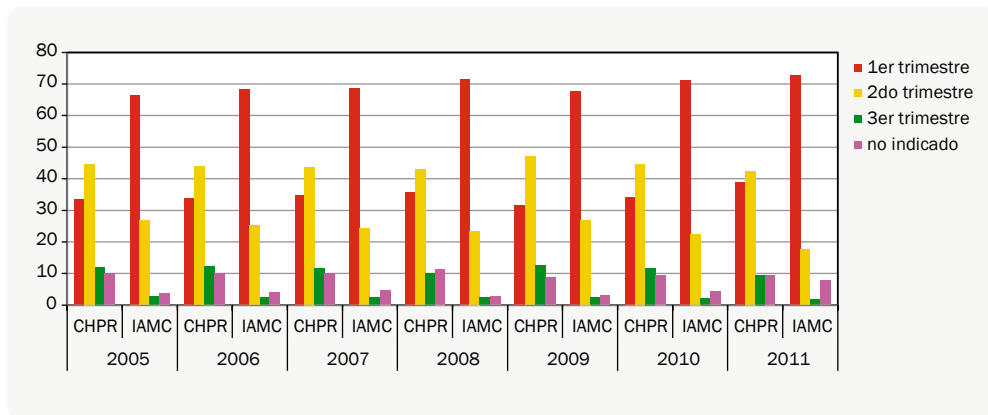
### Desigualdades socioeconómicas

El análisis de las diferencias socioeconómicas se realiza a partir de la captación de los embarazos, el número de controles a los que concurre la embarazada y la proporción de embarazos adolescentes. Dado que la información registrada en el MSP no releva información respecto al nivel de ingresos del hogar al que pertenecen sus usuarias, el análisis de las desigualdades por origen socio-económico se realiza a partir de considerar la información de captación y cantidad de controles de embarazo en los partos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), como aproximación al grupo de embarazadas de hogares en situación de pobreza o con menores ingresos, y la información de los partos ocurridos en ocho Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)<sup>31</sup> de Montevideo como aproximación a las embarazadas no pobres.

#### 1. Captación de los embarazos

En relación a la captación de embarazos según trimestre de gestación, las diferencias socioeconómicas son evidentes. Mientras que en el Pereira Rossell, en el año 2011 se captaron un 38,7% de las embarazadas durante el primer trimestre de gestación y

Gráfico 5.7. Captación de embarazos según trimestre de captación (%) CHPR-IAMC. 2005 - 2011



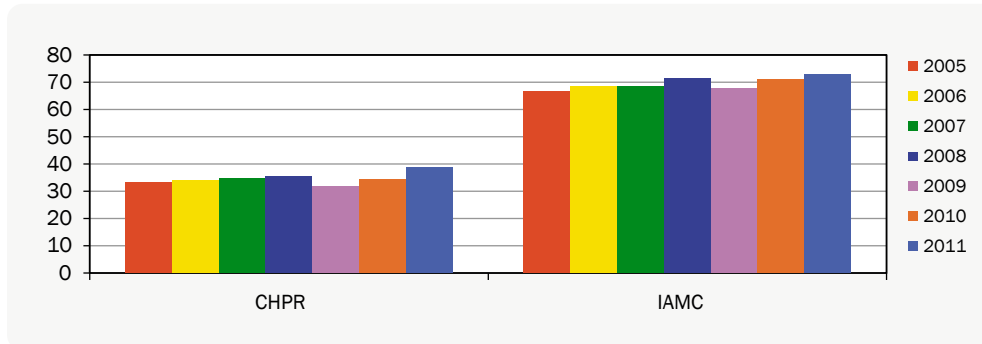
Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell; IAMC: CASMU, Hptal Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hptal Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA

No indicado: incluye las embarazadas que nunca asistieron a consulta.

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

Gráfico 5.8. Captación de embarazos en el 1º trimestre de gestación (%) CHPR e IAMC. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell; IAMC: CASMU, Hptal Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hptal Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA

un 42,45% en el segundo trimestre, las ocho IAMC seleccionadas mostraban resultados inversos: más del 71% de las embarazadas comenzaban a ser atendidas durante el primer trimestre y un 17,5% durante el segundo trimestre de gestación. (Gráfico 5.7).

Los resultados del período 2005 - 2011 muestran un ligero incremento en la captación temprana del embarazo, tanto en el Hospital Pereira Rosell como en las IAMC seleccionadas (5% y 6% respectivamente). (Gráfico 5.8).

## 2. Cantidad de controles

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

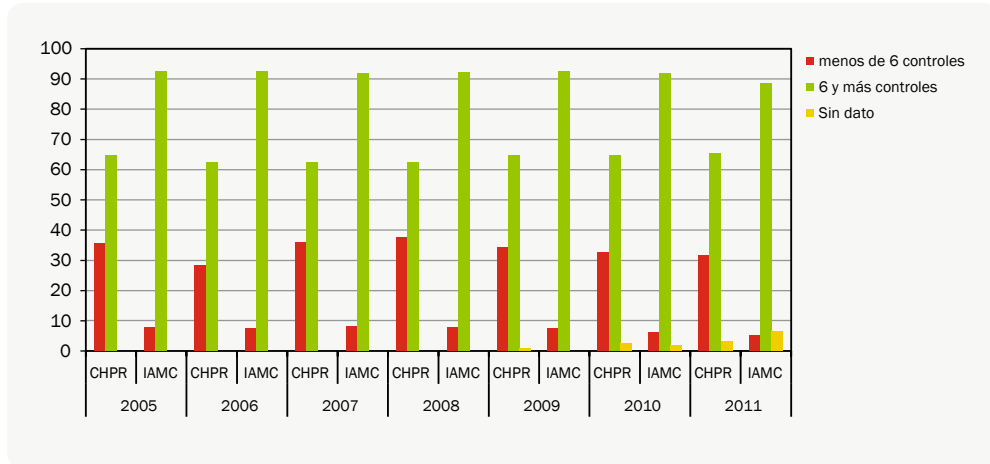
Tal como se observa, en el período analizado el porcentaje de embarazadas con al menos seis controles en las IAMC supera en unos 23 puntos porcentuales al porcentaje de mujeres que cursaron más de seis consultas en el CHPR. (Gráfico 5.9, gráfico 5.10).

Si se analizan las embarazadas con menos de 6 controles que asisten al CHPR y a las IAMC las diferencias son notorias. Por cada embarazada con menos de 6 controles en las IAMC ocurren 6 en el CHPR. La situación no ha variado sustantivamente respecto al año 2005.

## 3. Embarazo adolescente

En el CHPR la proporción de niños nacidos de mujeres de entre 10 y 19 años es 26 %, 10 puntos porcentuales por encima del promedio nacional (16%). Esta realidad —teniendo en cuenta las puntualizaciones realizadas anteriormente sobre el perfil de la

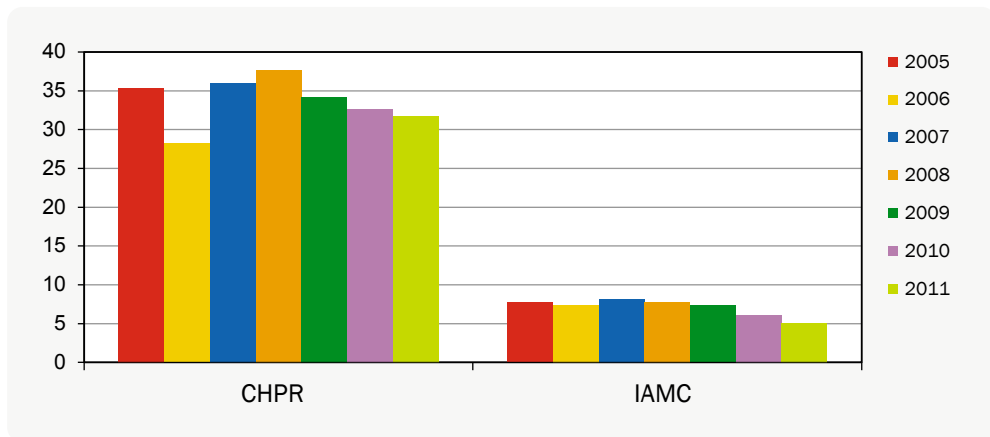
Gráfico 5.9. Controles prenatales (%) CHPR e IAMC. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell; IAMC: CASMU, Hptal Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hptal Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA

Gráfico 5.10. Porcentaje de embarazos con menos de 6 controles CHPR e IAMC. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

Nota: CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell; IAMC: CASMU, Hptal Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hptal Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA

población atendida en este centro hospitalario— está en consonancia con los valores observados de la tasa fecundidad en cuanto a su evolución diferencial según estrato socioeconómico.

## Desigualdades territoriales

### 1. Captación de los embarazos

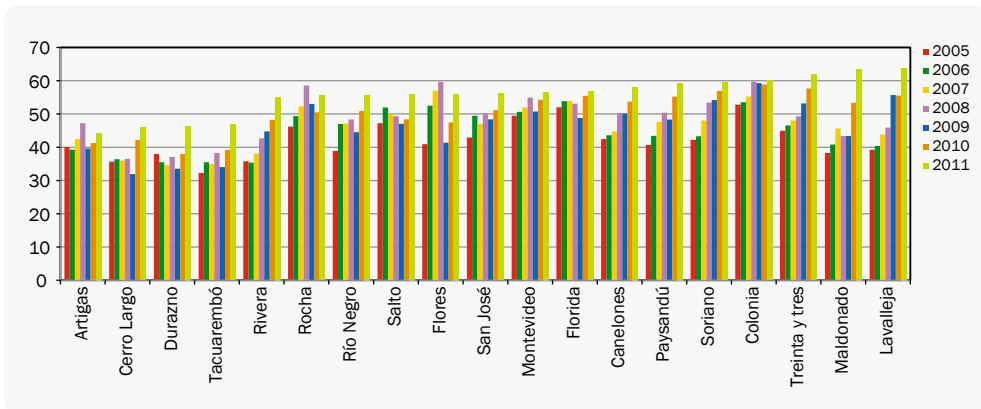
El análisis territorial aporta información en relación al grado de implementación de las políticas de atención a la embarazada definidas por el MSP.



La información disponible permite una apertura a nivel de departamentos. Con estos datos, es posible obtener primeras conclusiones en relación a las diferencias territoriales en cuanto a la captación de embarazo por trimestre de gestación. Como ya se ha analizado, a nivel nacional la captación en el primer trimestre para el año 2011 es del 56,38%. Al ordenar los departamentos de acuerdo al año 2011, aquellos por encima de la media nacional se ubican de Montevideo en adelante. Los más exitosos en la captación temprana son Lavalleja y Maldonado con 63,86% y 63,48% respectivamente y aquellos con valores más bajos son Artigas y Cerro Largo con 44,33% y 45,98 respectivamente.

En Lavalleja para el año 2011, la captación temprana ha mejorado sensiblemente ubicándose 23 puntos porcentuales por encima de su valor en 2005. Una situación similar experimenta Maldonado. Para Montevideo en cambio, el indicador ha manifestado pequeñas variaciones captando en 2011 a más de la mitad de los embarazos en el primer trimestre. (Gráfico 5.11).

Gráfico 5.11. Porcentaje de embarazos captados en el primer trimestre de gestación por departamento. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología  
\*ordenados según año 2011

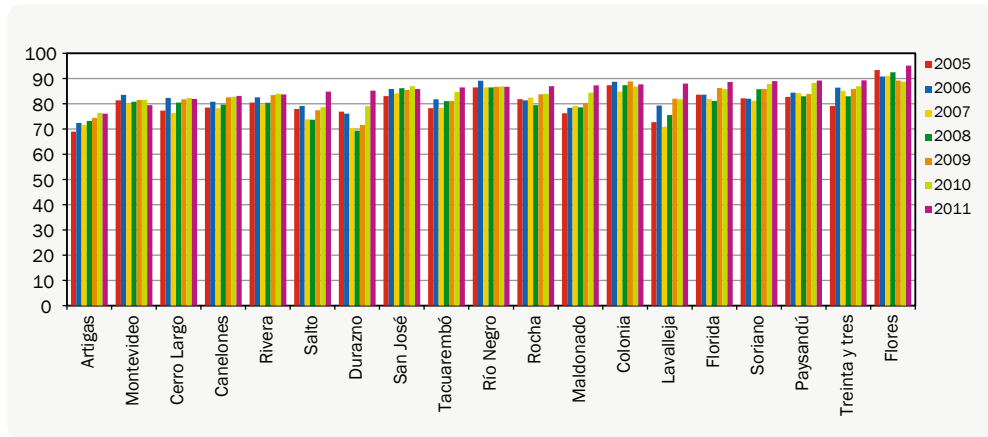
## 2. Cantidad de controles

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

A diferencia de lo observado en la captación del embarazo, no hay a lo largo de los años analizados un incremento en el porcen-

taje de controles en los departamentos que ya son exitosos. Esto se debe a que resulta cada vez más difícil mejorar este desempeño cuando el indicador alcanza en la mayoría de los departamentos un guarismo que oscila entre el 85 y el 90%. Los registros para el año 2011 de Montevideo y Artigas, mantienen leves diferencias con el resto de los departamentos. (Gráfico 5.12).

Gráfico 5.12. Porcentaje de embarazos con 6 y más controles por departamento. 2005 - 2011



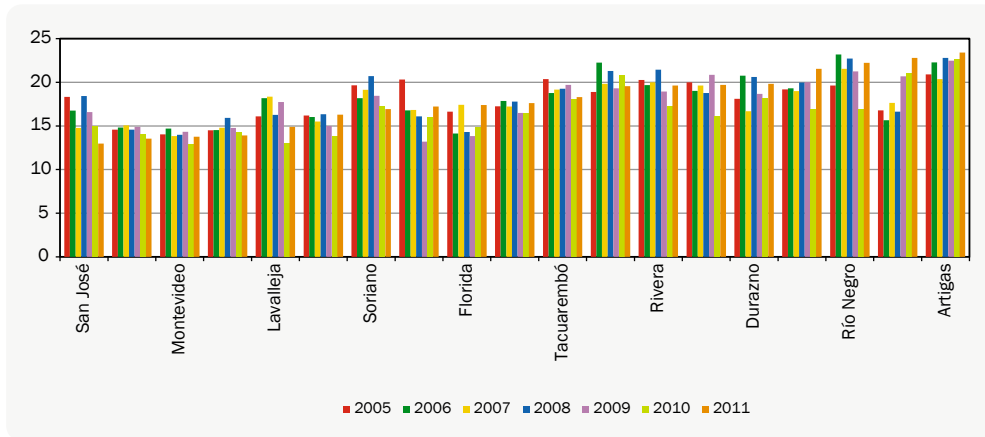
Fuente: MSP, Base de Datos de Certificado de Nacido Vivo. Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología

\*ordenados según año 2011

### 3. Embarazo adolescente

En términos generales, la situación en el período 2005 a 2011 no ha tenido grandes oscilaciones. Los departamentos con mayor proporción de nacimientos de madres adolescentes son: Artigas y Treinta y Tres con casi un cuarto del total de nacimientos. En ambos departamentos la situación ha empeorado respecto a 2005. En el otro extremo, los departamentos con menor proporción de madres adolescentes son San José, Canelones y Montevideo, ubicándose en torno del 13%. (Gráfico 5.13).

Gráfico 5.13. Proporción de embarazos en madres adolescentes en el total de nacimientos por departamento. 2005 - 2011



Fuente: MSP, Unidad de Información Nacional en Salud – División Epidemiología  
\*ordenados según año 2011





# Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES	
Meta Mundial 7A	Meta Nacional 7A
Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	Detener y comenzar a revertir la tendencia a la expansión del VIH/SIDA.

## Situación actual y tendencias

La epidemia del VIH/ SIDA en Uruguay mantiene una prevalencia menor al 1% en la población total pero presenta un patrón concentrado del orden del 5% en poblaciones específicas con mayor vulnerabilidad y dificultad de acceso a la información y atención.<sup>32</sup> (Gráfico 6.1).

La evolución del VIH ha mostrado una tendencia creciente, desde 1983, fecha en que se registró en nuestro país el primer caso de VIH, a noviembre de 2012 se notificaron 11.492 infectados.<sup>33</sup> En los últimos 4 años, se registraron en promedio 844 casos anuales y en 2011 cada 100.000 habitantes, 28,5 se encontraban infectados.

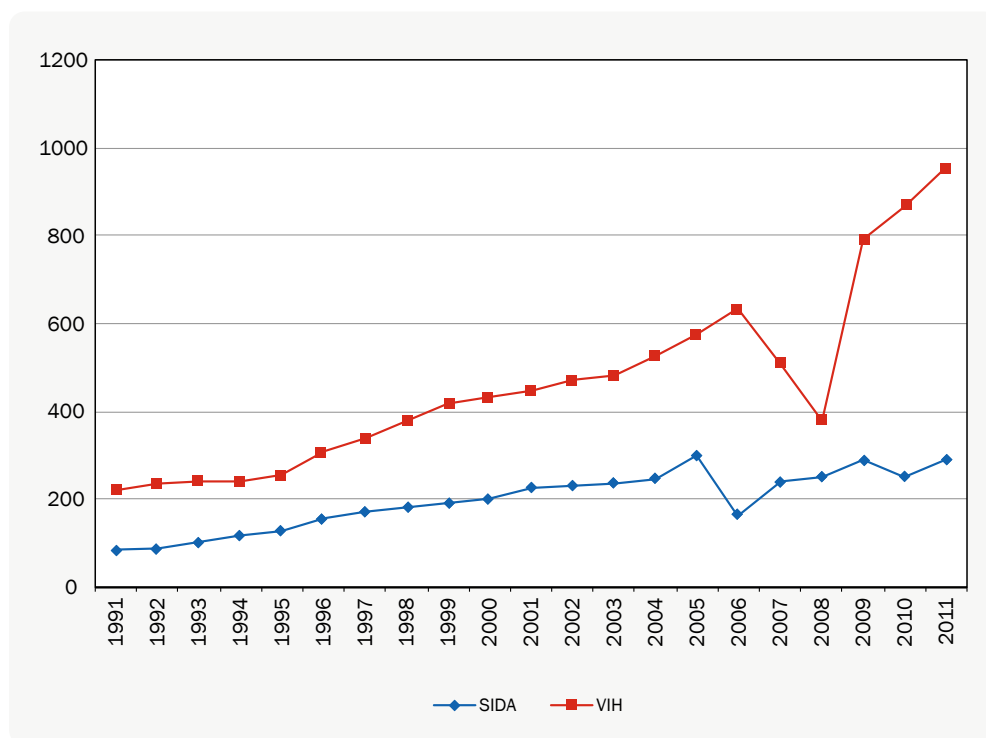
Si se comparan las tasas de notificación de la infección entre 1991 y 2011 se visualiza cómo la misma se ha cuadruplicado. Este fenómeno podría explicarse por el retraso en el pasaje hacia el estadio SIDA dado por las mejoras en el tratamiento terapéutico, la mayor adherencia al mismo, así como por la mayor oferta de la prueba.

La evolución de los casos de SIDA si bien presenta una tendencia creciente lo hace con una menor pendiente que en el caso del VIH, estabilizándose en los últimos años. Desde 2007 a 2011 se han notificado en promedio 265 casos anuales. Para el año 2011, 8,6 personas fueron notificadas con SIDA cada 100.000 habitantes.

32 MSP, marzo 2012 "Informe de Progreso Global sobre Sida 2012: Seguimiento de la Declaración sobre VIH-SIDA de 2011 Uruguay" pág. 43.

33 MSP, diciembre 2012 "Informe nacional de la situación nacional de VIH-SIDA" pág 3.

Gráfico 6.1. Número de casos de VIH-SIDA. Total país. 1991 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de "Informe de la situación nacional del VIH-SIDA" MSP, DEVISA. (Diciembre 2011 y Julio 2012)

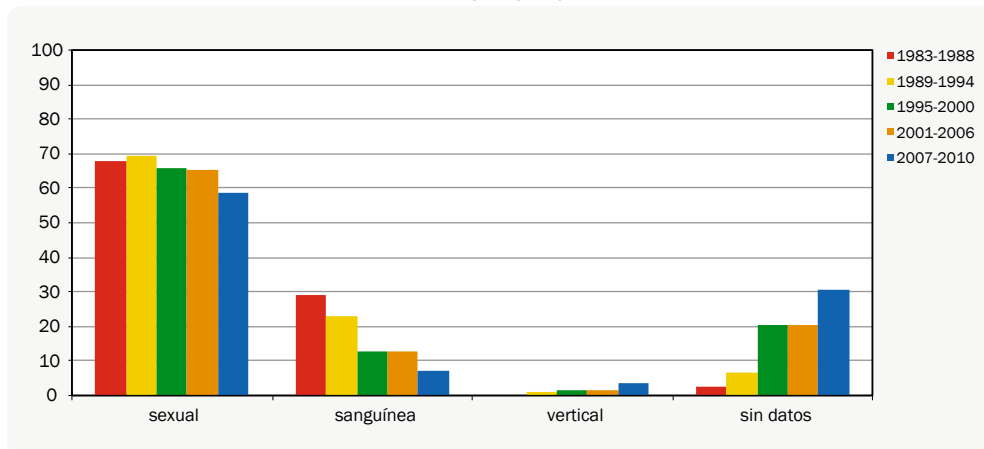
No obstante, según el Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012 existe un subregistro de notificación de SIDA del 30% porque, si bien la notificación de VIH y SIDA se realiza por separado, la mayor parte de los mismos se hace bajo VIH. A esto se suma el hecho de que existe una elevada proporción de diagnósticos tardíos del orden del 40%–45% por lo que la cifra de personas viviendo con VIH-SIDA sería aún mayor.<sup>34</sup>

La **mortalidad por SIDA** ha presentado un aumento sostenido, hasta el año 2005 donde se ha estabilizado. En los últimos 5 años el promedio anual de fallecidos ha sido de 163 personas.

Lamentablemente, existe un significativo subregistro sobre las vías de transmisión porque algunas instituciones de salud omiten completar el formulario ante un resultado confirmatorio positivo. Buscando dar un mejor seguimiento a la epidemia y mejorar la calidad de los datos, durante el año 2010, DEVISA que tiene a cargo la vigilancia epidemiológica de VIH, junto con el Programa Nacional ITS-VIH Sida (ambos bajo la órbita del

34 MSP, marzo 2012 "Informe de Progreso Global sobre Sida 2012: Seguimiento de la Declaración sobre VIH-SIDA de 2011 Uruguay" pág. 44.

Gráfico 6.2. Mecanismos de transmisión de VIH por quinquenios. 1983 – 2009



Fuente: MSP, DEVISA. Elaborado a partir del "Informe de la Situación nacional del VIH-SIDA" Dic. 2011

MSP) trabajaron juntos en la elaboración de nuevos formularios de notificación de adultos y niños además de implementarse un sistema de notificación en línea.

A partir de estas medidas, se observa una disminución de los porcentajes sin dato. A junio de 2012 la vía de transmisión estaba ausente en el 39% de las notificaciones frente a un 52% en el año 2010<sup>35</sup>.

Por tanto, según la información registrada disponible, la vía de transmisión predominante ha sido la sexual, aunque habría experimentado una tendencia descendente cayendo 10 puntos porcentuales, ubicándose en el 58,7%. Siempre según lo registrado, el mecanismo de contagio sanguíneo es el que habría sufrido su mayor descenso pasando de 29,2% al 7,1%. En ello ha influido 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. (Gráfico 6.2).

Si se restringe el análisis a los casos con vía de transmisión reportada la distribución de las vías de transmisión es la siguiente para el período 2007–2010: 85% sexual, 10% sanguínea y 5% materno–infantil. (Tabla 6.1).

La transmisión vertical del virus (madre/hijo) presenta una muy baja incidencia dentro de los posibles mecanismos de contagio sin embargo, "es por lejos la principal vía de transmisión del VIH en niños a nivel mundial, regional y en nuestro país."<sup>36</sup>

Dado que aún no se cuenta con el dato de las embarazadas

35 MSP, DEVISA. Elaborado a partir del "Informe de la Situación nacional del VIH-SIDA" Dic. 2012

36 MSP, "Informe de la situación nacional del VIH-SIDA" Dic. 2011.



Tabla 6.1.

Mecanismo de transmisión de VIH por vía VERTICAL (madre-hijo)			
Año	Nacidos vivos	Infectados	Tasa de infección VIH / 10.000 nacidos vivos
2005	47150	11	1,91
2006	47236	5	1,91
2007	47372	5	1,48
2008	47428	4	1,27
2009	47152	9	0,85
2010	47200	5	0,85
2011	46966	10	2,13

Fuente: MSP, DEVISA. Elaborado a partir del "Informe de la Situación nacional del VIH-SIDA" Dic. 2012

VIH positivas que se asisten a todos los centros de salud del país, no es posible calcular la tasa de transmisión vertical. Para realizar una aproximación al monitoreo de la misma se calculan los infectados por 10.000 nacidos vivos y con los datos brindados desde la policlínica de infectología del CHPR, la tasa de transmisión vertical.<sup>37</sup>

En el período comprendido entre 2005 y 2011 el rango de niños infectados ha oscilado entre 4 y 11. En 2011 la tasa de infección cada 10.000 nacidos vivos alcanzó el guarismo más alto del período (2,13), lo que puede vincularse con el comienzo de la búsqueda activa de casos. Los esfuerzos deben centrarse en la captación temprana del embarazo y la institucionalización de los partos como mecanismos a promover para evitar nuevos casos de niños infectados.

En cuanto a las **poblaciones más vulnerables**, como ya fue mencionado, en Uruguay la epidemia del VIH/SIDA es de alta prevalencia (superior al 5%) en poblaciones específicas.

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

Dentro del universo de poblaciones más vulnerables, los más expuestos son los trabajadores sexuales masculinos, transexuales y los usuarios de drogas inyectables: Los trabajadores sexuales masculinos y transexuales presentan una prevalencia de la infección de VIH del orden del 19,3%.<sup>38</sup> Si se analizan en forma se-

37 Idem.

38 MSP, marzo 2012 "Informe de Progreso Global sobre Sida 2012: Seguimiento de la Declaración sobre VIH-SIDA de 2011 Uruguay" pág. 48.

parada la población transexual posee una tasa de infección casi cuatro veces mayor a la de los trabajadores sexuales masculinos. De acuerdo a estudios que datan de 2004, los usuarios de drogas inyectables reportan una prevalencia de 18,5%. Igualmente, en los últimos años ha habido un cambio en el patrón de consumo de drogas inyectables hacia drogas inhaladas, lo cual ha determinado un cambio en la incidencia de la enfermedad sobre esta población.

La prevalencia es menor en otras poblaciones vulnerables. Un caso amerita particular atención es la población privada de libertad masculina. Se estima que un 5,5% está infectada y que existe en dicha población coinfección por tuberculosis y VIH 50 veces mayor a la población en general.<sup>39</sup>

## Una mirada a las desigualdades

El análisis territorial, por género, edad y tipo de población afectada permite visualizar ciertas desigualdades.

### Desigualdades territoriales

La epidemia de VIH/ SIDA afecta mayoritariamente a las poblaciones urbanas. Las mayores tasas de detección de la misma se concentran en la capital del país, con el 75% de los casos. Para el quinquenio 2005–2009 la prevalencia de VIH se triplicó respecto al quinquenio 1990–1994, con una cifra de 186 casos cada 100.000 habitantes. (Gráfico 6.3).

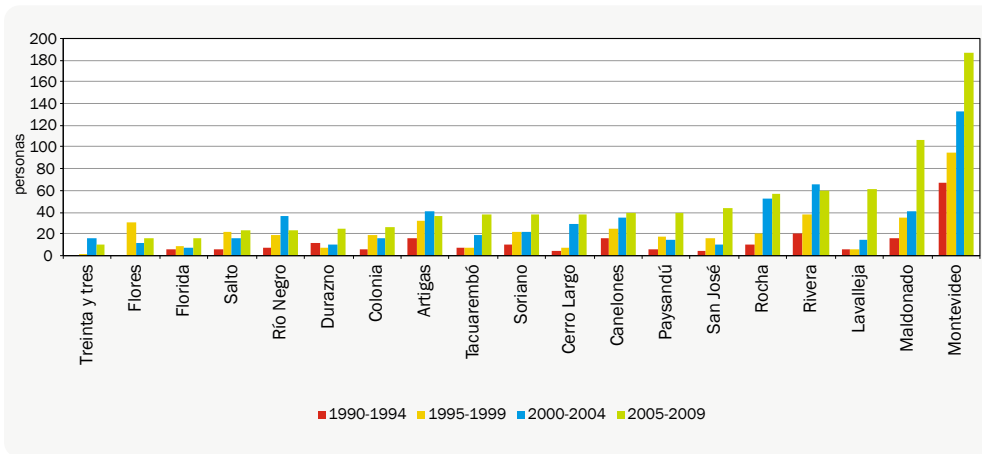
Si bien Montevideo alberga la mayor cantidad de casos, los departamentos de Maldonado, Lavalleja, Rivera y Rocha le siguen en la tasa de infección cada 100.000 habitantes. Hay aspectos sociales, culturales y de turismo que influyen en esta territorialidad. Por otro lado, Treinta y Tres, es el departamento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

Los departamentos con mayor tasa de mortalidad por SIDA son Montevideo, Florida, Cerro Largo y Canelones. La presencia de Florida como uno de los departamentos con mayor reporte de fallecidos por SIDA se debe a que este departamento cuenta “con un centro de internación para Sida y enfermos terminales, único en nuestro país, al que confluyen pacientes de todo el interior y de Montevideo sin contar el dato real de residencia.”<sup>40</sup>

39 Idem, pág.52.

40 MSP, diciembre 2012 “Informe nacional de la situación nacional de VIH–SIDA” pág 10.

Gráfico 6.3. Prevalencia de VIH cada 100 mil hab. por departamento por quinquenio



Fuente: Elaborado a partir de "Informe de la situación nacional del VIH-SIDA" MSP, DEVISA. (Diciembre 2011).

\* ordenados según quinquenio 2005-2009

### Desigualdades de género

Si bien el 65,5% de los casos corresponden a población masculina y el 34% a población femenina, desde mediados de la década de los 90 se ha dado una creciente disminución de esta relación. En el año 1995 por cada caso femenino notificado a DEVISA, se notificaban 3,21 casos del sexo masculino. A partir del año 1996 el coeficiente comenzó a descender con pequeñas oscilaciones, registrando para el año 2011 un caso femenino por cada 1,5 casos masculinos.

Debe tenerse en cuenta que existe una mayor oferta de servicios para el diagnóstico de VIH a la población femenina a partir de los programas implementados para las embarazadas desde 1998. Por lo que, para un análisis más exhaustivo, habría que comparar la población femenina en general con la población femenina embarazada; no obstante, a pesar de este sesgo, existe un aumento de la enfermedad en las mujeres. (Gráfico 6.4).

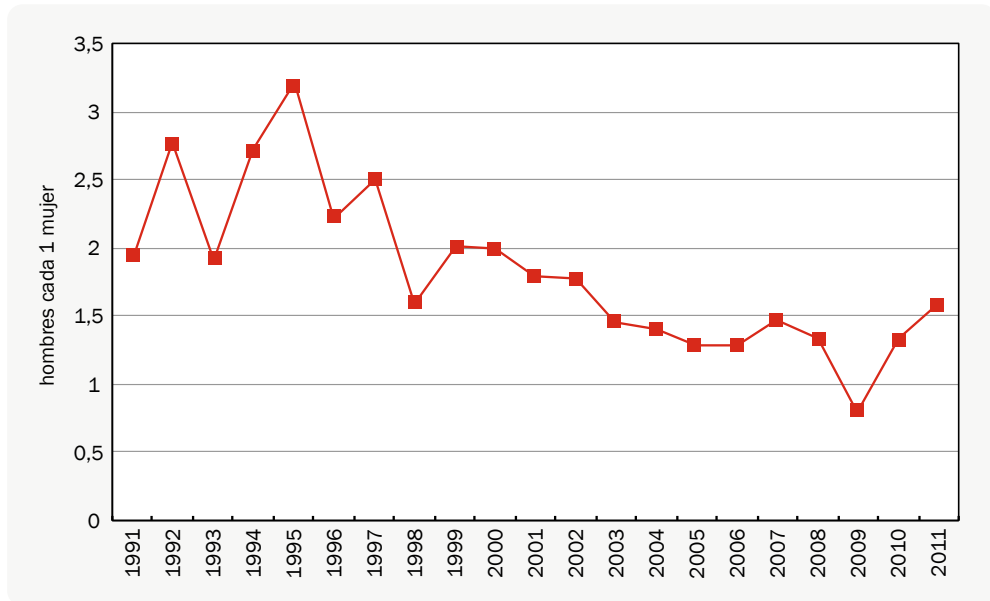
La relación hombre-mujer en el caso del SIDA es superior al VIH, registrándose 2,5 hombres infectados por cada mujer en el año 2011.

La mortalidad por SIDA es fuertemente mayor para los hombres. En 2011, de los 177 fallecimientos reportados por dicha causa, el 76% correspondía al sexo masculino y sólo el 24% al femenino. (Gráfico 6.5).

### Desigualdades intergeneracionales

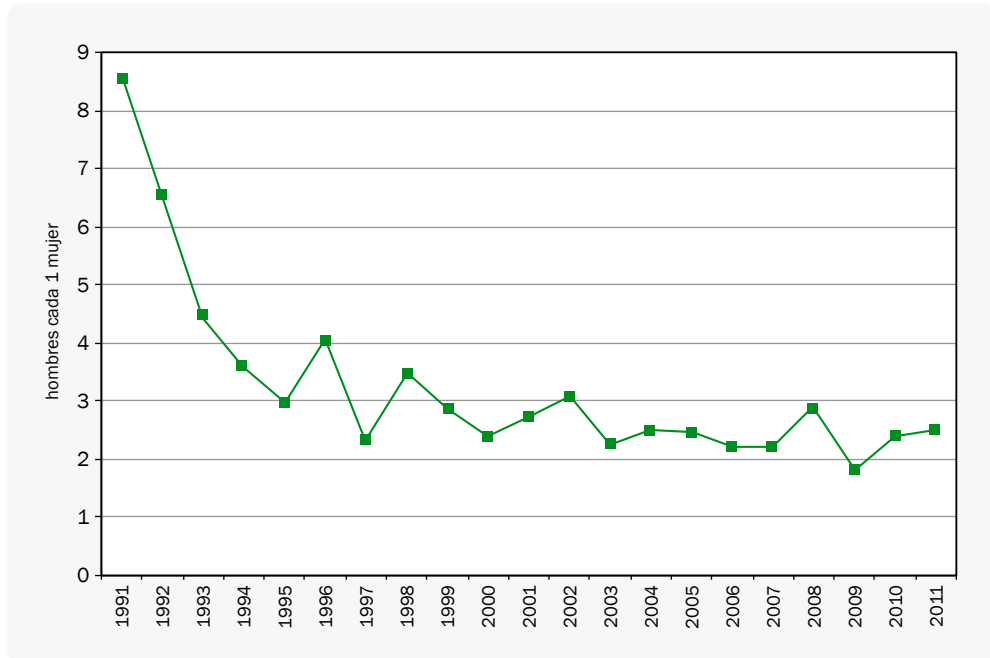
De acuerdo a los datos suministrados por el MSP la edad me-

Gráfico 6.4. Relación Hombre Mujer- VIH. 1991-2011



Fuente: Elaborado a partir de "Informe de la situación nacional del VIH-SIDA" MSP, DEVISA. (Julio 2012)

Gráfico 6.5. Relación Hombre Mujer-SIDA. 1991-2011



Fuente: Elaborado a partir de "Informe de la situación nacional del VIH-SIDA" MSP, DEVISA. (Julio 2012)

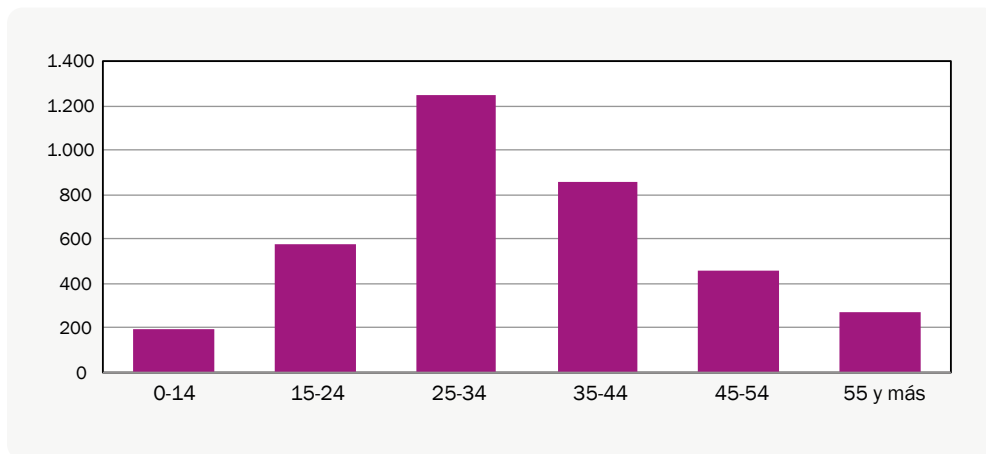
dia en que se contrae VIH es de 33 años y de 38 para el caso de SIDA<sup>41</sup> lo que evidencia que se trata de una enfermedad que afecta a los adultos jóvenes.

Al analizar el período 2005–2010, la mayor proporción de personas infectadas se da en el tramo de 25 a 34 años, seguida en frecuencia por el tramo de 35 a 44.

Para el año 2012, continua el predominio de casos en el tramo de 25 a 34 años, con fuerte presencia masculina. La única franja en que la frecuencia de casos femenina es mayor a la masculina es la comprendida entre los 15 a 24 años. Esto puede atribuirse a que las mujeres entran en contacto con el testeo de VIH a través del control del embarazo por lo que la edad de diagnóstico es más temprana en comparación con los hombres.

En el caso del SIDA, la franja etaria con mayor predominio es más tardía comparativamente con el VIH, ubicándose en el tramo de 35 a 44 años. Con respecto a los fallecidos por SIDA, el promedio de edad para el año 2011 fue de 43 años. (Gráfico 6.6).

Gráfico 6.6. Número de casos de VIH por edad. Período 1º enero 2005 – 31 de julio 2010



Fuente: Elaborado a partir de "Informe Epidemiológico VIH-SIDA." Dic. 2010

41 MSP, marzo 2012 "Informe de Progreso Global sobre Sida 2012: Seguimiento de la Declaración sobre VIH-SIDA de 2011 Uruguay" pág. 45.

<b>ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES</b>	
<b>Meta Mundial 7B</b>	<b>Meta Nacional 7B</b>
Alcanzar a 2010 acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.	Alcanzar a 2010 acceso universal al tratamiento para VIH/SIDA para todos aquellos que lo necesiten.

Uno de los problemas que plantea el VIH es su variabilidad genética. La capacidad de mutar que presenta el virus tiene implicancias directas en la posibilidad de conducir en forma exitosa los tratamientos antirretrovirales (TARV).<sup>42</sup>

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 las drogas antirretrovirales.

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 antirretroviral.<sup>43</sup>

En el CHPR, se reportan 8 de cada 10 embarazadas seropositivas, de ellas, el 95% reciben tratamiento ARV para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil. Para el año 2010, el porcentaje estimado de infecciones infantiles por VIH transmitidas durante el parto se sitúa en el 6,6%.

La cantidad de adultos en tratamiento ARV asciende a 2513 personas de las cuales el 62% asiste al sistema de salud privado y el 38% al público. Los niños bajo tratamiento se contabilizan en 97 siendo más del 90% asistido en el sector público. (Tabla 6.2).

42 MSP, marzo 2012 “Informe de Progreso Global sobre Sida 2012: Seguimiento de la Declaración sobre VIH-SIDA de 2011 Uruguay” pág.70

43 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.

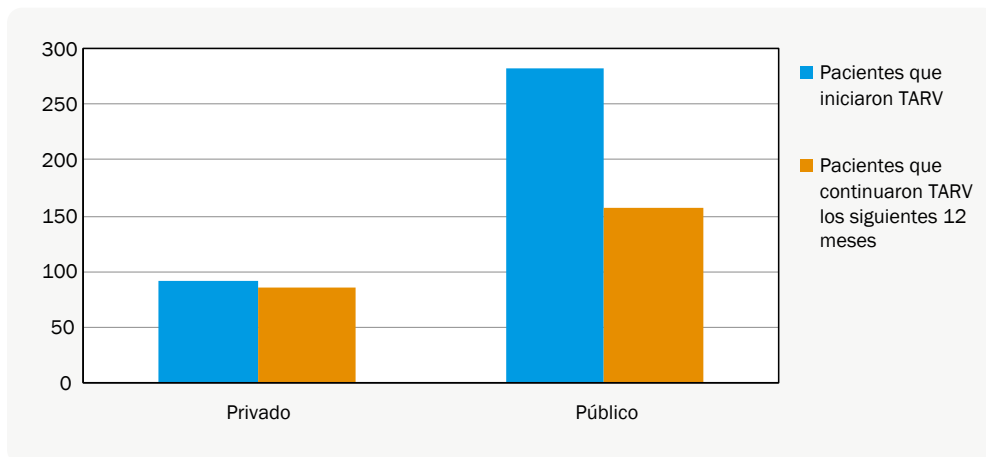
Tabla 6.2

Número de pacientes en TARV según sector de salud			
Sector de salud	Adultos en TARV	Niños en TARV	Total
Privado	964	8	972
Público	1597	89	1686
Total	2513	97	2658

Fuente: MSP, DEVISA. Elaborado a partir del "Informe de la Situación nacional del VIH-SIDA" Dic. 2012

Otro indicador importante es la adherencia al tratamiento ARV, porque da luz acerca de su efectividad. En promedio, para el año 2010, el 65% de los pacientes que inician el tratamiento lo continúan por los siguientes 12 meses. Pero esa cifra oculta desigualdades según el sector de salud del que se trate. Para el caso del sector privado solamente el 5% de los pacientes abandonó el tratamiento frente a un 45% que lo hace en el sector público.<sup>44</sup> (Gráfico 6.7).

Gráfico 6.7. Tratamiento antirretroviral según subsector de salud . Año 2010



Fuente: MSP, DEVISA. Elaborado a partir del "Informe de la Situación nacional del VIH-SIDA" Dic. 2012

44 MSP, marzo 2012 "Informe de Progreso Global sobre Sida 2012: Seguimiento de la Declaración sobre VIH-SIDA de 2011 Uruguay" pág.34

ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES	
Meta Mundial 8	Meta Nacional 8
Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	Detener y comenzar a revertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.

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<sup>45</sup>.

Los mismos fueron definidos teniendo en cuenta que los registros de salud indican la ausencia, desde hace ya unos cuantos años, de casos de otras 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.

### Tuberculosis

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 del noventa el ritmo de descenso se enlentece. En los últimos años, la enfermedad ha experimentado una tendencia al ascenso, sufriendo un aumento muy marcado para el año 2011 con un registro de 806 casos lo que representa un tasa de 23,9 cada 100.000 habitantes.

“La actual tasa de incidencia registrada coloca a nuestro país en una etapa de control de la endemia, aún lejos de nuestro obje-

45 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). ODM, Uruguay 2004, Informe País. Presidencia de la República, 2005.



Tabla 6.3

Casos anuales de tuberculosis	
Período 1990-2011	
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
2006	568
2007	623
2008	711
2009	712
2010	692
2011	806

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

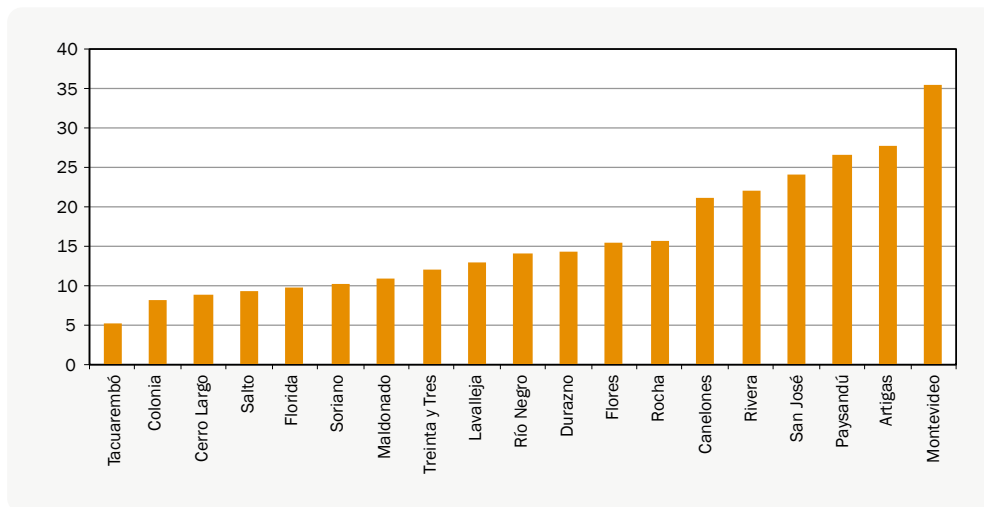
tivo: la eliminación de TB como problema sanitario. Ésta última se define por una incidencia de menos de 5 casos por 100 mil habitantes en forma mantenida durante por lo menos 3 años. Para nuestro país ello representaría aproximadamente 150–160 casos, o sea cerca de cinco veces menos que la cifra actual.<sup>46</sup>

Al analizar la incidencia de la enfermedad por departamento, Montevideo es el que presenta la tasa de infección más alta, de 35,49 (474 casos) por cada 100 mil habitantes. A pesar de la distancia que separa a Montevideo en número de casos frente al resto de los departamentos, Artigas, Paysandú y San José también presentan tasas de infección por encima de la media nacional que es del orden de 23,9 por cada 100 mil habitantes. (Gráfico 6.8).

Las poblaciones más vulnerables frente a la enfermedad son los portadores de VIH-SIDA, la población privada de libertad,

46 Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: *Informe epidemiológico Año 2011*, pág. 7.

Gráfico 6.8. Tasa de tuberculosis por departamento. Año 2011



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Informe epidemiológico Año 2011

los usuarios de drogas especialmente pasta base de cocaína y las personas que viven con pacientes tuberculosos. (Tabla 6.8).

La tuberculosis se ubica entre las principales enfermedades oportunistas en personas con VIH. En el año 2011, el 17% de los pacientes infectados por VIH estaban infectados por TB y la letalidad de TB es del orden del 40% en personas con VIH. La incidencia de VIH 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.<sup>47</sup> (Gráfico 6.9).

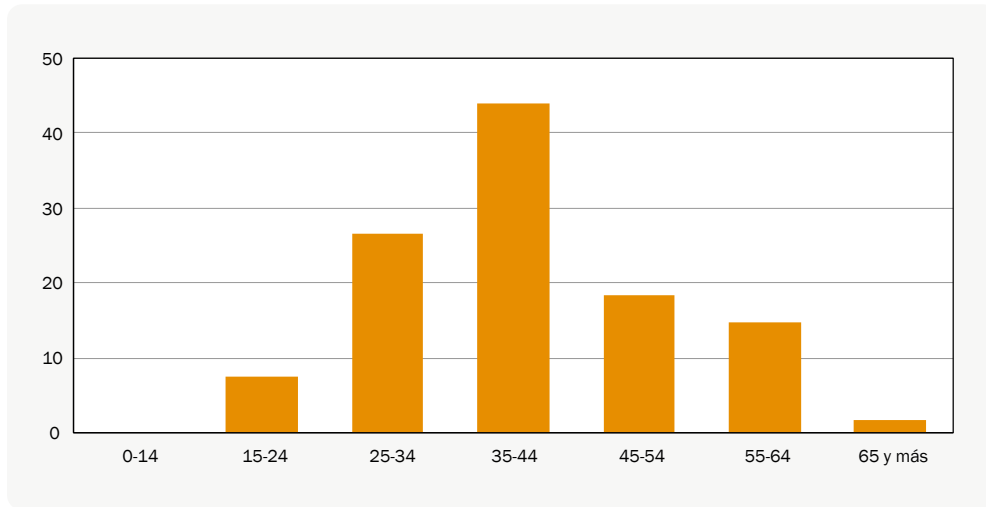
La evolución de la enfermedad en el caso de las personas privadas de libertad ha sido fuertemente creciente. Desde el año 2000 al 2011 ha tenido un incremento del 64% pasando de 12 a 64 casos. Igualmente las cifras han experimentado un leve descenso respecto al bienio 2008–2009 donde en promedio se presentaron 83 casos. (Gráfico 6.10).

Los consumidores de drogas sobre todo pasta base de cocaína presentan el problema de abandono o poca adherencia lo que repercute negativamente en el alcance del tratamiento. El 31,9% de los pacientes atendidos en el Hospital Saint Bois son consumidores de pasta base.

Por último, los contactos de pacientes tuberculosos continúan conformando un grupo de riesgo de importante partici-

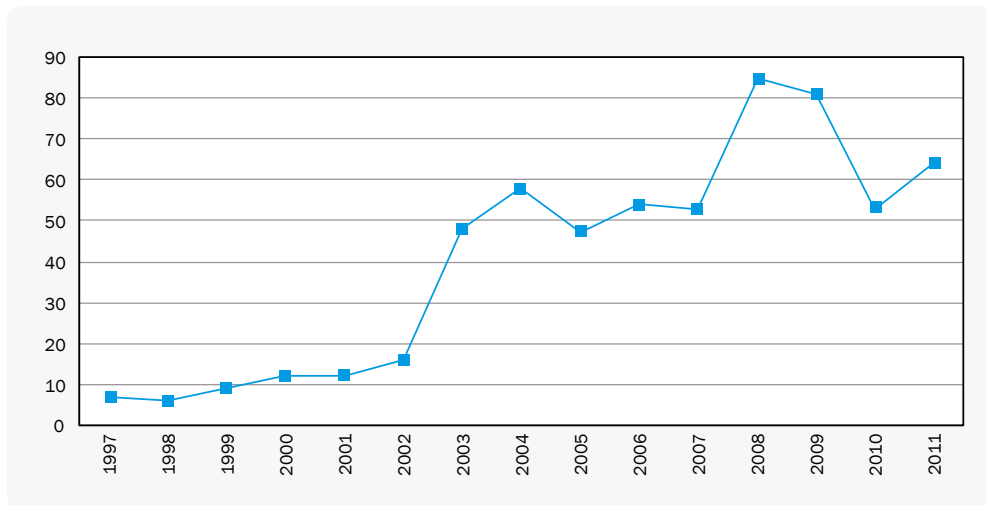
47 Organización Panamericana de la Salud, "El control de la Tuberculosis en Uruguay", 2007

Gráfico 6.9. Proporción de coinfección Tuberculosis-VIH por tramos de edad. Año 2011



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Informe epidemiológico Año 2011

Gráfico 6.10. Número de casos de tuberculosis en establecimientos de reclusión. 1997 - 2011



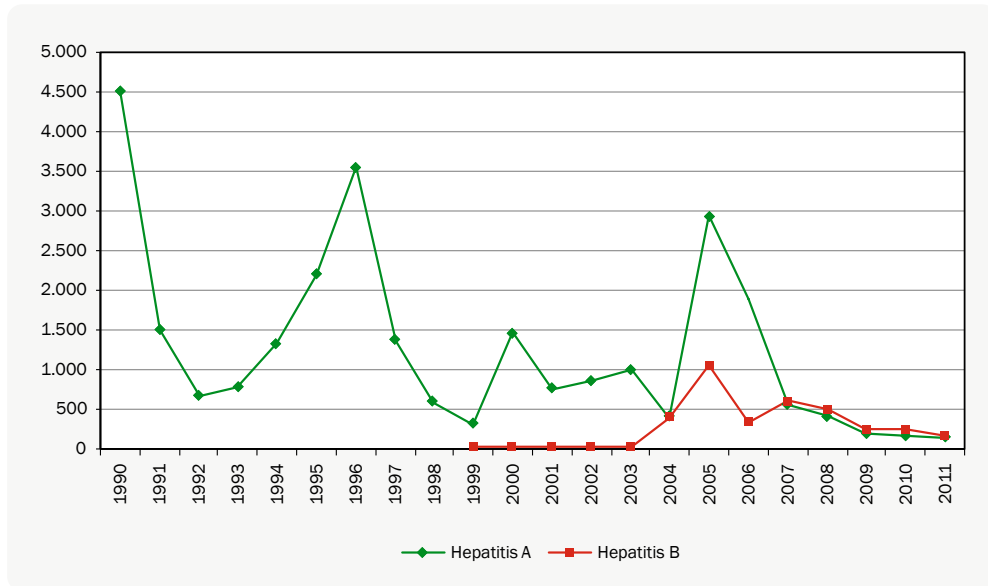
Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Informe epidemiológico Año 2011

pación en la incidencia de TB, aunque por debajo de la infección VIH y las personas privadas de libertad.

### Hepatitis

La hepatitis es una enfermedad endémica en Uruguay que ha presentado cifras importantes en el período en estudio con picos altos en algunos años. No obstante, como resultado de las políticas aplicadas en materia de prevención, los registros del último

Gráfico 6.11. Casos anuales de hepatitis A y B 1990 - 2011



Fuente: MSP, DEVISA

quinquenio presentan una caída sustancial para ambos tipos de hepatitis. (Gráfico 6.11).

### Quiste hidático

El programa de Control de Hidatidosis se encuentra en la órbita de la Comisión Nacional de Zoonosis y ha comenzado a aplicar un nuevo plan estratégico con un abordaje integral en la interfase humano-animal-ambiente. Entre las estrategias aplicadas se destaca: actividades educativas para la comunidad, esterilización quirúrgica de la población canina, dosificación canina con anti-parasitario y tamizaje (*screening*) ecográfico.<sup>48</sup>

En lo que refiere al número de personas operadas de quiste hidático, la información disponible para los años 1993-2010 muestra una importante disminución respecto a los valores de principios de los noventa. 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.

48 Revista Comisión Nacional de Zoonosis, N° 2 "Estrategias para la vigilancia control y prevención de la equinocosis quística" Dras. Pilar Irabedra y Susana Elola.

Según estudios recientes realizados por la Comisión Nacional de Zoonosis, a nivel humano a través del screening ecográfico en áreas de riesgo se detectan niveles de prevalencia de imágenes quísticas del orden del 1 al 2%<sup>49</sup>. El número de personas operadas anualmente oscila entre 150 y 200. La prevalencia de la enfermedad es mayor en los departamentos donde se realiza la cría de ovejas, debido a que los bofes y el hígado infectado de estos animales son consumidos por los perros. Luego, se produce la contaminación de las pasturas, y en forma accidental, del ser humano.

De acuerdo a información de la Comisión Nacional de Zoonosis se han realizado en los últimos 4 años más de 100.000 castraciones y 100.000 ecografías. (Tabla 6.4).

Tabla 6.4. Total de personas operadas de quiste hidático

Total país	
Año	Total operados
1993	367
1994	327
1995	293
1996	282
1997	212
1998	266
1999	243
2000	197
2001	194
2002	139
2003 a 2009	s/d
2010	170

Fuente: Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis

49 Revista Comisión Nacional de Zoonosis nro 2 "Estrategias para la vigilancia control y prevención de la equinococosis quística" Dras. Pilar Irabedra y Susana Elola.





# Garantizar la sustentabilidad ambiental

ODM 7: GARANTIZAR LA SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL	
Meta Mundial 9A	Meta Nacional 9A
Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

A continuación se examina la incorporación de los principios del desarrollo sostenible en las políticas públicas y los cambios ocurridos en el período en relación con aspectos ambientales estratégicos a escala mundial tales como la matriz energética, la emisión y remoción de gases de efecto invernadero y el uso de sustancias que afectan la capa de ozono.

## La matriz energética y las energías renovables

La Política Energética Nacional establecida para el período 2005–2030 tiene como objetivo central la satisfacción de todas las necesidades energéticas nacionales, a costos que resulten adecuados para todos los sectores sociales y que aporten competitividad al país, promoviendo hábitos saludables de consumo energético, procurando la independencia energética del país en un marco de integración regional, mediante políticas sustentables tanto desde el punto de vista económico como medioambiental.<sup>50</sup>

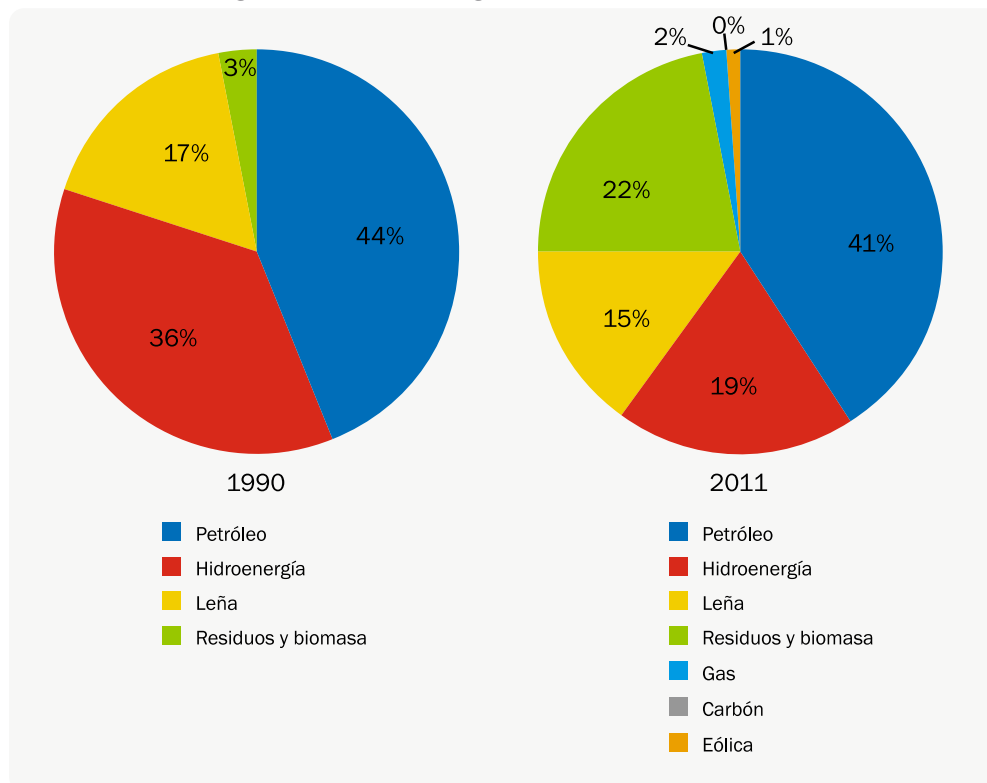
En los últimos años se ha trabajado en la generación de una mayor soberanía energética, intentando depender en mayor medida de nuestros propios recursos energéticos y en menor medida del clima.

El examen de la evolución de la matriz energética del país desde 1990 permite observar cambios relevantes entre 1990 y 2011 que se han traducido en una mayor diversificación. En este proceso se esperan mayores avances en términos de diversificación como resultado de las políticas implementadas en la materia.

50 MIEM– DNETN “Política energética 2005–2030”



Gráfico 7.1. Matriz energética 1990; matriz energética 2011



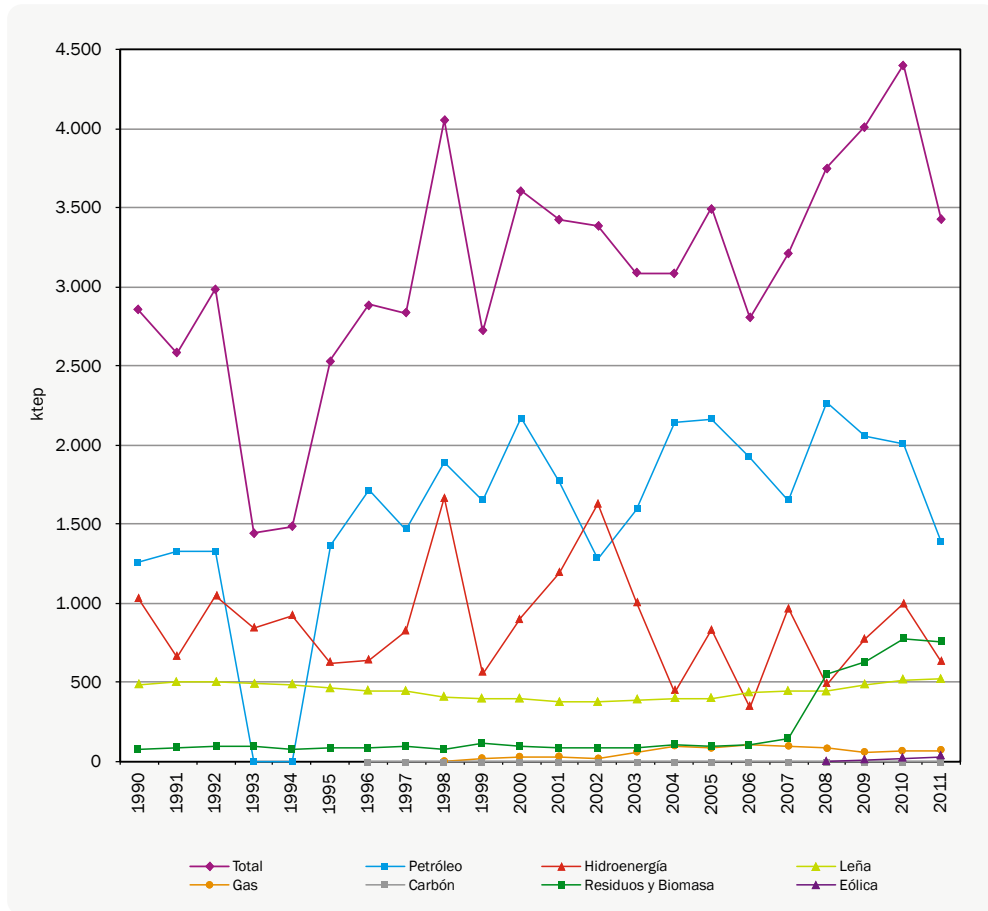
Fuente: Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM)

Como puede observarse: el petróleo sigue siendo la fuente principal pero estabilizado en volumen y con menor participación en el total; la hidroenergía mantiene su contribución pero ha perdido peso en el total; estos dos componentes principales de la matriz han pasado del 80% en 1990 al 60% en 2011; los residuos y la biomasa pasaron del 3% en 1990 al 22% en 2011 (crecimiento operado a partir del año 2008); la leña se ubica en 2011 en el 15%; aparece el gas (desde 1998) con el 2% en 2011 y la energía eólica (desde 2008) con el 1% en 2011. (Gráfico 7.1, gráfico 7.2).

Nuestro país se ha propuesto la diversificación de la matriz energética y procura aumentar la oferta de fuentes de energía renovables. Las energías renovables que nuestro país utiliza son: biocombustibles, biomasa, hidráulica, solar y eólica.

Los biocombustibles más utilizados en nuestro país son el etanol y el biodiesel. El etanol se obtiene principalmente a partir de la caña de azúcar y el biodiesel a partir de aceites vegetales como el girasol y la soja. A partir de 2009 el biodiesel y el etanol se mezclan en todos los combustibles que se comercializan en nuestro país.

Gráfico 7.2. Principales fuentes de energía (oferta bruta) en ktep. 1990-2011



FUENTE: Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM)

Existen en la actualidad grandes emprendimientos que utilizan materia prima proveniente de biomasa para la generación de energía eléctrica, ya sea en base a residuos de cáscara de arroz o desechos forestales.

El Plan Solar tiene como objetivos principales moderar el crecimiento de la demanda de energía en el Sector Residencial y desarrollar la diversificación de la oferta energética con energías renovables. Se ha elaborado mapas solares con el objetivo de tener una idea más precisa sobre el potencial de esta fuente de energía en las distintas zonas del país. Las zonas con mayor índice de radiación solar se encuentran en los departamentos de Paysandú, Salto y Artigas.

Con respecto a la energía eólica, el Programa de Energía Eólica del Uruguay tiene como objetivo explícito el desarrollo de capacidades nacionales de negocios para preparar e implementar

tecnologías eólicas con la participación del sector público y privado. A la fecha se han instalado cinco parques eólicos para generación de energía eléctrica de gran escala en Uruguay en los departamentos de Rocha, Maldonado, San José y Florida.

Otra fuente de energía a la que está apostando el país es el gas natural, que dentro de las energías no renovables es de las menos contaminantes. Su principal uso es la generación de electricidad, además del uso doméstico e industrial. Se quiere avanzar en la instalación de una planta regasificadora, que actualmente se encuentra en etapa de licitación.

### **Emisiones de gases de efecto invernadero**

El Sistema Nacional de Respuesta al Cambio Climático (SNRCC) fue creado por Decreto del Poder Ejecutivo (N° 238/009), el 20 de mayo del 2009. Constituye un ámbito de coordinación y planificación de acciones públicas y privadas necesarias para la prevención de los riesgos, la mitigación y la adaptación a la variabilidad y el cambio climático.

El Plan Nacional de Respuesta al Cambio Climático (PNRCC), aprobado y presentado por el Poder Ejecutivo el 24 de febrero 2010, es el principal instrumento del SNRCC. Es fundamentalmente un marco estratégico que identifica las líneas de acción y medidas necesarias para lograr la adaptación de la sociedad y sus principales sectores de desarrollo a los impactos derivados del cambio climático y para mitigar las emisiones de gases de efecto invernadero en el Uruguay.

Uruguay ha ampliado su condición de captor de carbono. Las emisiones de gases de efecto invernadero son superadas cada vez en mayor medida por la captación de carbono a través de la forestación. Esto hizo que Uruguay pasara de tener un nivel de emisiones de carbono similar a su captación en 1990 a tener una captación cuatro veces mayor que sus emisiones en 2004. Por tanto, nuestro país, aparece actuando como un sumidero neto de carbono, entre otros debido a la expansión que ha tenido su sector forestal.

De los componentes de emisión, los niveles más sustantivos recaen en el dióxido de carbono. Las emisiones de este gas son producto de la liberación del carbono almacenado en los combustibles fósiles durante su combustión. En nuestro país, estas actividades constituyen la fuente principal de emisiones de CO<sub>2</sub>, generadas mayormente en la combustión de petróleo y sus derivados.

El peso relativo de los demás gases de efecto invernadero es marginal. Las principales fuentes de emisiones de metano son a partir de las actividades agropecuarias, que en 2004 representaban algo más de 90% del total de dichas emisiones.

Las emisiones de óxido nitroso (N<sub>2</sub>O) son significativamente inferiores a las de los gases anteriormente mencionados, y se generan casi en su totalidad en la agricultura, particularmente en los suelos agropecuarios donde se acumula la excreta de los animales de pastoreo y se producen emisiones directas e indirectas de los fertilizantes sintéticos y cultivos.

Como resultado global, se desprende que entre 1990 y 2004, las emisiones totales nacionales expresadas en una unidad común (kton equivalentes de CO<sub>2</sub>), experimentaron una disminución de aproximadamente el 11,3%, debido principalmente a la gran absorción de CO<sub>2</sub> por parte de la biomasa leñosa y los suelos. (Tabla 7.1, gráfico 7.3).

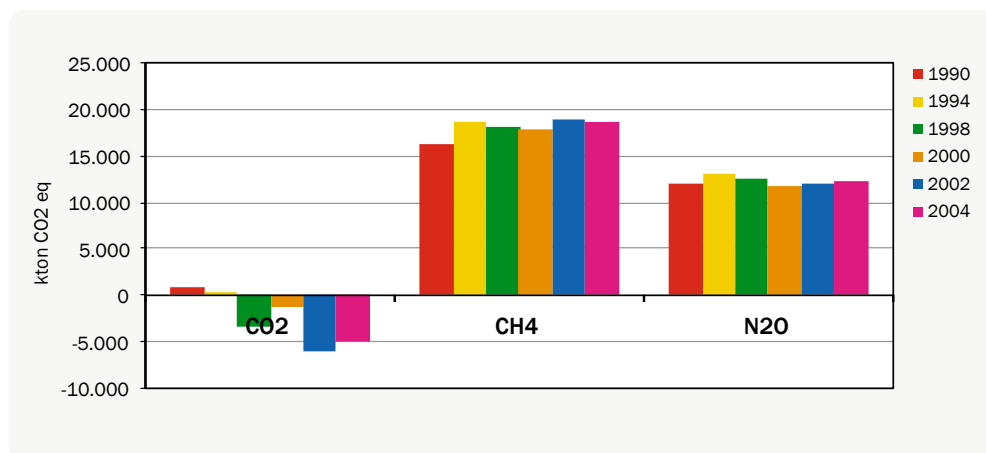
Cabe destacar que se ha desarrollado por primera vez una experiencia a nivel local en lo que refiere a la planificación para el cambio climático denominada Plan Climático Territorial de la

Tabla 7.1. Emisiones y Remociones Totales (en kton de gas)

CO <sub>2</sub>						
Categorías de Fuentes y Sumideros	1990	1994	1998	2000	2002	2004
Energía	3.607,98	3.930,39	5.384,44	5.125,92	4.064,21	5.122,62
Procesos industriales	229,95	279,11	517,93	392,29	252,59	317,19
Cambio Uso Tierra y Silvicultura	-3.047,15	-6.335,61	-7.270,22	-14.209,52	-23.473,76	-10.348,83
Totales	790,78	-2.126,10	-1.367,85	-8.691,32	-19.156,95	-4.909,02
CH <sub>4</sub>						
Categorías de Fuentes y Sumideros	1990	1994	1998	2000	2002	2004
Energía	0,71	0,70	0,89	1,06	0,73	1,40
Agricultura	573,54	631,27	648,07	587,29	623,66	821,52
Desechos	51,82	58,13	60,13	64,45	63,51	64,42
Totales	626,08	690,10	709,09	652,80	687,90	887,34
N <sub>2</sub> O						
Categorías de Fuentes y Sumideros	1990	1994	1998	2000	2002	2004
Energía	0,06	0,08	0,11	0,10	0,09	0,11
Agricultura	30,26	31,10	31,18	28,25	30,96	38,94
Desechos	0,22	0,22	0,22	0,23	0,23	
Totales	30,53	31,40	31,51	28,59	31,28	39,05

Fuente: MVOTMA/DINAMA, Unidad de Cambio Climático. "Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero 1990–2004" Mayo, 2010.

**Gráfico 7.3.** Emisiones netas a la atmósfera de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), metano (CH<sub>4</sub>) óxido nitroso (N<sub>2</sub>O) 1990 – 2004. en kton CO<sub>2</sub> –eq



Fuente: MVOTMA/DINAMA, Unidad de Cambio Climático. "Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero 1990–2004" Mayo, 2010.

Región Metropolitana. El Plan de acción acordado por los departamentos que conforman la Región Metropolitana de Uruguay aborda los desafíos del cambio climático a escala local en el marco de la política asumida a escala nacional

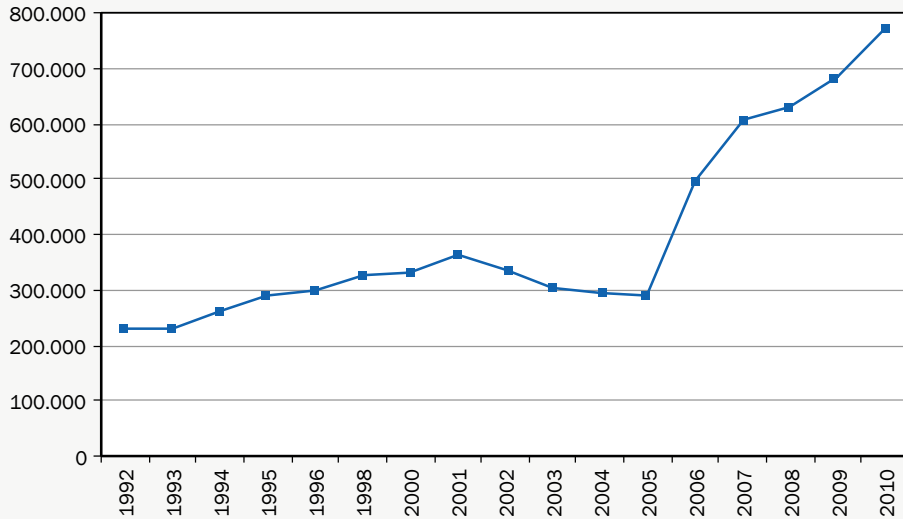
### Residuos sólidos

El volumen de generación de residuos continúa siendo uno de los problemas centrales del Uruguay urbano, particularmente en el área metropolitana de Montevideo.

Durante la década de 1990, el tonelaje de residuos generado en Montevideo aumentó en forma muy importante, para en los años 2002 a 2005 disminuir —por efecto de la crisis económica y sus consecuencias— a los niveles de 1996. Superadas las consecuencias de la crisis económica e ingresado el país en un período de alto crecimiento del producto y recuperación de los ingresos reales de los hogares, el volumen total y por habitante de residuos sólidos ha crecido en forma acelerada hasta la actualidad. (Gráfico 7.4, gráfico 7.5).

En este contexto se debe destacar la iniciativa que se comenzó a implementar en noviembre de 2012 por parte del gobierno nacional para dar solución a esta problemática del creciente volumen de generación de residuos, especialmente en el área metropolitana. El Poder Ejecutivo y el Congreso de Intendentes han iniciado un proceso tendiente a conformar un Sistema Nacional de Gestión Integral de Residuos, por el cual se dará solución a la

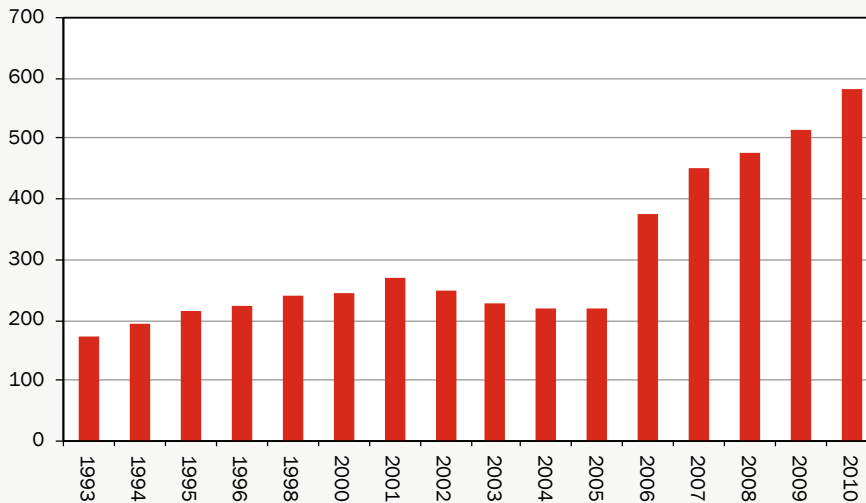
Gráfico 7.4. Residuos sólidos generados anualmente en Montevideo en toneladas. 1992 - 2010



Fuente: IDM, Observatorio de Montevideo

gestión de residuos a través de la instalación de una planta de valorización energética mediante el procesamiento de los residuos urbanos provenientes del área metropolitana —Montevideo, Canelones, Ciudad del Plata y otras localidades cercanas— y de la construcción de un conjunto de hasta 16 sitios de disposición final de residuos para el interior del país, gestionados a través de la

Gráfico 7.5. Residuos sólidos generados anualmente en Montevideo por habitante en Kg. 1993 - 2010



Fuente: IDM, Observatorio de Montevideo

tecnología de relleno sanitario. Se espera comenzar con el proceso licitatorio para la selección del adjudicatario del proyecto para junio de 2013.

Actualmente se implementa la Ley de Envases<sup>51</sup>, con la finalidad de promover la reducción, retornabilidad, reciclado y valoración de los residuos de envases para evitar su inclusión como parte de los residuos sólidos comunes. Se comenzó con una experiencia piloto en la Costa Canaria y posteriormente se aprobaron 4 planes de gestión en Flores, Rocha, Maldonado y Rivera.

En la misma línea de actuaciones, recientemente se ha aprobado por parte del Poder ejecutivo el Decreto Reglamentario de Gestión de Residuos Industriales y Asimilados.

Con respecto a los residuos hospitalarios, se establece que todo centro de salud deberá contar con un plan de gestión de residuos sólidos hospitalarios que comprenda el manejo intrahospitalario, transporte, tratamiento y disposición final en forma adecuada para la salud y el ambiente.<sup>52</sup>

## Uso de sustancias que afectan la capa de ozono

Uruguay ha logrado cumplir con el objetivo de eliminar las importaciones de CFC al primero de enero de 2010. Eso implica la eliminación total en los sectores de aerosoles y de espumas, así como los halones en el sector de extinción de fuego y la eliminación del tetracloruro de carbono y metil cloroformo en el sector de solventes. El mayor desafío lo constituyó la eliminación del remanente de CFC en el sector de refrigeración.

El Protocolo de Montreal identifica las sustancias agotadoras de la capa de ozono y establece calendarios graduales de eliminación para su producción y consumo. Las sustancias que agotan la capa de ozono (SAO) son sustancias químicas que tienen el potencial de reaccionar con las moléculas de ozono de la estratosfera. Las SAO son básicamente hidrocarburos clorinados, fluorinados o brominados e incluyen: clorofluorocarbonos (CFC), hidroclofluorocarbonos (HCFC), halones, hidrobromofluorocarbonos (HBFC), bromoclorometano, metilcloroformo, tetracloruro de carbono y bromuro de metilo.

De acuerdo al Protocolo de Montreal, los países del Artículo 5 (países en vías de desarrollo) debían eliminar completamente el consumo de CFC en el año 2010 (En el año 1999, los países Artículo 5 debían haber congelado su consumo de CFC a su ni-

51 Ley n° 17.849

52 Decreto 135/999, art. 3, capítulo II

vel de base (consumo promedio 1995–1997), en el año 2005, debían reducirlo a un 50% de su nivel de base y en el año 2007 a un 85% de nivel de base).



ODM 7: GARANTIZAR LA SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL	
Meta Mundial 9B	Meta Nacional 9B
Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida	Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010 una reducción significativa de la tasa de pérdida

El Convenio sobre la Diversidad Biológica (CBD) es un acuerdo internacional que tiene por objetivos: “la conservación de la diversidad biológica, la utilización sostenible de sus componentes y la participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos...”<sup>53</sup>

El CBD cuenta con la adhesión de 193 países, entre ellos Uruguay que lo ha ratificado por ley N° 16.408. En los últimos años, nuestro país ha desarrollado marcos legales ambientales cuyas normas brindan una plataforma para avanzar en la conservación de la biodiversidad y en los valores culturales asociados.<sup>54</sup>

### Ambientes destacados: el bosque natural

Las distintas estimaciones realizadas en las últimas décadas marcan una tendencia general al paulatino incremento de las áreas de bosque natural.

Si bien esta situación se puede deber a varios factores operantes, ha sido 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) el componente que más ha incidido en dicho incremento.

La expansión del bosque natural en algunas áreas del país también puede estar vinculada a otros fenómenos de menor significancia. (Gráfico 7.6, gráfico 7.7).

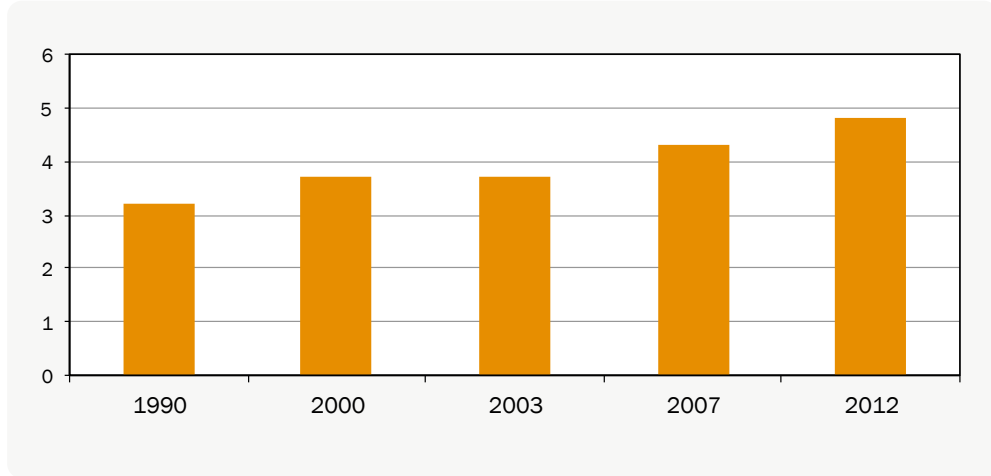
### Ambientes destacados: los humedales de prioridad internacional

Los humedales son sitios donde la inundación temporal o permanente es el factor determinante para la vida de determinadas especies. Son ecosistemas de transición entre un ambiente terrestre y uno acuático. Su función es regular el sistema hidrológico,

53 Convenio sobre la Diversidad Biológica, art. N°1

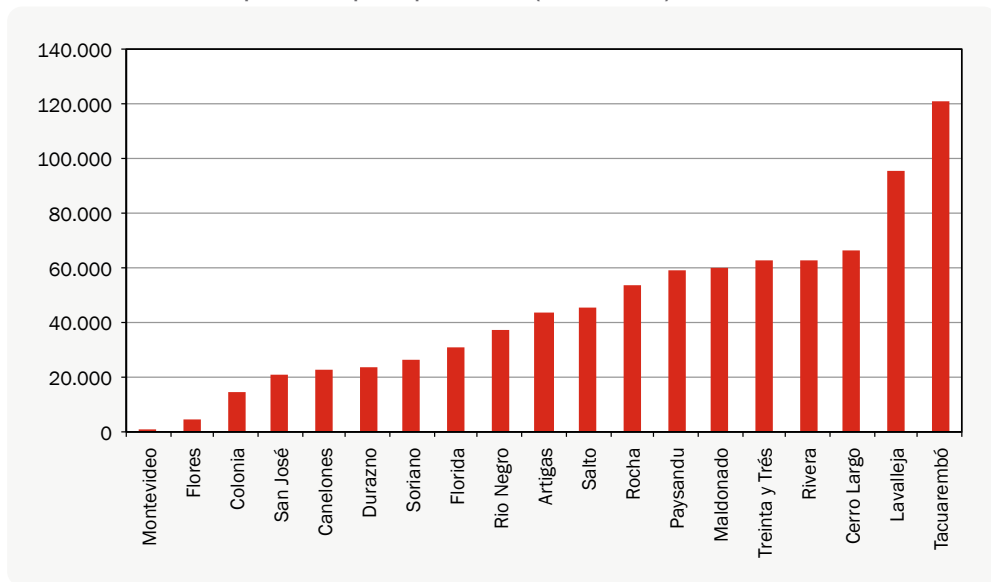
54 DINAMA. *IV Informe Nacional al Convenio sobre Diversidad Biológica*. Montevideo, agosto 2010.

Gráfico 7.6. Bosque natural como porcentaje del territorio nacional



Fuente: MGAP, Cartografía Forestal del Uruguay, 2012

Gráfico 7.7. Área de bosque natural por departamento (en hectáreas). 2012



Fuente: MGAP, Cartografía Forestal del Uruguay, 2012

controlar la erosión y apoyar la vida silvestre entre otras.<sup>55</sup> La superficie abarcada por humedales de prioridad internacional, comúnmente denominadas “áreas Ramsar” (Convención para la protección de humedales de relevancia internacional), actualmente se encuentra en un proceso de revisión.

Inicialmente la superficie integraba dos regiones: “Bañados

55 DINAMA. IV Informe Nacional al Convenio sobre Diversidad Biológica. Montevideo, agosto 2010.

del Este y Franja Costera” (Rocha-Treinta y Tres, 4.074 km<sup>2</sup>), y “Esteros de Farrapos e Islas del Río Uruguay” (175 km<sup>2</sup>). 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. Ambas áreas 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 la década de 1990. Por este motivo Uruguay ha sido incluido por la Convención en el Registro de Montreux.

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. (Tabla 7.2).

Tabla 7.2

Sitios Ramsar	Fecha ingreso
Bañados del Este	22/05/1984
Esteros de Farrapos e Islas del Río Uruguay	10/12/2004

Fuente: Ramsar

### Ambientes destacados: la pradera natural

Las praderas naturales constituyen una de las áreas de mayor diversidad de gramíneas a nivel mundial. Poseen alta heterogeneidad en composición y estructura por lo que son una fuente de recursos fitogenéticos de especies forrajeras.<sup>56</sup>

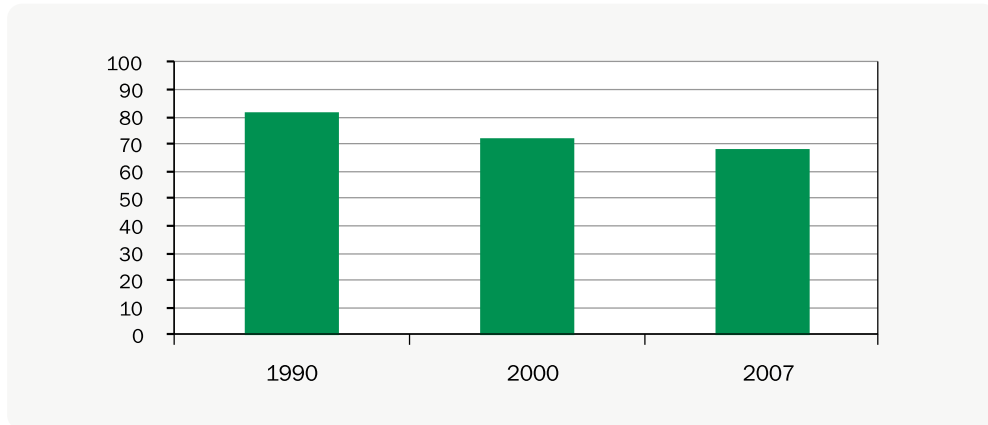
La conservación de la biodiversidad en ambientes de pradera es uno de los objetivos en los cuales Uruguay a puesto un énfasis significativo, por la importancia que reviste en sí mismo, así como por ser el hábitat predominante en el país.

Desde la pasada década la biodiversidad propia de la pradera está sometida a nuevas presiones, al difundirse modalidades más intensivas de ganadería y procesarse una paulatina conversión de la pradera a usos agrícolas (principalmente por expansión de la soja, y en menor medida por crecimiento de la forestación).

El retroceso de la pradera como porcentaje del territorio queda reflejado en el siguiente cuadro. (Gráfico 7.8).

56 DINAMA. IV Informe Nacional al Convenio sobre Diversidad Biológica. Montevideo, agosto 2010.

Gráfico 7.8. Pradera natural como porcentaje del territorio nacional



Fuente: MGAP-Censos Agropecuarios para los años 1990 y 2000 y MGAP, MVOTMA, OPP, FAO, UNESCO: "Mapa de cobertura del suelo de Uruguay" para el año 2007.

## Áreas protegidas

La Estrategia Nacional para la Conservación y Uso Sostenible de la Diversidad Biológica, considera a las áreas protegidas como "pilares esenciales" para la conservación y uso sostenible de la biodiversidad del país. Sitúa al SNAP como una prioridad fundamental para la conservación *in situ* en Uruguay y cumplir con los compromisos internacionales.<sup>57</sup>

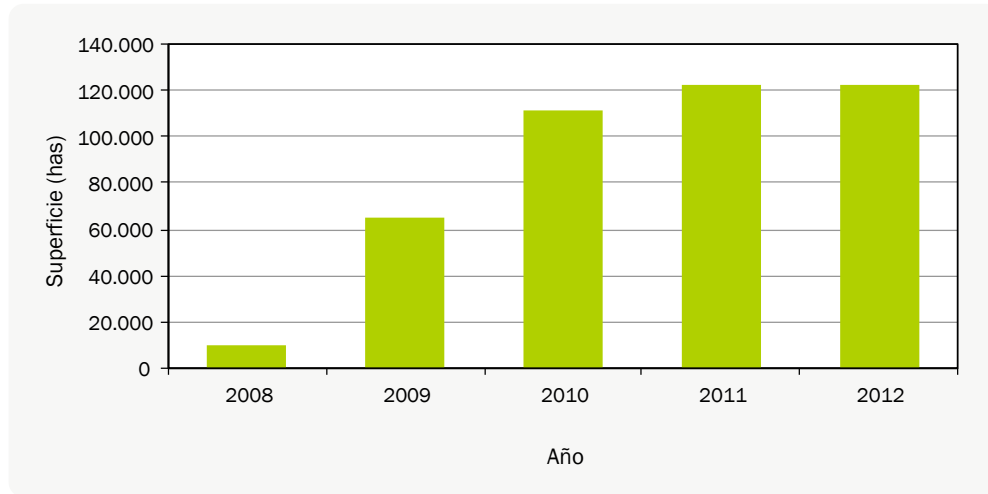
A lo largo del siglo XX diversas leyes y decretos nacionales y departamentales constituyeron áreas protegidas bajo distintas figuras ("parque nacional", "parque municipal", "monumento natural", etc.), aunque hasta 1991 estas disposiciones legales no alcanzaron a concretarse en medidas de protección *in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

Por tanto, puede afirmarse que en 1990 Uruguay aún no contaba en los hechos con un sistema de áreas protegidas efectivo. La creación de un Sistema Nacional de Áreas Protegidas fue dispuesta por la ley 17.234 del año 2000 y su puesta en marcha efectiva se concretó en el año 2005, al emitirse el decreto reglamentario correspondiente. A partir de allí se inicia el proceso de incorporación formal de áreas específicas al Sistema<sup>58</sup>. Al momento actual ya se cuenta con 9 áreas ingresadas lo que abarca una superficie de 123.483 há. (Gráfico 7.9).

57 DINAMA. *IV Informe Nacional al Convenio sobre Diversidad Biológica*. Montevideo, agosto 2010.

58 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.

Gráfico 7.9. Evolución de la superficie ingresada al SNAP 2008 - 2012



Fuente: MVOTMA/SNAP

La superficie cubierta al cierre de este Informe por las áreas ya ingresadas, las que están en proceso avanzado (ya han pasado por Manifiesto Público) y las que se encuentran en estudio se detalla en el siguiente cuadro, lo que pone en evidencia el importante esfuerzo ya realizado y el incremento esperado del Sistema hacia el año 2015. (Tabla 7.3).

Tabla 7.3 Sistema Nacional de Áreas Protegidas. Situación a abril 2013

Área Protegida	Superficie total (Has)	Superficie terrestre (Has)	Superficie marina y del Río de la Plata (incluye islas) (Has)	Porcentaje superficie del SNAP en el total del territorio	Porcentaje superficie terrestre del SNAP en la superficie terrestre de Uruguay	Porcentaje superficie marina y del Río de la Plata del SNAP en la superficie marina y del Río de la Plata
Quebrada de los Cuervos	4413	4413	0	0,014	0,025	0,000
Esteros de Farrapos e Islas del Río Uruguay	5758	5758	0	0,018	0,032	0,000
Cabo Polonio	25820	4653	21167	0,081	0,026	0,151
Valle del Lunarejo	29286	29286	0	0,092	0,164	0,000
Chamangá	12172	12172	0	0,038	0,068	0,000
San Miguel	1542	1542	0	0,005	0,009	0,000
Laguna de Rocha	34295	24022	10273	0,108	0,135	0,073
Cerro Verde	8968	1684	7284	0,028	0,009	0,052
Rincón de Franquía	1229	1229	0	0,004	0,007	0,000
Superficie total de las AP ingresadas al SNAP (Has) – Áreas con decreto de ingreso	123483	84759	38724	0,388	0,475	0,277
Humedales del Santa Lucía	86517	57254	29263	0,272	0,321	0,209
Laureles–Cañas	64420	64420	0	0,202	0,361	0,000
Bosques del Queguay	41570	41570	0	0,131	0,233	0,000
Isla de Flores	5749	0	5749	0,018	0,000	0,041
Grutas del Palacio	17	17	0	0,000	0,000	0,000
Laguna de Garzón	36928	9596	27332	0,116	0,054	0,195
Superficie total de las AP en proceso de ingreso al SNAP (Has) – Áreas que han pasado por manifiesto público	235201	172857	62344	0,739	0,969	0,445
Laguna Negra (incluye Potrerillo de Santa Teresa, 715 has que se incorporan antes)	38330	38330	0	0,120	0,215	0,000
Laguna de Castillos	30850	30850	0	0,097	0,173	0,000
Paso Centurión	62763	62763	0	0,197	0,352	0,000
Bosques del Río Negro	20000	20000	0	0,063	0,112	0,000
Arequita	1000	1000	0	0,003	0,006	0,000
Superficie total de las AP en elaboración de propuesta/estudio (Has)	152943	152943	0	0,48	0,86	0,00
Superficie total (áreas ingresadas, en proceso de ingreso y en elaboración) en Has	511627	410559	101068	1,61	2,30	0,72

Nota: Las superficies de las áreas a ser incorporadas son cifras aproximadas y a revisar

Fuente: MVOTMA–SNAP

ODM 7: GARANTIZAR LA SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL	
Meta Mundial 10	Meta Nacional 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.	Tender a reducir la proporción de personas sin acceso al agua potable, y reducir a la mitad aquella sin acceso al saneamiento.

## Agua potable

En materia de agua potable la disponibilidad de agua potable por cañería dentro de la vivienda es casi total, dada la buena cobertura de la red de OSE y el fácil acceso a napas de agua de alta calidad para el uso humano en todo el territorio nacional. En las áreas urbanas de 5 mil y más habitantes el 90% de la población disponía ya en 1991 de agua potable, proveniente de la red, al interior de la vivienda. Este déficit, del 10% en aquel entonces, se ha reducido en forma constante a lo largo de las últimas dos décadas hasta situarse en 2012 en 1,6%. (Gráfico 7.10).

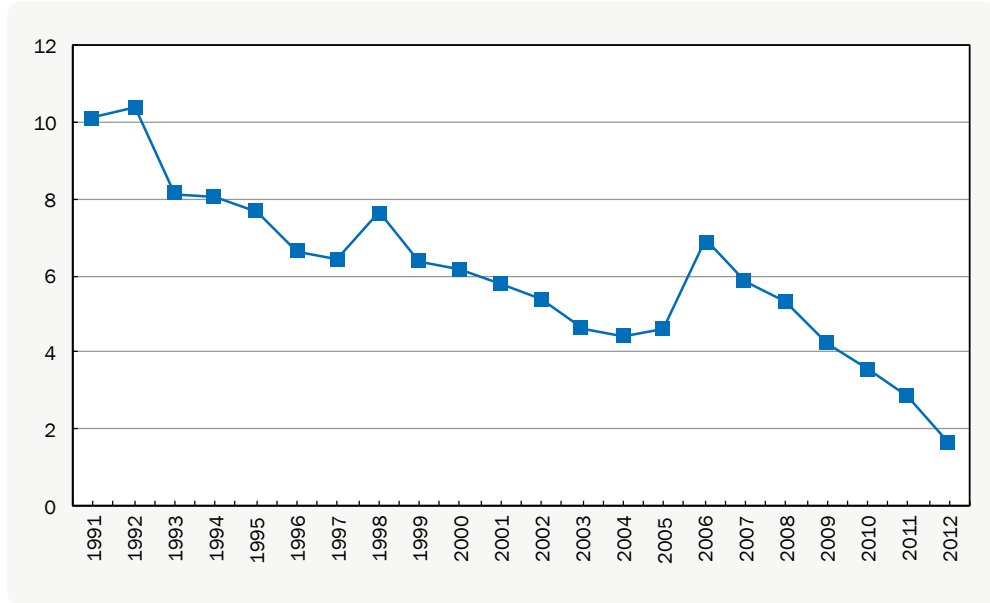
Al considerar también las **localidades de menos de 5 mil habitantes y las áreas rurales**<sup>59</sup>, se observa que en ellas, la proporción de hogares que no contaba con agua potable por cañería dentro de la vivienda (provenga o no de la red) se redujo del 25% en el año 2006 al 13,8% en 2011. Incluyendo estos hogares, el total nacional de hogares sin agua por cañería dentro de la vivienda (provenga o no de la red) asciende al 3,9%. Cabe destacar que el MVOTMA y OSE están implementando una política específica de apoyo para garantizar buen abastecimiento de agua en las muy pequeñas localidades y en las escuelas rurales de todo el país. Se han construido, recuperado y equipado sistemas de abastecimiento de agua en 172 escuelas y pequeñas localidades aledañas a las mismas, alcanzando 3.025 hogares.<sup>60</sup> Se espera que con esta asistencia se eliminen las carencias existentes en la materia en el medio rural. (Gráfico 7.11). En consecuencia, Uruguay está en condiciones de cumplir con la meta en 2015. (Gráfico 7.12).

La evolución en las dos últimas décadas ha sido muy positiva en todos los **Departamentos** lo que permitió —considerando las localidades de 5 mil habitantes y más— una reducción de las inequidades, aunque persisten en la actualidad algunos departamentos aún con más del 5% de los hogares sin agua potable al interior de la vivienda. Ellos son San José, Salto, Rivera y Artigas. (Gráfico 7.13).

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

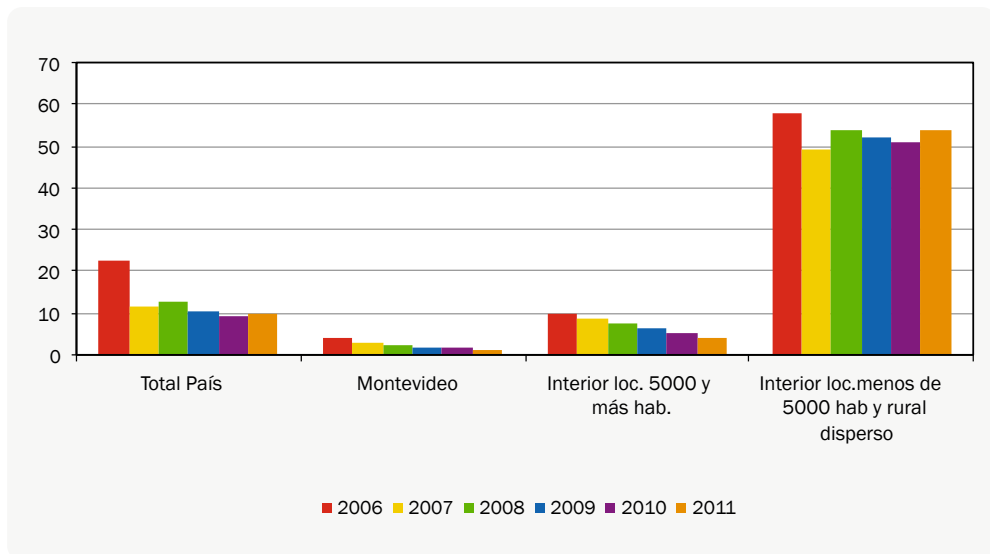
60 Fuente: OSE, información a mayo de 2013.

**Gráfico 7.10.** Proporción de personas en hogares sin acceso al agua potable en el interior de la vivienda. 1991 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más hab.

**Gráfico 7.11.** Porcentaje de personas en hogares sin acceso al agua potable en el interior de la vivienda por áreas territoriales. 2006 - 2011

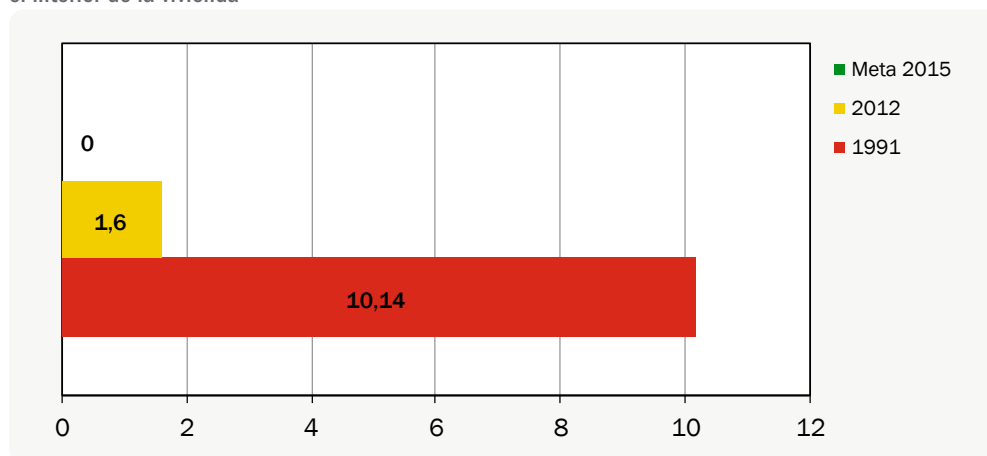


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

Nota: Incluye agua proveniente de la red u otras fuentes

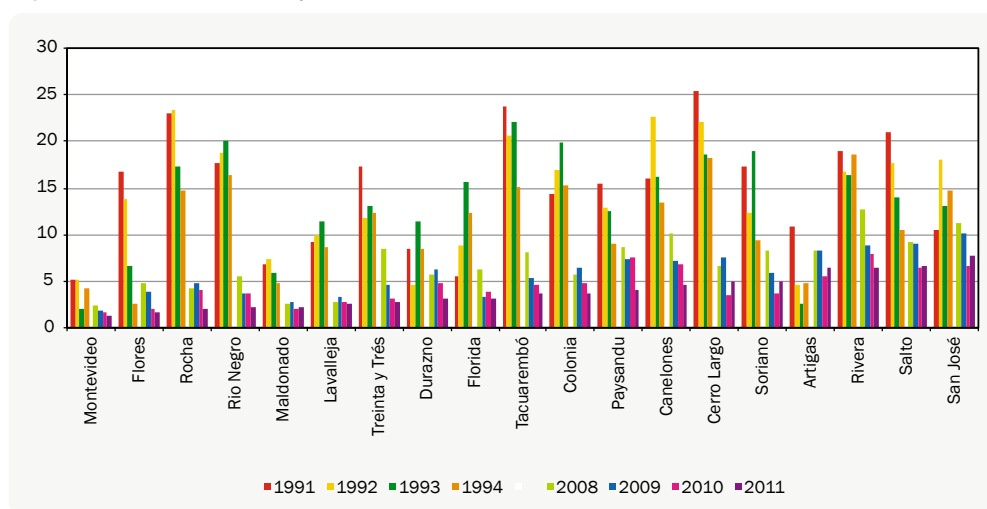


Gráfico 7.12. Avance hacia la meta: proporción de personas en hogares sin acceso al agua potable en el interior de la vivienda



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, ECH, loc. de 5 mil y más hab.

Gráfico 7.13. Porcentaje de personas en hogares sin agua potable en el interior de la vivienda por departamentos. 1991 - 1994 y 2008 - 2011



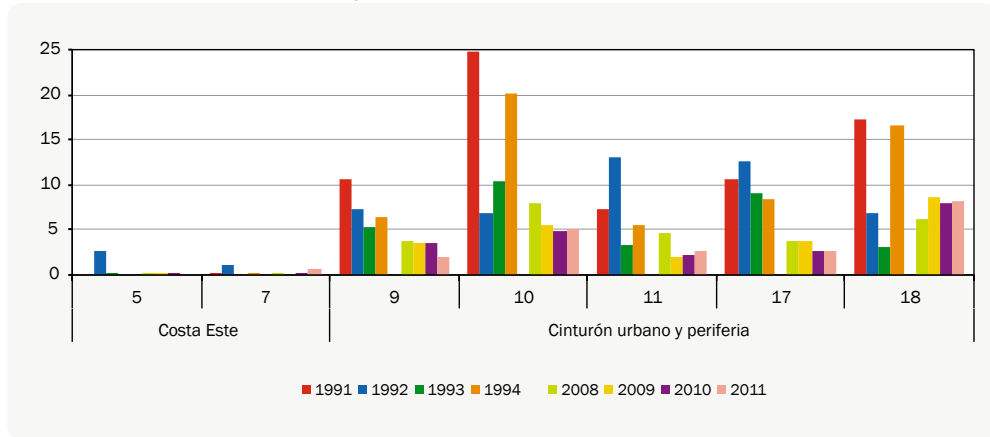
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más.

Nota: ordenados según año 2011

Al interior del **departamento de Montevideo** también se redujeron las inequidades en la materia, por efecto de la mejora de la situación en varias zonas de la periferia. En 2011 solamente en el zonal 18 el porcentaje de hogares sin agua por cañería dentro de la vivienda superaba la media nacional.

En la ciudad consolidada que abarca el casco central y la faja costera (zonales 1 a 5 y 16) la situación era ya óptima desde mucho tiempo atrás. (Gráfico 7.14).

**Gráfico 7.14.** Porcentaje de personas en hogares sin agua potable en el interior de la vivienda por zonas de Montevideo. 1991 - 1994, 2008 - 2011

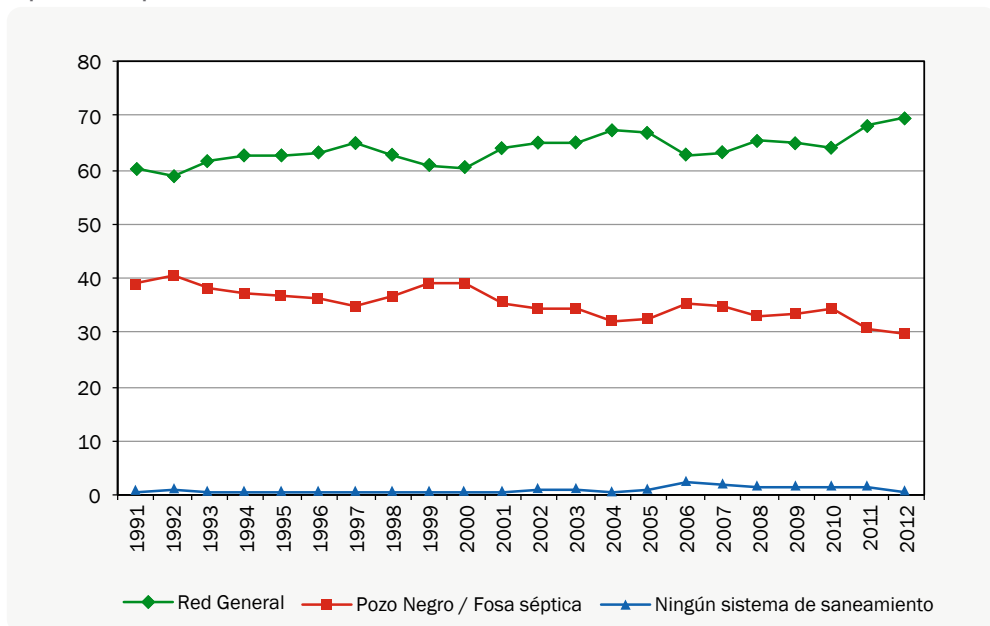


Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.  
 Nota: ordenados según año 2011

## Saneamiento

En materia de saneamiento, a principios de los años 90, el 60% de los hogares en las localidades de 5 mil y más habitantes estaban conectados a la red general. Este porcentaje ha oscilado, durante el período considerado, por encima del 60% con una tendencia

**Gráfico 7.15.** Porcentaje de hogares con conexión a la red general de saneamiento, pozo negro / fosa séptica. Total país. 1991 - 2012



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más.

suavemente ascendente alcanzando en 2012 al 69,8% de los hogares. El resto de los hogares de las localidades de 5 mil y más habitantes, utiliza fosas sépticas y/o pozos negros, salvo un porcentaje casi nulo que no cuenta ni con uno ni con otro medio de evacuación de excretas. Es en estas áreas urbanas donde es más importante el avance de las redes de saneamiento y la conexión a las mismas. (Gráfico 7.15).

En las áreas rurales y en las localidades con menos de 5 mil habitantes (que incluyen casi todos los balnearios del país) el saneamiento está resuelto mediante el uso de fosas sépticas y/o pozos negros para algo más del 80% de los hogares. En las localidades de baja densidad demográfica, estos sistemas permiten mantener una buena calidad ambiental urbana.

En Montevideo, la planificación a gran escala de la expansión del saneamiento urbano, más allá del disponible históricamente, se inició en los años setenta y tuvo un impulso mayor a partir del Plan Director de Saneamiento de 1992-95. Este Plan estableció pautas para mejorar el saneamiento, ampliar su cobertura y recuperar la calidad de los cuerpos de agua del departamento de Montevideo. Estas pautas rigieron la acción de la Intendencia Departamental de Montevideo en la materia durante las últimas dos décadas. Tras la definición del Plan Director, la conexión a la red de saneamiento en Montevideo avanzó a un mayor ritmo y se encuentra próxima a la meta pautaada para 2015.

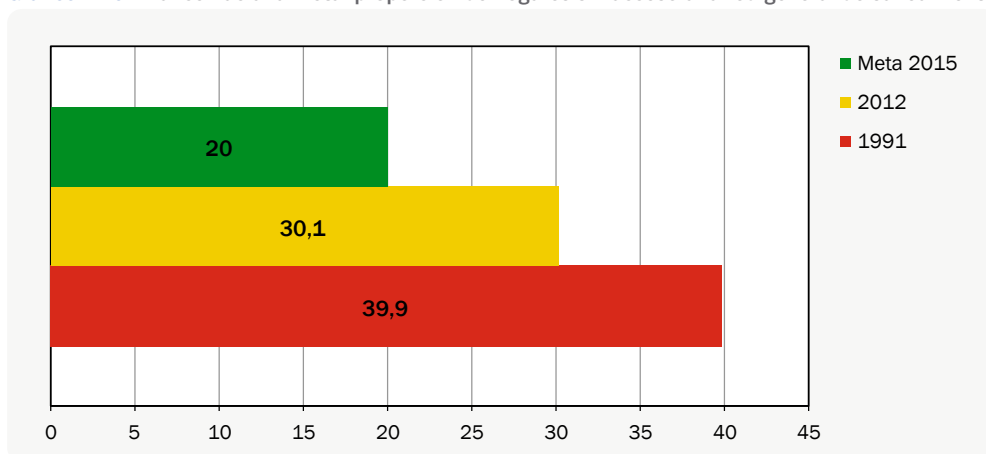
En el resto de las localidades urbanas del país existen planes directores en la órbita de las Obras Sanitarias del Estado (OSE), empresa estatal responsable de las redes de saneamiento en todo el interior del país. Un caso particular por su envergadura es la Ciudad de la Costa en el Departamento de Canelones donde ya está en obra la construcción de la red de saneamiento. Otro caso significativo es el sistema de saneamiento de Maldonado-Punta del Este, en el Departamento de Maldonado.

Habiéndose constatado la existencia de viviendas sin conectarse a redes existentes en diversas partes del país, se aprobó recientemente una norma (ley N° 18.840) que obliga a los titulares de las viviendas a realizar la conexión a las redes públicas de saneamiento donde ellas existen. El decreto reglamentario considera “red pública de saneamiento” a toda obra que es propiedad de una persona jurídica estatal, terminada, habilitada y definitiva, que tenga por finalidad única o compartida, la evacuación de aguas residuales por gravedad. En el decreto se indica que 24 meses es la prórroga máxima para realizar la conexión que podrá conceder tanto OSE como la Intendencia de Montevideo. Con-

templando situaciones de índole socioeconómicas que lo ameriten, OSE y la Intendencia de Montevideo otorgarán subsidios totales o parciales para realizar la conexión a favor de familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Uruguay está dando pasos firmes y decisivos hacia la meta y ello ya se evidencia en la reducción de hogares sin conexión a la red de saneamiento al 2012. De culminarse en los tiempos previstos las obras en curso y realizarse otras ya planificadas el país está en condiciones de aproximarse al cumplimiento de la meta en los tiempos previstos. (Gráfico 7.16).

Gráfico 7.16. Avance hacia la meta: proporción de hogares sin acceso a la red general de saneamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, ECH, loc. 5000 y más hab.

Considerando todo el país, urbano y rural, al año 2011 el 60% de los hogares se encontraba conectado a redes de saneamiento tal como lo muestran los datos preliminares del Censo de Población y Viviendas 2011 del INE, coincidentemente con los datos de la ECH.

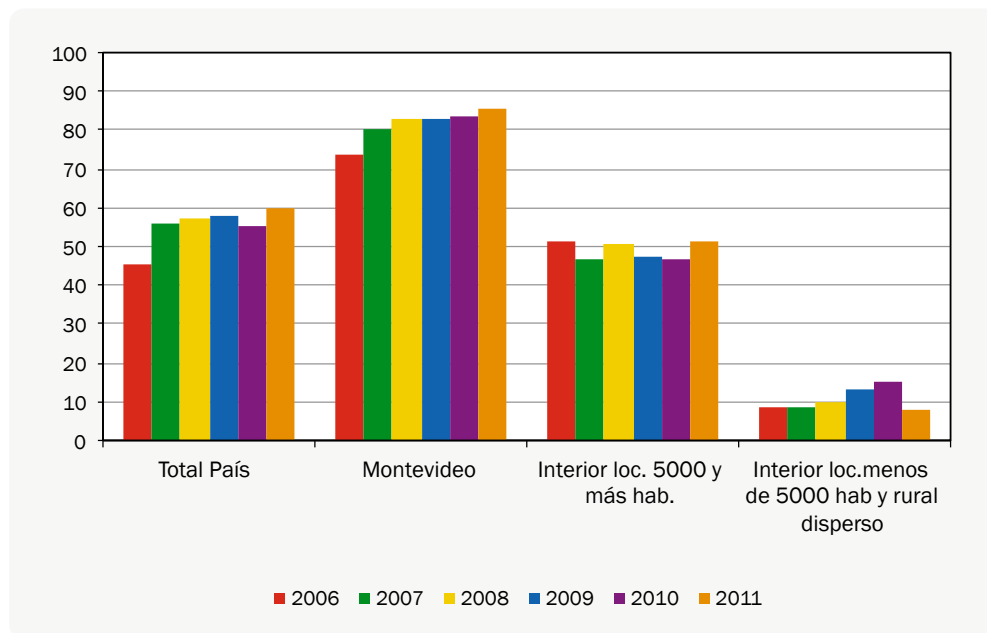
Tabla 7.4. Hogares por tipo de sistema de evacuación de excretas. Total país, 2011

Tipo de sistema	Hogares	Porcentajes
Red general	663.778	59,7
Fosa séptica, pozo negro	440.773	39,6
Entubado hacia el arroyo	5.212	0,5
Otro (superficie, hueco en el suelo)	2.723	0,2
Total relevado	1:112.486	100,0

Fuente: Elaborado en base a datos del INE, Censo de Población y Viviendas 2011

Nota: El total corresponde al total de hogares donde fue relevada esta información. No incluye 30.492 donde no fue relevado y 23.314 NSA (No se aplica).

Gráfico 7.17. Porcentaje de hogares con conexión a la red general de saneamiento por áreas territoriales. 2006 - 2011



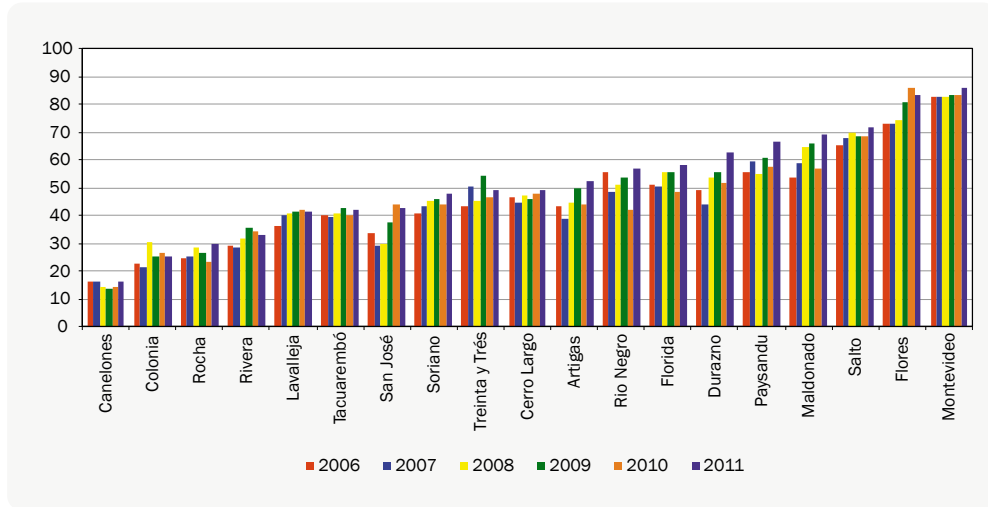
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

El país presenta sus mayores desigualdades entre Montevideo (donde la cobertura alcanza el 86 %), el conjunto de localidades de más de 5 mil habitantes (con el 52 %) y las localidades pequeñas y áreas rurales (con el 8%). Como puede observarse en el gráfico, es en Montevideo donde se constata el crecimiento constante de las conexiones producto de la señalada política en la materia desarrollada por el Gobierno Departamental. (Gráfico 7.17).

Cabe destacar que, tal como lo muestra el Censo 2011, en Uruguay el 0,7% de los hogares se encuentra en viviendas donde el vertido se realiza entubado a arroyos, en huecos en el suelo o directamente en la superficie. Estas situaciones están asociadas a viviendas muy precarias.

El país tiene pues distintos desafíos en la materia: i) extensión o creación de las redes y aumento de las conexiones en el interior urbano (principalmente en las localidades mayores de 5 mil habitantes); ii) promover adecuados sistemas de fosas sépticas y pozos negros en pequeñas localidades y áreas urbanas con muy bajas densidades de población; iii) mejorar la supervisión de los servicios de recolección por barométricas y asegurar su vertido en sitios apropiados; iv) eliminar todas las situaciones de vivienda y hábitat altamente precarios que no cuentan con conexión a la red ni pozos negros/fosas sépticas.

**Gráfico 7.18.** Proporción de hogares con conexión a la red general de saneamiento por departamento. 2006 - 2011



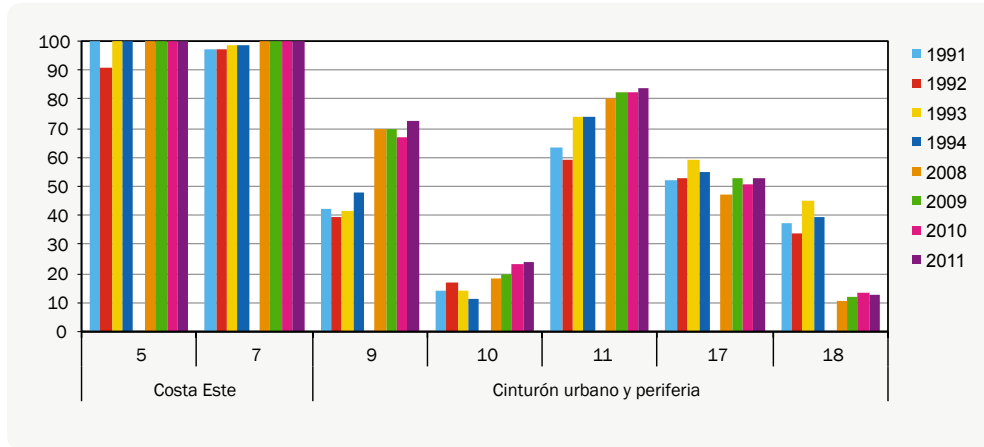
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país.

Nota: ordenados según año 2011

Observando la proporción de hogares con conexión a la red general de saneamiento por **departamento**, siempre en localidades de 5 mil y más habitantes, se encuentran enormes desigualdades. En el año 2011, los peores indicadores los muestran Canelones, con menos del 20% de los hogares conectados a la red general, seguido de Colonia, Rocha y Rivera (entre el 20% y el 40% de los hogares). Un segundo grupo lo conforman 11 departamentos, Lavalleja, Tacuarembó, San José, Soriano, Treinta y Tres, Cerro Largo, Artigas, Río Negro, Florida, Durazno y Paysandú (entre el 40% de los hogares y la media nacional, 68,2%). Maldonado, Salto, Flores y Montevideo superan la media nacional. En los casos de Montevideo y Maldonado, como ya fue dicho, ello se debe a importantes acciones de políticas pública desplegadas. Salto y Flores cuentan ambos con un único centro urbano de envergadura, sus capitales. (Gráfico 7.18).

Al interior del **departamento de Montevideo** se observa una disminución de las desigualdades producto de la extensión de la red en buen parte de la periferia. Sin embargo esta mejoría respecto a principios de los noventa no se refleja porcentualmente en todas las zonas producto sin duda de los movimientos de población hacia alguna de estas áreas. Es así que en los zonales 9 y 11 las conexiones superan el 70% mientras que en el zonal 10 se ubica en 24% y en el zonal 18 en el 13%. Es asimismo en los zonales, 10, 11, 17 y 18 donde la ECH encuentra más casos de hoga-

**Gráfico 7.19.** Proporción de hogares conectados a la red general de saneamiento por zonas de Montevideo. 1991 - 1994 y 2008 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

res en viviendas que carecen de conexión y de fosa séptica/pozo negro. (Gráfico 7.19).

ODM 7: GARANTIZAR LA SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL	
Meta Mundial 11	Meta Nacional 11
Haber mejorado considerablemente para el año 2020 la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.	Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas residentes en condiciones habitacionales precarias (cantegriles, tugurios, asentamientos irregulares).

Los avances de Uruguay en la materia se examinan a continuación a partir de la información disponible sobre asentamientos irregulares y sobre hacinamiento.

### Asentamientos irregulares

En 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 denominados asentamientos irregulares (AAII).

Se denomina asentamiento irregular al “Agrupamiento de más de 10 viviendas, ubicados en terrenos públicos o privados, construidos sin autorización del propietario en condiciones formalmente irregulares, sin respetar la normativa urbanística. A este agrupamiento de viviendas se le suman carencias de todos o algunos servicios de infraestructura urbana básica en la inmensa mayoría de los casos, donde frecuentemente se agregan también carencias o serias dificultades de acceso a servicios sociales.”<sup>61</sup>

El número de AAII tendió a crecer durante los años ochenta y noventa, principalmente en Montevideo y su área metropolitana, 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, aumentando el número de AAII alcanzando un total de 662 identificados en el relevamiento realizado en 2005–2006<sup>62</sup>. Con posterioridad a dicho año y como resultado del proceso de regularización de estas situaciones se ha pro-

61 PMB/PIAI, Informe técnico: Relevamiento de asentamientos irregulares. Primeros resultados de población y viviendas a partir del censo 2011; e INE, Convenio INE-PIAI: Relevamiento de Asentamientos 2005–2006.

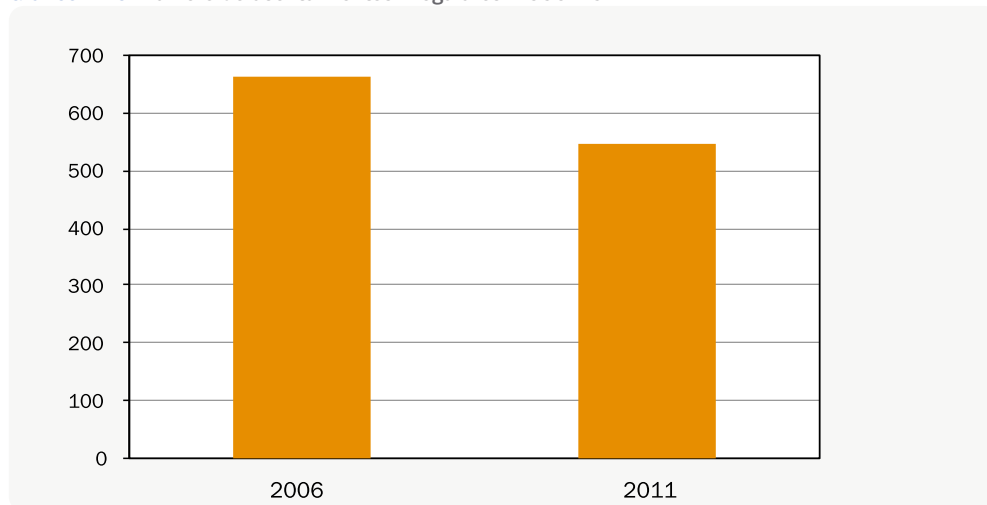
62 INE, Convenio INE-PIAI, Relevamiento de Asentamientos 2005–2006. Este relevamiento abarcó todo el país. Se utilizó información del denominado Censo Fase I de 2004 del INE, de la DINOT/MVOTMA y de la Intendencia de Montevideo. Aquí se presentan las cifras 2005–2006 revisadas y corregidas por el PMB/PIAI a partir del relevamiento 2011.



ducido una reducción en el número de AAI llegando a los 548 identificados en todo el territorio nacional en el Censo 2011. Esta reducción fue acompañada de una correspondiente disminución del número de viviendas y personas en los AAI. (Gráfico 7.20, gráfico 7.21).

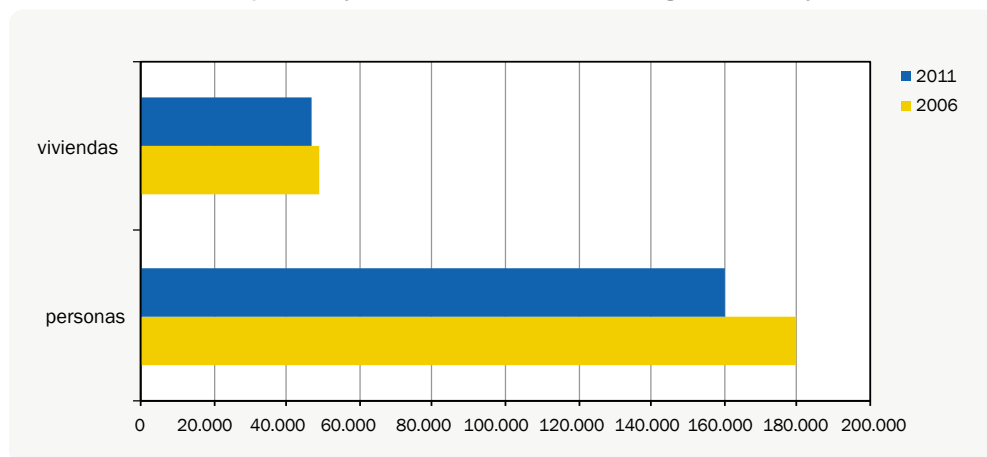
Montevideo continúa siendo el departamento donde están localizados la mayor parte de los AAI y un porcentaje aún mayor de las viviendas y personas. En efecto, en el año 2006, 61% de los

**Gráfico 7.20.** Número de asentamientos irregulares. 2006-2011



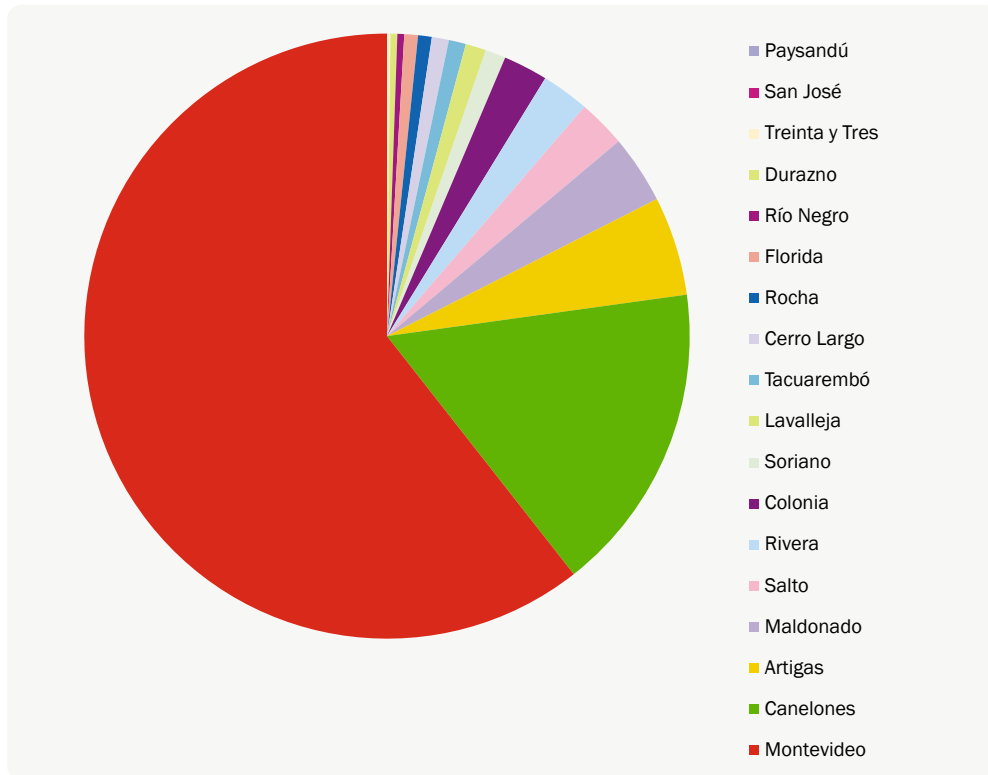
Fuente: PMB-PIAI/MVOTMA, Relevamiento de AAI Primeros resultados de población y viviendas a partir del Censo 2011 (las cifras de 2006 han sido revisadas)

**Gráfico 7.21.** Número de personas y viviendas en asentamientos irregulares. 2006 y 2011



Fuente: PMB-PIAI/MVOTMA, Relevamiento de AAI Primeros resultados de población y viviendas a partir del Censo 2011 (las cifras de 2006 han sido revisadas)

Gráfico 7.22. Número de asentamientos por departamento. Año 2011

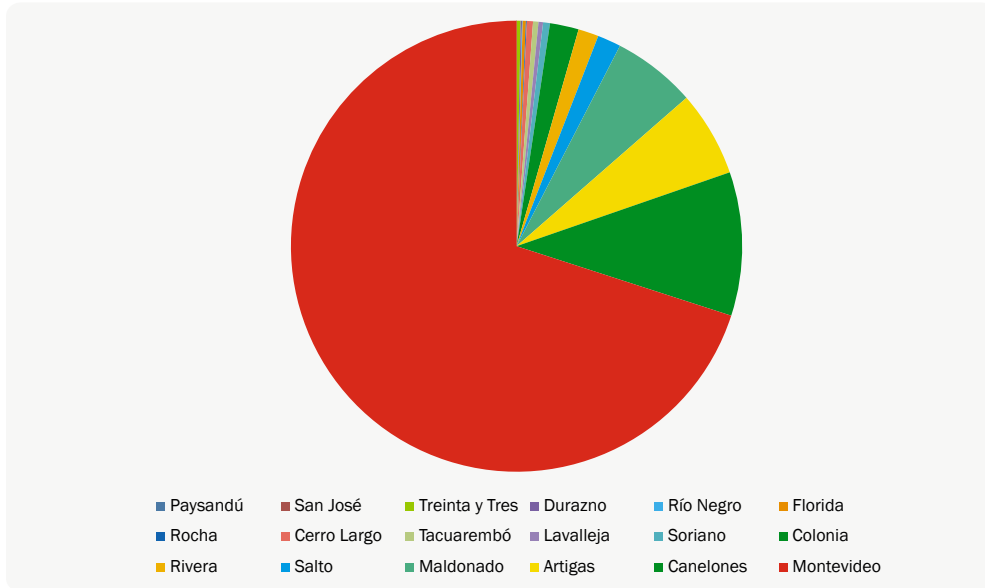


Fuente: PMB-PIAI/MVOTMA en base a Censo 2011

AAII, 73% de las viviendas existentes en los AAII y 74% de las personas que en ellos residen se encontraban en el departamento de Montevideo. En 2011 en Montevideo se localizaba también el 61% de los AAII, el 68% de las viviendas de los AAII y el 70% de las personas residentes en ellos. Por lo tanto, Montevideo es asimismo el departamento donde los AAII son más densos en viviendas y personas. Como puede observarse en los gráficos, Canelones, Artigas y Maldonado, en ese orden, son los departamentos del interior con más AAII, viviendas y personas en los mismos. En ellos tres se encuentra el 26% de los AAII, el 24% de las viviendas y el 22% de las personas. (Gráfico 7.22, gráfico 7.23, gráfico 7.24).

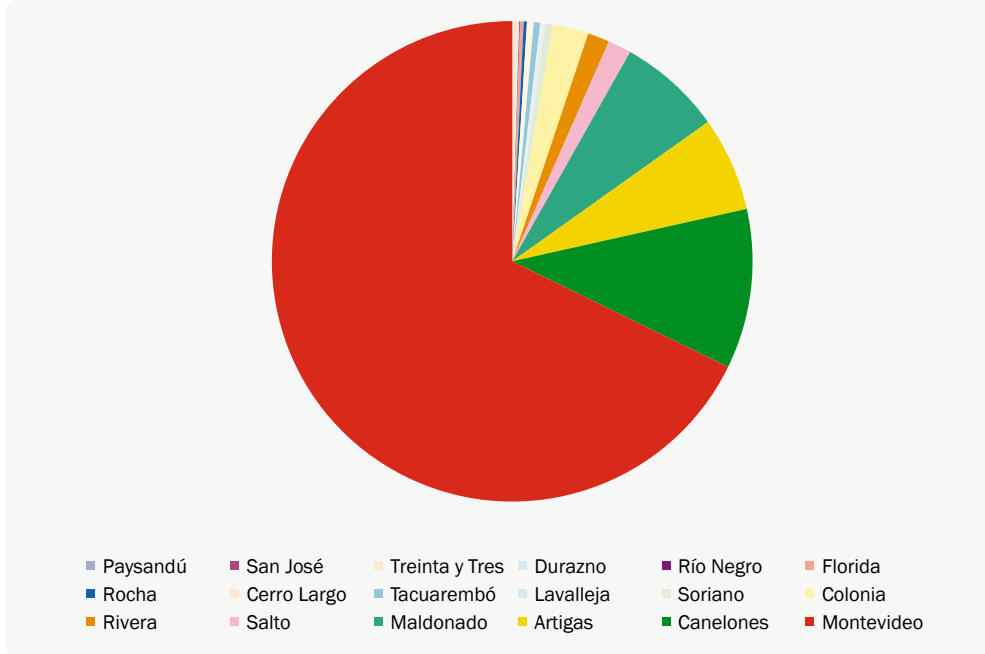
Examinando la situación en los 7 departamentos con más AAII y que, en conjunto, representan el 94% de los AAII, el 97% de las viviendas y el 98% de las personas en AAII, se observa que es Artigas el departamento con una mayor proporción de sus viviendas y población en AAII (11,4% y 13,4%, respectivamente), bastante por encima de la media nacional (3% y 5%). Montevideo

Gráfico 7.23. Porcentaje de personas viviendo en asentamientos irregulares por departamento. Año 2011



Fuente: PMB-PIAI/MVOTMA en base a Censo 2011

Gráfico 7.24. Porcentaje de viviendas en asentamientos irregulares por departamento. Año 2011



Fuente: PMB-PIAI/MVOTMA en base a Censo 2011

Tabla 7.5. Viviendas y personas en AAI en los 7 departamentos con mayor cantidad de AAI. 2011

	Viviendas totales	Viviendas en AAI	Viviendas en AAI/ Total de viviendas	Personas totales	Personas en AAI	Personas en AAI/ Total de personas
<b>Total país</b>	1.389.740	47.114	3,4	3.286.314	160.115	4,9
Montevideo	520.538	31.921	6,1	1.319.108	112.101	8,5
Canelones	222.193	5.064	2,3	520.187	16.488	3,2
Artigas	26.231	2.992	11,4	73.378	9.798	13,4
Maldonado	110.794	3.293	3,0	164.300	9.593	5,8
Salto	42.486	738	1,7	124.878	2.693	2,2
Rivera	39.859	693	1,7	103.493	2.345	2,3
Colonia	57.003	1.139	2,0	123.203	3.296	2,7

Fuente: INE, Censo 2011 y PMB-PIAI/MVOTMA en base a Censo 2011

es otro departamento donde esta realidad supera la media nacional con 6,1% de sus viviendas y 8,5% de su población, en 2011. En tercer lugar se ubica Maldonado con el 3,0% de sus viviendas y el 5,8% de su población. (Tabla 7.5).

En los años 1998–2000 se realizó un primer relevamiento oficial de AAI que incluyó todo el Departamento de Montevideo y una parte del Interior del país. Este relevamiento definió asentamiento irregular al agrupamiento de “más de 4 viviendas, ubicadas en terrenos públicos o privados, que se construyen sin autorización del propietario en condiciones formalmente irregulares”. Como ha sido señalado la definición adoptada y utilizada en 2006 y 2011 consideraba asentamiento irregular al “Agrupamiento de más de 10 viviendas ...”. En consecuencia las cifras no son estrictamente comparables. Sin embargo, permiten aproximarse a la evolución de esta realidad en el Departamento de Montevideo donde, como se ha visto, se concentra la mayor parte de los AAI del país.

La información disponible indica que, en 2011, el número de AAI y de personas en AAI en Montevideo es menor al identi-

Tabla 7.6. Asentamientos Irregulares en Montevideo

	1998-2000	2006	2011
AAI	364	412	332
Viviendas en AAI	30.022	39.116	31.921
Personas en AAI	121.168	144.707	112.101
Viviendas por asentamiento	82	95	96
Personas por asentamiento	333	351	338
Personas por vivienda	4,0	3,7	3,5

Fuente: PIAI/MVOTMA relevamientos de AAI.

ficado en 2006 e incluso inferior al relevado en 1998. Esto muestra la importancia del esfuerzo realizado por el país que ha posibilitado la disminución del número de personas en AAIL, no solo por debajo del mayor nivel alcanzado en el marco de la mayor crisis económica y social, sino incluso por debajo de los registros de 1998–2000. (Tabla 7.6).

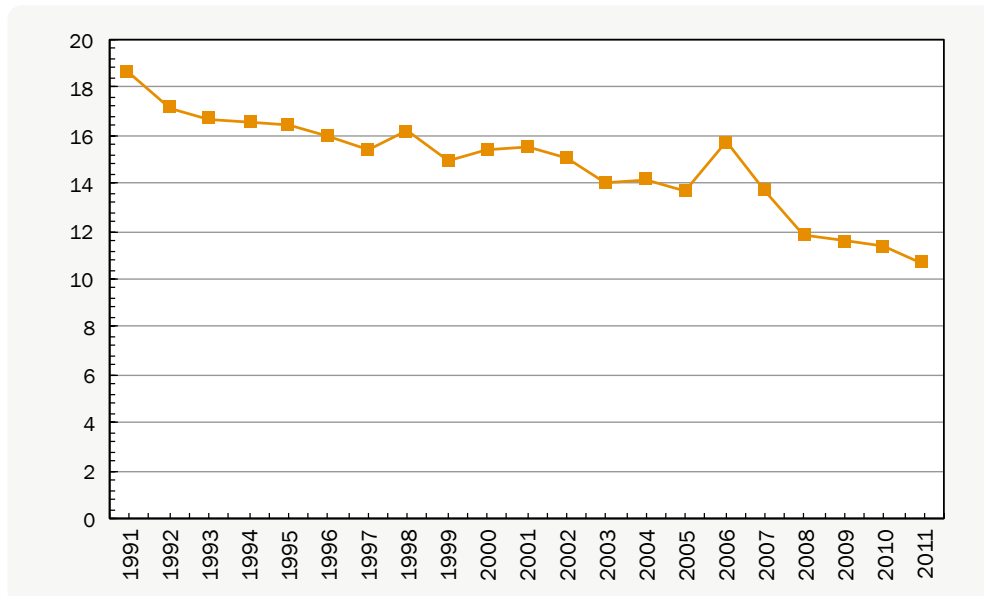
## Hacinamiento

Uruguay redujo en las dos últimas décadas en más de un tercio los hogares en condiciones de hacinamiento en las localidades de 5 mil y más habitantes. (Gráfico 7.25).

Como se observa a continuación, si bien el fenómeno parece ser algo mayor en el interior que en Montevideo, el país no presenta en la materia grandes desigualdades, a la vez que se confirma la tendencia general a la reducción de estas situaciones. (Gráfico 7.26).

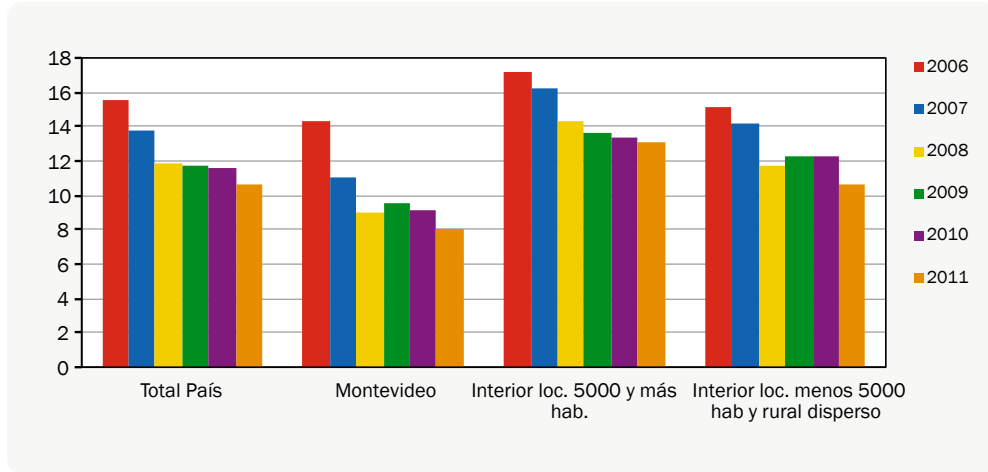
En todos los **departamentos** se verifica la misma y clara tendencia descendente en el porcentaje de hogares en condiciones de hacinamiento. Rivera, Artigas y Salto presentan los más altos porcentajes en las dos décadas examinadas cayendo por debajo del 20% al final del período. Por su parte, Colonia y Montevideo

Gráfico 7.25. Proporción de hogares en condiciones de hacinamiento. Total país. 1991 – 2011



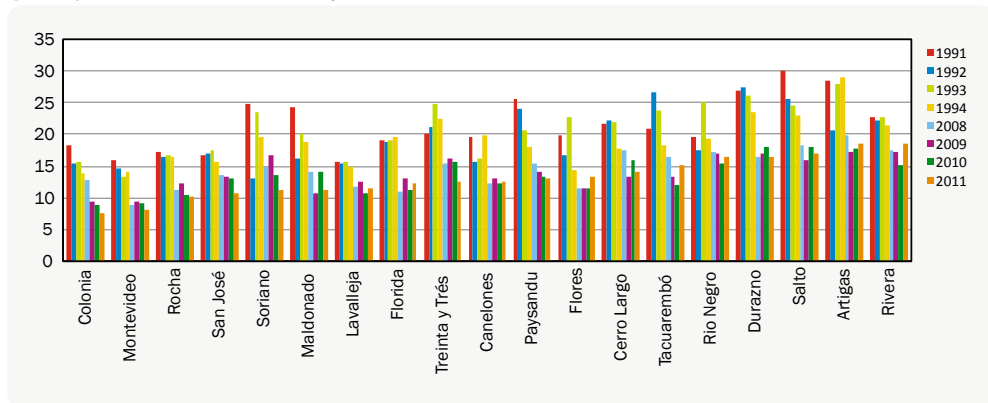
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más.

**Gráfico 7.26.** Proporción de hogares en condiciones de hacinamiento por áreas territoriales. 2006 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, total país

**Gráfico 7.27.** Proporción de hogares en condiciones de hacinamiento por departamento. 1991 - 1994 y 2008 - 2011



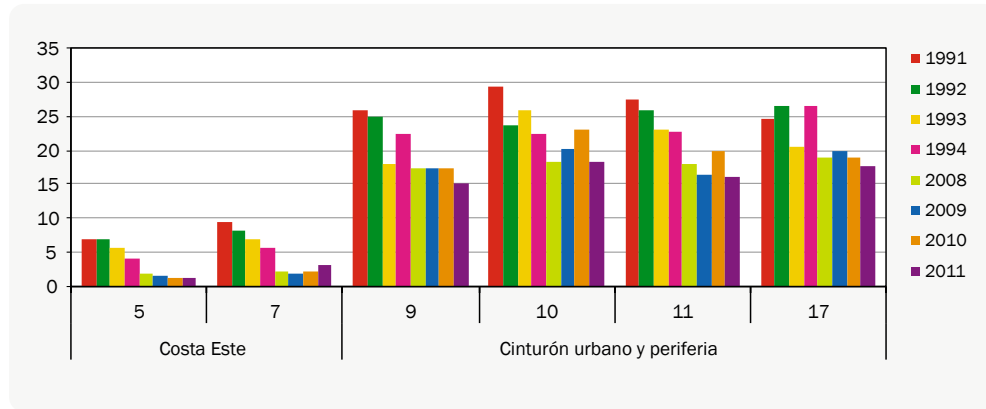
Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH, localidades de 5000 y más.

Nota: ordenados según año 2011

registran los menores guarismos, por debajo del 10% al final del período. (Gráfico 7.27).

Al interior del **departamento de Montevideo**, todas las zonas mejoran en el curso de estos 20 años manteniendo las desigualdades existentes. Nuevamente, las zonas 1 a 5, 7, 8 y 16 muestran los más bajos porcentajes de hacinamiento, inferiores al 5% al final del período. En el otro extremo, se encuentran las zonas 9, 10, 11, 17 y 18 periféricas al casco central y los barrios intermedios con más del 15% de los hogares aún en 2011. (Gráfico 7.28).

**Gráfico 7.28.** Proporción de hogares en condiciones de hacinamiento para algunas zonas de Montevideo. 1991 - 1994 y 2008 - 2011



Fuente: Elaborado a partir de INE, ECH.

# Notas Metodológicas

**Lenguaje inclusivo:** este informe utiliza el lenguaje masculino genérico en el entendido de que el mismo designa indistintamente a hombres y mujeres, evitando así la sobrecarga gramatical, sin que por ello deba interpretarse que se hace un uso sexista del lenguaje.

**Relevamiento de datos:** como año base para los indicadores ODM se toma el año 1990 o en su defecto el año más cercano del que se disponen datos. En algunos casos, se optó por hacer una comparativa de los 5 primeros años (1990–1994) y los 5 últimos (2007–2011).

Para algunos indicadores se dispone de información a partir del año en que la Encuesta Continua de Hogares (ECH) comienza a relevarlos: año 2001: registro a la seguridad social, año 2006: ascendencia étnica racial.

Desde 2006, la ECH incluye las localidades de menos de 5.000 habitantes y áreas rurales, lo cual permite obtener información sobre el total del país. No obstante, para los cálculos de la *Línea de Pobreza e Indigencia* se tomaron las localidades de 5.000 y más habitantes a efectos de que la comparativa temporal fuera consistente.

A partir de 2006 el INE incluye una pregunta sobre ascendencia étnico-racial en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA). Desde entonces dicha pregunta forma parte del cuestionario de la ECH. La ascendencia racial se releva a través de la autopercepción y las categorías que se registran son: afro, asiática, blanca, indígena y otra. Debido al bajo número de casos muestrales, las categorías que se toman en cuenta son “afro” y “blanca”.

**Educación Media:** a efectos de mostrar una evolución consistente, dado que hasta el año 2000 no era posible discriminar entre los que asistían a UTU si estaban en ciclo básico o en ciclo superior, se optó por no tomar en cuenta estas respuestas para toda la serie (desde 1990 a 2012).



**Quintiles:** para el cálculo de los quintiles de ingreso se considera el ingreso per cápita con valor locativo construyendo quintiles para el total del país.

**Salud, corte por sub sector de salud:** como aproximación a la identificación de desigualdades socioeconómicas se considera por un lado el Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR) — el cual recibe mayoritariamente población de bajos ingresos— y por otro a un conjunto de IAMC (CASMU, Hospital Británico, Médica Uruguaya, Casa de Galicia, Hospital Evangélico, As. Española, SMI-IMPASA) que atiende mayormente población no pobre.

**Mortalidad materna:** en el caso de la meta sobre mortalidad materna, la forma de presentación del indicador relevado por el MSP es la siguiente: razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos. Es decir que cambia respecto al Informe 2009 que era presentada cada 10.000 nacidos vivos.

**Agua al interior de la vivienda:** para localidades de 5000 y más habitantes se considera que el agua por cañería que ingresa a las viviendas proviene de la red de agua potable.

**Hacinamiento:** se basa en el criterio de más de dos personas por habitación en habitaciones usadas para dormir.

**Registro a la seguridad social:** en la ECH, a través del módulo F “Actividad Laboral” se releva, para los ocupados, si aportan o no a alguna caja de jubilaciones por su trabajo principal y, en caso de que lo hubiere, por su trabajo secundario. Los cálculos utilizados en este informe refieren al registro o no registro en la seguridad social en el trabajo principal.



