
seminarios y conferencias

Los censos de 2010 y la salud

Informe del Seminario-Taller



NACIONES UNIDAS



Santiago de Chile, septiembre de 2010



Este documento contiene los principales resultados del Seminario-Taller “Los censos de 2010 y la salud”, llevado a cabo en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Santiago de Chile, los días 2 al 4 de noviembre de 2009. El encuentro fue organizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el Grupo de Censos de la CEA/CEPAL. La preparación de este informe estuvo a cargo de Magda Ruiz, con la colaboración de Ignacio Pérez y Carla Parraguez.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1680-9033

ISBN: 978-92-1-978-92-1-323418-1

LC/L.3253-P

N° de venta: S.10.II.G.58

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2010. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	13
I. Antecedentes y objetivos	15
A. Objetivos	16
B. Asistencia y organización de los trabajos.....	16
II. Desarrollo del taller	19
A. Instancia de bienvenida	19
B. Síntesis de las sesiones por sesión.....	20
Sesión 1: Visión general del potencial de los censos en los estudios de salud.....	20
Sesión 2: Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos.....	21
Sesión 3: Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez	22
Sesión 4: Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez (continuación).....	24
Sesión 5: Análisis de la mortalidad adulta.....	27
Sesión 6: Aspectos de la salud reproductiva: fecundidad adolescente y mortalidad materna	31
Sesión 7: Análisis de la cobertura de las estadísticas vitales....	33
Sesión 8: Discapacidad.....	34
Sesión 9: Salud y enfoque étnico en los censos	37
Sesión 10: Análisis de la seguridad en salud, pensiones, jubilaciones y otros indicadores de bienestar	38

III. Consideraciones finales	41
A. Consideraciones sobre género	41
B. Consideraciones sobre el análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez.....	42
C. Consideraciones sobre el análisis de la mortalidad adulta.....	43
D. Consideraciones sobre la salud reproductiva: fecundidad adolescente y mortalidad materna..	44
E. Consideraciones sobre estadísticas vitales.....	44
F. Consideraciones sobre discapacidad.....	45
G. Consideraciones sobre salud y enfoque étnico	46
H. Consideraciones sobre seguridad social en salud	47
IV. Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda	
<i>Susana Schkolnik</i>	49
Introducción.....	49
1. Objetivos.....	51
2. Aspectos conceptuales y metodológicos.....	52
2.1. Aspectos conceptuales.....	52
2.2. Enfoque transversal	53
2.3. Una clasificación de los indicadores de género.....	53
3. Recomendaciones internacionales acerca de los temas de género.....	54
4. Características de los censos de población y vivienda en América Latina	60
4.1. Ventajas y limitaciones de los censos de población desde el punto de vista del	
enfoque de género.....	60
4.2. Estructura de los censos.....	61
4.3. Preguntas censales	61
4.3.1. Preguntas acerca de la vivienda y el hogar.....	62
4.3.2. Preguntas acerca de las personas	63
5. Los censos y las áreas temáticas sensibles al enfoque de género	66
5.1. Equidad de género y aspectos demográficos	67
5.2. Equidad de género en educación	69
5.3. Equidad de género en aspectos económicos	70
5.4. Equidad de género en salud.....	73
5.5. Equidad de género en el hogar y la familia	75
5.6. Equidad de género en la vivienda y el medio ambiente.....	78
6. Reflexiones finales.....	80
Bibliografía.....	81
V. Comentarios al documento “Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda”	
<i>Jimena Arias y Vivian Milosavljevic</i>	85
1. Comentarios de Jimena Arias	85
1.1. Los censos como proceso	87
1.2. Sobre los periodos intercensales.....	88
1.3. El actor ausente.....	88
1.4. Otros usuarios de la información censal.....	88
1.5. Sobre los compromisos internacionales.....	88
2. Comentarios de Vivian Milosavljevic	90
2.1. Identificación de núcleos secundarios en el hogar.....	91
2.2. Servicio doméstico que trabaja en el hogar entrevistado.....	92
2.3. Sesgos de género en la población económicamente inactiva.....	92
Bibliografía.....	92
VI. La experiencia regional reciente en temas vinculados a demografía y salud en los censos de población y vivienda	
<i>Juan Chackiel</i>	95

Introducción.....	95
1. Los datos requeridos por el sector salud.....	97
1.1. La información demográfica y de salud.....	97
1.2. Otras demandas de datos en el sector salud.....	98
2. La experiencia regional acerca de preguntas censales tradicionales sobre demografía y salud.....	99
2.1. Población por sexo y edad: diferencias en los riesgos de enfermarse y morir, proceso de envejecimiento y población centenaria.....	99
2.1.1. La edad cumplida en el último cumpleaños.....	100
2.1.2. El sexo.....	101
2.2. Otras preguntas a las personas comúnmente incluidas en los censos.....	101
3. La información retrospectiva para estimar la fecundidad y la mortalidad en la niñez.....	102
3.1. Antecedentes.....	102
3.2. Las preguntas.....	103
3.3. Limitaciones en el funcionamiento de las preguntas.....	104
3.3.1. Se averiguan hechos del pasado, lo que acarrea algunos problemas.....	104
3.3.2. La calidad de la información en los censos.....	105
3.3.3. Formulación y diagramación de las preguntas.....	105
3.4. Fecha del último nacimiento vivo.....	106
4. Estimación indirecta de la fecundidad: la prueba de los datos.....	106
4.1. Fecundidad retrospectiva y actual.....	107
4.2. La razón P/F.....	108
4.3. El potencial de los diferenciales.....	110
4.4. La fecundidad adolescente: un subproducto a evaluar.....	111
4.5. Atención al parto e inscripción del nacimiento.....	111
5. Estimación indirecta de la mortalidad en la niñez.....	112
5.1. La información básica.....	112
5.2. Desarrollo del procedimiento.....	112
5.3. Los problemas encontrados en las aplicaciones.....	115
5.4. Cómo seleccionar los resultados más confiables.....	116
5.5. La tendencia a más largo plazo.....	116
5.6. Una alternativa atractiva pero todavía inconducente.....	118
6. Estimación indirecta de la mortalidad adulta.....	119
6.1. Estimación de la mortalidad adulta femenina a partir de la pregunta sobre orfandad materna.....	119
6.2. Información sobre muertes ocurridas en el hogar en un período de referencia (por ejemplo, 12 meses antes del censo).....	120
6.3. El procedimiento.....	121
6.4. La corrección del subregistro de las defunciones de los registros de estadísticas vitales.....	124
7. Temas emergentes o de más escasa experiencia.....	125
7.1. Mortalidad materna.....	125
7.2. La discapacidad.....	126
8. Conclusiones.....	127
8.1. La demanda de información y las fuentes.....	127
8.2. Edad y sexo.....	128
8.3. La fecundidad y la mortalidad en la niñez.....	128
8.4. La mortalidad adulta.....	129
8.5. Temas adicionales emergentes o de escasa presencia en censos.....	129
8.6. Reflexión final.....	130
Bibliografía.....	137

VII. El estudio de la salud reproductiva y los censos de 2010: la fecundidad adolescente y la mortalidad materna

<i>Laura L. Rodríguez Wong e Inez Helena Oliva Perpetuo</i>	141
Introducción	141
1. El estudio de la fecundidad adolescente a partir de los censos de población	142
1.1. Fortalezas y debilidades de los Censos como fuentes de datos para medir la fecundidad adolescente	143
1.2. Indicadores de la fecundidad adolescente que pueden ser calculados con datos censales tradicionales	144
1.3. Definición del intervalo de edad para el concepto de fecundidad adolescente cuando Es estudiada a partir de datos censales	145
1.4. Recomendaciones para discusión sobre la fecundidad adolescente	145
2. Mortalidad materna en los censos de la década de 2010	146
2.1. La importancia (y necesidad) de medir mortalidad materna usando datos de censos	146
2.2. Dificultades en los datos y en las medidas	147
2.3. La investigación de la mortalidad materna a través de los censos de población	148
2.4. La información a ser recolectada	149
2.4.1. Limitaciones	153
Bibliografía	154

VIII. Cobertura de las estadísticas vitales a partir de la información recogida en censos o derivada de ellos: experiencias y lecciones aprendidas en la región

<i>Odette Tacla</i>	157
Introducción	157
1. Principales fuentes de información para el análisis	158
2. Estadísticas Vitales	159
2.1. Fuentes para el análisis de la situación de las estadísticas vitales	159
2.1.1. Antecedentes	159
2.1.2. Análisis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)	159
2.1.3. Análisis del CELADE: Calidad y cobertura de las estadísticas vitales en América Latina	161
3. Censos de Población	163
3.1 Preguntas sobre Situación Demográfica y de Salud en los censos de 1990 y 2000	163
4. Cobertura de las estadísticas vitales a través de preguntas censales	166
4.1. Estimación del subregistro de nacimientos y de defunciones, en base a preguntas censales, utilizando estimaciones y proyecciones de población	166
4.2. Estudios realizados por los países: los casos de Paraguay, Chile y México	168
4.2.1. El caso de Paraguay	168
4.2.2. El caso de Chile	170
4.2.3. El caso de México	174
5. Conclusiones y recomendaciones internacionales	176
Bibliografía	177

IX. América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas

<i>Susana Schkolnik</i>	179
Introducción	179
A. Objetivos	179
B. La discapacidad en los censos y su aporte a las políticas y programas	179
1. Antecedentes	180
1.1. Situación de las personas con discapacidad en América Latina	180
1.2. Discapacidad y envejecimiento	181
2. Aspectos conceptuales	183
3. Fuentes de datos sobre discapacidad	185

3.1. Visión general.....	185
3.2. Ventajas que pueden ofrecer los censos como fuentes de datos sobre personas con discapacidad.....	186
3.3. Ejemplos de preguntas censales sobre discapacidad	187
4. Datos sobre la discapacidad en los censos de América Latina	187
5. Proyectos comunes y comparabilidad internacional	191
6. Algunas reflexiones finales.....	205
Bibliografía	206
X. La consideración de la información en el marco jurídico, la institucionalidad y las políticas para las personas con discapacidad en América Latina	
<i>Fernanda Stang</i>	207
Introducción: un nuevo enfoque, viejas demandas	207
1. Las personas con discapacidades y la información en el derecho internacional.....	209
2. El marco jurídico nacional: entre la renovación y el desfase.....	213
3. La institucionalidad a cargo de las personas con discapacidad	230
4. Diagnósticos desinformados: las políticas para las personas con discapacidades	231
5. A modo de conclusión	242
Bibliografía	243
XI. Indicadores de protección social a partir de la fuente censal	
<i>Gladys M. Massé</i>	245
Introducción.....	245
1. Protección social: tema relevante para la actual agenda pública latinoamericana.....	246
2. Relevancia de la fuente de datos “censo de población” en la región latinoamericana	248
3. Recomendaciones internacionales para los censos de población y habitación.....	250
4. Las preguntas censales relativas a la medición de la protección social aplicadas en los censos de la década de 2000 en América Latina y el Caribe	252
4.1. Previsión y seguridad social	255
4.1.1. Actual.	255
4.1.1. Futura.....	256
4.2. Salud.....	256
4.2.1. Cobertura.	256
4.2.2. Uso de servicios.....	258
4.3. Identidad	260
4.4. Programas de protección social	262
4.5. Alimentación	265
5. Conclusiones.....	265
Bibliografía	267
Anexos	269
Anexo 1: Programa.....	271
Anexo 2: Lista de participantes	274
Serie seminarios y conferencias: números publicados	277
Índice de cuadros	
CUADRO III.1 PREGUNTAS PARA LA MEDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS	46
CUADRO IV.1 SÍNTESIS COMPARATIVA DE ALGUNAS ÁREAS TEMÁTICAS PRIORITARIAS PARA EL ENFOQUE DE GÉNERO A PARTIR DE INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	59
CUADRO IV.2 EQUIDAD DE GÉNERO EN ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	67
CUADRO IV.3 EQUIDAD DE GÉNERO EN EDUCACIÓN.....	70

CUADRO IV.4	EQUIDAD DE GÉNERO EN ASPECTOS ECONÓMICOS	71
CUADRO IV.5	EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD	74
CUADRO IV.6	EQUIDAD DE GÉNERO EN EL HOGAR Y LA FAMILIA.....	77
CUADRO IV.7	EQUIDAD DE GÉNERO EN LA VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE	78
CUADRO VI.1	NICARAGUA: MUJERES, HIJOS NACIDOS VIVOS E HIJOS SOBREVIVIENTES EN EL ÚLTIMO AÑO ANTES DEL CENSO, POR GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES, CENSO DE 2005.	107
CUADRO VI.2	NICARAGUA: ESTIMACIÓN DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EIDADES Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD A PARTIR DE PREGUNTAS RETROSPECTIVAS, CENSO DE 2005	108
CUADRO VI.3	PANAMÁ: POBLACIÓN FEMENINA INDÍGENA, HIJOS NACIDOS VIVOS, HIJOS SOBREVIVIENTES Y PROPORCIÓN DE HIJOS MUERTOS POR GRUPO DE EDAD DE LAS MUJERES, CENSO DE 2000	113
CUADRO VI.4	PANAMÁ: POBLACIÓN INDÍGENA, MÉTODO DE ESTIMACIÓN DE LAS PROBABILIDADES DE MORIR EN LA NIÑEZ A PARTIR DE PREGUNTAS RETROSPECTIVAS, CENSO DE 2000	114
CUADRO VI.5	PANAMÁ: POBLACIÓN INDÍGENA DE AMBOS SEXOS, MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN POR EIDADES DE LAS MUERTES PARA LA ESTIMACIÓN DE TASAS DE MORTALIDAD POR EIDADES, CENSO DE 2000	123
CUADRO VI.6	AMÉRICA LATINA: SELECCIÓN DE PREGUNTAS GENERALES A LAS PERSONAS EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000	131
CUADRO VI.7	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE FECUNDIDAD EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000.....	132
CUADRO VI.8	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE MORTALIDAD EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000.....	133
CUADRO VI.9	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SELECCIONADAS SOBRE CONDICIONES DE VIVIENDA Y HOGAR EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000	134
CUADRO VI.10	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000	135
CUADRO VI.11	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE ATENCIÓN EN SALUD Y SEGURO EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000.....	136
CUADRO VI.12	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE INSCRIPCIÓN EN REGISTROS EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000.....	137
CUADRO VII.1	INDICADORES DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE QUE PUEDEN SER CALCULADOS CON DATOS CENSALES TRADICIONALES	144
CUADRO VII.2	BRASIL: DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS DE ACUERDO A LA PROPORCIÓN DE MUJERES DE 10 A 14 AÑOS CON HIJOS, 2000	145
CUADRO VII.3	INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA QUE SE PUEDEN OBTENER A PARTIR DE DATOS CENSALES	149
CUADRO VII.4	PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y NÚMERO ABSOLUTO DE MUERTES MATEERNAS, CIRCA 2000-2007	153
CUADRO VIII.1	AMÉRICA LATINA: CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN GRADO DE COBERTURA DE LAS ESTADÍSTICAS DE NACIMIENTOS	162
CUADRO VIII.2	AMÉRICA LATINA: CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN GRADO DE COBERTURA DE LAS ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES	162
CUADRO VIII.3	AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE SALUD, EN LOS CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000, SEGÚN PAÍSES.....	164

CUADRO VIII.4	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS) ESTIMACIÓN DEL SUBREGISTRO DE DEFUNCIONES EN BASE A LA PREGUNTA “DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOGAR”, UTILIZANDO LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN, DÉCADA DE 2000.....	166
CUADRO VIII.5	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS) ESTIMACIÓN DEL SUBREGISTRO DE DEFUNCIONES EN BASE A LA PREGUNTA “DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOGAR”, UTILIZANDO LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN, DÉCADA DE 2000.....	167
CUADRO VIII.6	NICARAGUA: PORCENTAJES DE SUBREGISTRO DE HECHOS VITALES, SEGÚN LO DECLARADO Y CALCULADO EN BASE AL CENSO Y DE LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN ...	168
CUADRO VIII.7	PARAGUAY: POBLACIÓN QUE DECLARÓ EN EL CENSO TENER REGISTRO DE NACIMIENTO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, CENSO 2002. ...	169
CUADRO VIII.8	CHILE: PORCENTAJE ESTIMADO DE INSCRIPCIÓN TARDÍA DE LOS NACIMIENTOS, 1960-2007	172
CUADRO VIII.9	CHILE: NACIDOS VIVOS EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN CENSO 2002, NACIMIENTOS REGISTRADOS 2001 Y PORCENTAJES DE OMISIÓN DEL CENSO CON RESPECTO A ESTADÍSTICAS VITALES	174
CUADRO IX.1	AMÉRICA LATINA: NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 2005, 2025 Y 2050.....	182
CUADRO IX.2	ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS DEFINICIONES DE “DISCAPACIDAD”	183
CUADRO IX.3	AMÉRICA LATINA: FUENTES DE DATOS SOBRE DISCAPACIDAD A PARTIR DEL AÑO 2000	186
CUADRO IX.4	AMÉRICA LATINA: DEFINICIONES DE LA DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN DE EN LAS DOS ÚLTIMAS DÉCADAS	188
CUADRO IX.5	PREGUNTAS SOBRE DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000	194
CUADRO IX.6	DATOS SOBRE DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA SEGÚN DIFERENTES FUENTES	201
CUADRO X.1	AMÉRICA LATINA: CONSIDERACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS CONSTITUCIONES NACIONALES, 2009	215
CUADRO X.2	AMÉRICA LATINA: DERECHOS CONSAGRADOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES ^a EN LAS CONSTITUCIONES, 2009....	216
CUADRO X.3	AMÉRICA LATINA: LEY PRINCIPAL QUE REGULA EL ÁMBITO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES, 2009	218
CUADRO X.4	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EXISTENCIA DE UN REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN LOS PAÍSES, 2009	220
CUADRO X.5	AMÉRICA LATINA: COMPARACIÓN ENTRE LA DEFINICIÓN LEGAL DE LA DISCAPACIDAD Y SU OPERACIONALIZACIÓN CENSAL, DÉCADA DE 2000.....	221
CUADRO X.6	AMÉRICA LATINA: INSTITUCIONALIDAD A CARGO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, 2009.....	232
CUADRO XI.1	AMÉRICA LATINA: AÑO CENSAL, TIPO DE CENSO Y APLICACIÓN O NO DE MUESTREO EN EL RELEVAMIENTO, DÉCADA DE CENSOS 2000.	253
CUADRO XI.2	AMERICA LATINA: VARIABLES RELATIVAS A IDENTIDAD, ALIMENTACION Y NUTRICION, SALUD, PROGRAMAS SOCIALES,	

PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES SELECCIONADOS DE LA DÉCADA 2000.....	254
--	-----

Índice de recuadros

RECUADRO IV.1 TEMAS BÁSICOS Y NO BÁSICOS PARA VIVIENDAS Y HOGARES INCLUIDOS EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA.....	63
RECUADRO IV.2 TEMAS BÁSICOS Y NO BÁSICOS PARA PERSONAS INDIVIDUALES INCLUIDOS EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA.....	64
RECUADRO VII.1 DEFINICIÓN DE MUERTE MATERNA.....	148
RECUADRO VII.2 RECOMENDACIONES PARA LA MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	151
RECUADRO XI.1 PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: ARGENTINA (2001), ECUADOR (2001) Y BRASIL (2000)	255
RECUADRO XI.2 COBERTURA DE SALUD. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: ARGENTINA (2001), COLOMBIA (2005-2006), PERÚ (2007) Y MÉXICO (2000).....	257
RECUADRO XI.3 USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: MÉXICO (2000), COLOMBIA (2005-2006) Y BOLIVIA (2001)	258
RECUADRO XI.4 INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DE LA DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: BOLIVIA (2001), VENEZUELA (2001), PARAGUAY (2002), PERÚ (2007) Y EL SALVADOR (2007)	261
RECUADRO XI.5 PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: BRASIL (2000) Y VENEZUELA (2001).....	263
RECUADRO XI.6 ALIMENTACIÓN. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: COLOMBIA (2005-2006).....	265

Índice de gráficos

GRÁFICO VI.1 NICARAGUA: PARIDEZ MEDIA RETROSPECTIVA P(I), SINTÉTICA F(I) Y RAZÓN P/F POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, CENSO DE 2005.....	109
GRÁFICO VI.2 HAITÍ: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE, CENSO DE 2003	110
GRÁFICO VI.3 PANAMÁ: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN POBLACIÓN TOTAL, INDÍGENA Y NO INDÍGENA, 1985-2000	115
GRÁFICO VI.4 CHILE: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, ESTIMADA A PARTIR DE CENSOS Y ESTADÍSTICAS VITALES, 1965-2000	117
GRÁFICO VI.5 EL SALVADOR: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, ESTIMADA A PARTIR DE CENSOS Y ESTADÍSTICAS VITALES, 1950-2010.....	118
GRÁFICO VI.6 PANAMÁ: POBLACIÓN INDÍGENA, REGRESIÓN LÍNEAL DEL MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS MUERTES, CENSO DE 2000	123

GRÁFICO VIII.1	CHILE: PORCENTAJE DE INSCRIPCIÓN TARDÍA EN EL REGISTRO CIVIL, 1960-2007	173
GRÁFICO IX.1	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A PARTIR DE CENSOS DE LA DÉCADA DEL 2000.....	189
GRÁFICO IX.2	BRASIL Y COLOMBIA: PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000	190
GRÁFICO IX.3	CHILE: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD SEGÚN DISTINTAS FUENTES, 1992-2006.....	190
GRÁFICO IX.4	AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN CENSOS Y ENCUESTAS EN PAÍSES QUE HAN REALIZADO ENCUESTAS ESPECIALIZADAS SOBRE DISCAPACIDAD, 2001-2007.....	191
GRÁFICO X.1	AMÉRICA LATINA: ADSCRIPCIÓN INSTITUCIONAL DE LA ENTIDAD A CARGO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREAS TEMÁTICAS	231

Índice de diagramas

DIAGRAMA X.1	COMPONENTES DE LA DEFINICIÓN DE “DISCAPACIDAD” SEGÚN LA DEFINICIÓN DE LA CIF-2001	184
--------------	---	-----

Resumen

Este documento contiene los principales resultados del Seminario-Taller “Los censos de 2010 y la salud”, llevado a cabo en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Santiago de Chile, entre el 2 y el 4 de noviembre de 2009. El encuentro fue organizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL con apoyo y colaboración del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el Grupo de Censos de la CEA/CEPAL. Esta reunión tuvo por objetivo examinar el potencial de los censos en la producción de información para el seguimiento de los indicadores de salud de la población, conocer las experiencias de los países de la región en estos temas y presentar orientaciones para los censos de la década de 2010.

Tras una presentación de los antecedentes y objetivos de la actividad, el segundo capítulo resume las ponencias presentadas al taller, de acuerdo a orden cronológico en que éstas se llevaron a cabo. El capítulo III, en tanto, presenta las consideraciones finales en los distintos temas abarcados por la agenda de la reunión. Los capítulos IV a XI contienen los documentos de referencia del taller, los cuales abarcan temas como la inclusión del enfoque de género, la experiencia regional reciente en temas vinculados a la demografía y salud, el estudio de la salud reproductiva, la medición de la discapacidad y la inclusión de indicadores de protección social en los censos de población, así como la estimación de la cobertura de las estadísticas vitales a partir de los datos censales, y el marco jurídico y las políticas públicas para las personas con discapacidad en América Latina. En los anexos se incluye la agenda y la lista de participantes.

I. Antecedentes y objetivos

La salud y la demografía presentan una interacción permanente entre los distintos indicadores y variables que les son propios, por lo que además de tener componentes comunes constituyen determinantes mutuos de sus tendencias en el tiempo. Los componentes del cambio demográfico, sobre todo la fecundidad y la mortalidad, son variables comunes a ambas disciplinas, y los cambios que experimenten sus tendencias en el tiempo se deben en gran medida a lo que suceda con la salud de la población. La propia transición demográfica es contemporánea de la transición epidemiológica, y se inicia con el descenso de la mortalidad en la niñez debido a los avances en el campo de la medicina y de la atención primaria en salud. Por otra parte, la fecundidad, que expresa la capacidad reproductiva de la población, tiene como factores próximos que determinan su tendencia, las acciones que se desarrollan en el sector salud en relación a los programas de planificación familiar y de salud reproductiva.

Los temas vinculados con el campo de la salud en los censos de población y vivienda en los países de la región son diversos. Los cambios demográficos expresados en la estructura por sexo y edad cuentan con una importancia relativa en la demanda en salud de las distintas etapas del ciclo de vida, es decir, las diferencias en los riesgos de enfermarse y morir, el proceso de envejecimiento y la población centenaria. También los censos recaban información sobre dos aspectos que comparte la demografía con el sector de la salud, esto es, la fecundidad y la mortalidad en la niñez, de las cuales es posible obtener estimaciones indirectas además de permitir caracterizar la fecundidad de las adolescentes, avanzar en la explicación de ciertos fenómenos relacionados con la evolución de la fecundidad y sus efectos sobre otros aspectos de la vida de las madres y los niños, entre otros fenómenos pertinentes.

También los censos de población y vivienda se vinculan al campo de salud a través de las preguntas indirectas para estimar la mortalidad adulta, ya sea en lo concerniente a las muertes ocurridas en el hogar como en la estimación de las tasas de mortalidad materna.

Por otra parte, el tema de la discapacidad ha tenido una creciente inclusión en los censos, producto de las de normas legislativas realizadas por los países de la región. Esto ha contribuido no solo a la identificación de este grupo, sino que también ha permitido cruzar la información con todas las variables de interés incluidas en la boleta, ya sea de vivienda, hogares y personas.

También se han realizado esfuerzos por determinar mediante el censo ciertos aspectos vinculados a la atención en salud y la seguridad social, tales como los establecimientos a los que se asiste en el caso de enfermarse, la afiliación a un seguro de salud o la cotización para la pensión de jubilación.

En algunos de los temas mencionados existe una vasta experiencia en los censos de la región, mientras que en otros se comenzó a indagar en los de la década de 2000. Por ello, el taller es una instancia propicia e idónea para el intercambio de experiencias, la evaluación de recomendaciones y la puesta al día con las posibilidades metodológicas. Para el CELADE, se trata de colaborar con la preparación de los censos de 2010, incorporando las opiniones de expertos, delegados de los países, representantes de grupos de trabajo en temas censales en el campo de la salud.

La realización de este taller se enmarca en las actividades programadas conjuntamente por CELADE, el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) y la Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL (CEA/CEPAL) para el fortalecimiento de las capacidades nacionales con vista a la realización de los censos de 2010.

A. Objetivos

El objetivo general del Seminario-Taller es examinar el potencial de los censos en la producción de información para el seguimiento a los indicadores de salud de la población, conocer las experiencias de los países de la región en estos temas y presentar orientaciones para los próximos censos. En específico se pretende:

- Actualizar el estado del arte acerca de cómo los países de la región han recabado información sobre mortalidad y salud en los censos de población y vivienda, desde los aspectos conceptuales y metodológicos hasta la difusión y análisis de la información.
- Presentar las recomendaciones vigentes de las Naciones Unidas para los censos de la década de 2010 sobre los temas de salud, con énfasis en su aplicación a América Latina y el Caribe.
- Establecer líneas de recomendaciones técnicas en torno a aspectos conceptuales y metodológicos pertinentes al campo de la salud en fecundidad, mortalidad, salud reproductiva, protección social y discapacidad, entre otros temas.
- Establecer consensos en torno al alcance de los censos para obtener información sobre salud y su armonización con fuentes de datos complementarias dentro de los sistemas nacionales de estadística.

B. Asistencia y organización de los trabajos

El Seminario-Taller “Los censos de 2010 y la salud” tuvo lugar en el Edificio de la CEPAL, en Santiago de Chile durante los días 2 al 4 de noviembre de 2009. A la reunión asistieron expertos en salud de todos los institutos y oficinas de estadística de los países de América Latina y el Caribe. Finalmente participaron 24 personas provenientes de la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Colombia, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana, el Uruguay,

la República Bolivariana de Venezuela, así como funcionarios del CELADE y UNFPA (véase la lista de participantes en el anexo 2).

La agenda planificada para el taller se organizó mediante las siguientes áreas:

- Visión general del potencial de los censos en los estudios de salud.
- Acerca de la inclusión del enfoque de género.
- Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez.
- Análisis de la mortalidad adulta.
- Aspectos de la salud reproductiva: fecundidad adolescente y mortalidad materna.
- Análisis de la cobertura de las estadísticas vitales.
- Discapacidad.
- Salud y enfoque étnico en los censos.
- Análisis de la seguridad social en salud, pensiones, jubilaciones y otros indicadores de bienestar.

En el anexo 1 se presenta el programa de la reunión. Todas las presentaciones pueden consultarse en www.cepal.org/celade.

II. Desarrollo del taller

A. Instancia de bienvenida

Después de dar la bienvenida y agradecer a todos los asistentes, el Director del CELADE-División de Población de la CEPAL, Dirk Jaspers-Faijer, señaló que el seminario-taller debe ser considerado como el quinto dentro de una serie de talleres que se han realizado con miras a los censos de 2010 y en los que se ha abordado temas tan fundamentales para los países de la región, como la incorporación del enfoque étnico en los censos, la cartografía censal, las migraciones internas, internacionales y otras formas de movilidad territorial, y la medición de la cobertura censal. A través de los talleres anteriores se ha podido ver que ha existido un avance significativo en la región, pero que aún quedan muchos desafíos pendientes.

El tema de los censos de 2010 y la salud, a consideración del Director del CELADE, debiera debatir temas marco como la producción de información básica y de calidad para el monitoreo de la protección de los derechos, en particular el derecho a la salud. Por ello, es necesario examinar la incorporación del enfoque de género, repasar la experiencia de la región en las metodologías de medición de la mortalidad y fecundidad, así como sus potencialidades en la evaluación de las estadísticas vitales. En este mismo sentido se refirió a la pertinencia de recoger los avances que han existido en la región conforme a la medición de la discapacidad, así como las diversas consideraciones que son necesarias de tener en cuenta para estimar la mortalidad materna y otros indicadores de salud reproductiva. Asimismo, señaló que el taller era una buena instancia para analizar la inclusión del enfoque étnico en los análisis de salud, la necesidad de concordancia entre las diversas fuentes

de información y la oportunidad de examinar la incipiente experiencia de la región en la recopilación de información para el seguimiento de las coberturas de protección social a partir de los censos.

Por su parte, Oscar Barrios, representante del Grupo de trabajo sobre censos CEA/CEPAL, destacó que los diversos institutos de estadística de la región han realizado diversos esfuerzos para armonizar un set básico de preguntas a fin de contar con estadísticas armonizadas en vista de la próxima década de censos de la década de 2010. Paralelamente, señaló que actualmente Paraguay se encuentra liderando el grupo de censos de la Conferencia Estadística de las Américas y que aún quedan variados desafíos por enfrentar, entre los cuales destacó la necesidad de conseguir los recursos necesarios para asegurar un buen censo, y el nuevo foco que debe tomar los datos censales para garantizar el enfoque de derecho y apoyar la toma de decisiones de políticas públicas.

Carlos Ellis, asesor regional de censos del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), señaló que dicha institución seguirá brindando apoyo a la región para la elaboración de los censos de la década de 2010, y relevó las diversas ventajas con la que cuentan los censos para el análisis de las condiciones de salud de la población. De forma complementaria indicó que existen desniveles en los cuestionarios censales dentro de la región y que en particular, el tema de salud en los censos no ha sido bien explotando. En ese sentido, realizó un llamado a mejorar la calidad de la información estadística.

B. Síntesis de las presentaciones por sesión

Sesión 1. Visión general del potencial de los censos en los estudios de salud

En esta sesión se presentó un acercamiento esquemático a la relación entre el derecho a la salud, la protección social y la dinámica demográfica en el marco de los derechos humanos; y se abordaron las necesidades sanitarias en el contexto demográfico y los factores que inciden en los patrones de salud de una población, considerando tanto el gasto público como el privado. Paralelamente, se realizó una visión general del potencial de los censos en los estudios de salud, señalándose que el censo por sí solo o en combinación con otras fuentes permite obtener estadísticas a nivel de áreas pequeñas sobre todo para la generación de políticas y programas de desarrollo local referidos a la prevención y atención en salud.

Magda Ruiz, Asesora regional en demografía e información sobre población de CELADE-División de Población de la CEPAL, identificó algunas potencialidades de los censos en relación al tema de la salud, entre las que destacó: i) la determinación de la demanda para el establecimiento de políticas y programas que tomen en cuenta la interrelación entre las transiciones demográfica y epidemiológica, en particular las tendencias de la mortalidad y la fecundidad y sus impactos sobre el crecimiento y distribución por sexo y edades de la población; ii) la posibilidad de incluir preguntas en los módulos de vivienda y hogar que puedan usarse como variables que definan las condiciones ambientales en que viven las personas; e iii) la posibilidad de analizar las características y condiciones de vida de grupos de población específicos, lo que permitiría identificar las brechas e inequidades en el logro de los objetivos de la política pública y los programas de desarrollo en general y de salud en particular.

Por su parte, el Director del CELADE-División de Población de la CEPAL destacó las ventajas de utilizar para diversos ámbitos de la política pública los estudios de población y desarrollo en el marco interpretativo de los derechos humanos aplicado a la protección en salud, debido a los elementos que aportan para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, y a la atención que ponen en las personas y grupos de población que tienen barreras para ejercer su derecho a la salud.

Igualmente, se resaltó la estrecha relación existente entre la protección en salud y el contexto demográfico, así como la importancia de invertir en un aumento de cobertura de los sistemas de salud, a fin de incorporar mejoras sustantivas en los temas de desigualdad en el acceso aprovechando las oportunidades demográficas que presentan en algunos países.

Las reformas en salud deben responder a los patrones de salud que presenta la población, y en ese sentido, es necesario tomar en cuenta el complejo cuadro epidemiológico de la región que se traduce en un escaso margen para realizar mejoras rápidas en esta materia.

Al final de la sesión, ambos expositores destacaron el hecho que las fuentes de datos e indicadores estadísticos constituyen un poderoso instrumento para promover y proteger el derecho a la salud, ya que permiten formular mejores políticas y vigilar los progresos realizados; advertir los riesgos y adoptar medidas preventivas; y fortalecer el consenso respecto de las decisiones que se deben adoptar frente a la limitación de recursos.

Sesión 2. Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos

En esta sesión se expuso sobre la importancia del censo como fuente para la obtención de datos sobre inequidades de género; la vinculación de los temas prioritarios para el enfoque de género con disponibilidad de la información censal; y una evaluación del aporte y potencial de los censos al análisis social de acuerdo con las diversas necesidades de los países.

Susana Schkolnik, consultora del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) describió las diferencias entre los diversos indicadores de género (indicadores específicos de sexo, brechas de género y relaciones de género), y destacó la importancia de contar con información referida a acceso a la atención de salud; afiliación a seguros de salud; acceso a salud sexual y reproductiva; prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y SIDA; y los temas de discriminación por sexo tanto dentro de la familia como en los servicios de salud. La consultora hizo hincapié en las situaciones particularmente desventajosas a las que se exponen las mujeres de escasos recursos, tales como menor protección social en salud, mayores riesgos materno infantiles, limitaciones de la capacidad para acceder a la atención de salud por falta de autonomía económica, dificultad para tomar decisiones en salud por falta de información, y dificultad de consulta en caso de violencia, entre otras.

En el área económica, señaló que las brechas de género se manifiestan en las condiciones de trabajo, diferencias de salario, baja representatividad de las mujeres en cargos de toma de decisiones, menor acceso a recursos productivos, falta de autonomía económica y discriminación por el rol productivo.

Por otra parte la consultora señaló que los censos proporcionan una batería de preguntas sobre educación de las personas que permiten calcular logros y rezagos de género que faciliten la vinculación de la educación con otras variables como el comportamiento reproductivo, mercado de trabajo y niveles salariales, entre otras.

Los temas relevantes para el análisis de la equidad de género vinculado a los temas censales permiten señalar que: i) todas las variables que se encuentra en la boleta individual pueden cruzarse con sexo y obtener indicadores específicos de sexo o brechas de género; ii) existen variables a nivel de hogares que resultaría muy interesantes para el enfoque de género si estuvieran en la boleta individual; y iii) existen variables que habitualmente no se encuentran en los cuestionarios individuales, pero cuya inclusión podría ser deseable aunque debiera ser precedida por un estudio de campo o experiencia piloto previa como verificación de su factibilidad.

En los comentarios que siguieron, Jimena Arias y Vivian Milosavljevic, representantes de la División de Asuntos de Género de la CEPAL, señalaron que la perspectiva de género no consiste solamente en incluir una pregunta más en el cuestionario censal, sino más bien debe estar presente en todo el proceso para alcanzar su ideal de transversalidad. Puntualmente, la inclusión del enfoque de género en un censo es mucho más que refrescar la redacción de preguntas o incluir nuevas tablas de distribución de variables para hombres y mujeres. La introducción de un enfoque de género debe corregir la invisibilización histórica de las mujeres en las fuente de datos donde por años la situación de éstas ocupó un segundo plano que daba cuenta de la desvalorización que hace la sociedad de las actividades realizadas por las mujeres, considerándolas como naturales, tales como el concepto generalizado sobre los oficios domésticos, el cuidado de los niños, adultos mayores o de animales, que

son percibidos como parte de los roles de la mujer, y donde la hegemonía masculina y el patriarcado dominaban la estadística.

En la discusión posterior, las posiciones fueron diversas al interior de la sala. Algunos participantes realizaron un llamado a ser cautelosos a la hora de incorporar el enfoque de género en los censos, porque si bien existe una numerosa demanda de información, está no debe perder de vista la naturaleza y el objetivo de la operación censal. Otros, en tanto, señalaron que la operación censal no ha sido lo suficientemente explotada desde el punto de vista de género, como tampoco han sido explotados adecuadamente otros temas censales. En este sentido, se propuso que los países de la región debieran evaluar sus prioridades y en función de eso pensar sus preguntas en un marco de posibilidades flexibles.

La sesión concluyó con la necesidad de generar un proyecto de revisión de las boletas censales y estructurar un plan de tabulación para vislumbrar dónde se encuentran los vacíos; y de incluir la perspectiva de género en la capacitación de enumeradores en aras de evitar sesgos sexistas en la formulación de las preguntas. Todos los asistentes coincidieron que en materia de género es importante un proceso de revisión exhaustiva y que el proceso de reflexión sobre este tema debe ser constante.

Sesión 3. Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez

En esta sesión se efectuó un análisis de preguntas retrospectivas para la medición de la fecundidad y la mortalidad en la niñez y se presentaron las experiencias nacionales de Argentina y Guatemala en materia de fecundidad.

Juan Chackiel, consultor del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), indicó que tanto la fecundidad como la mortalidad son variables importantes en salud y en demografía y de ahí el interés por incluir preguntas exitosas en los censos para captar dichos fenómenos.

El expositor analizó las ventajas de utilizar el censo de población para las estimaciones indirectas de la fecundidad y la mortalidad, y destacó que si bien las estadísticas vitales son la fuente directa y natural para obtener estimaciones de mortalidad y fecundidad, en gran parte de los países de América Latina están afectadas por un fuerte subregistro. De ahí la importancia del censo para la obtención de estadísticas a nivel de áreas pequeñas y subpoblaciones, facilitado por las nuevas tecnologías de almacenamiento y procesamiento de grandes bases de datos a través del software REDATAM.

Respecto a las limitaciones que presenta el censo de población para este tipo de estudios, indicó que ello se debe fundamentalmente a la falta de espacio para desarrollar temas complejos, así como la falta de empadronadores e informantes especializados o calificados en los temas del sector en cuestión, en este caso salud.

A continuación, se analizaron las preguntas que se realizan en el censo a las mujeres en edad fértil sobre los hijos e hijas nacidos vivos, haciendo hincapié en cuatro de ellas: i) número total de hijos nacidos vivos; ii) número total de hijos que están con vida al momento del empadronamiento; iii) fecha del último hijo nacido vivo; y iv) si está con vida el último hijo nacido vivo al momento del censo. Entre las consideraciones generales a estas preguntas se destacó la reducción de la edad de inicio para preguntar la fecundidad de las mujeres en los censos de la década de 2000, que por lo general se fijó en los 12 o 13 años, con la finalidad de captar de mejor manera la fecundidad a edades tempranas.

Por otra parte, las preguntas que se le realizan a las mujeres averiguan hechos del pasado, lo que trae consigo problemas de memoria, como la omisión de eventos ocurridos en un lugar de residencia anterior, y dificultades para fijar las estimaciones en un momento de referencia. Además, los errores censales clásicos (omisión, mala declaración de edad y no respuesta) también afectan la calidad de esta información. En ese sentido, los datos recogidos a partir de las preguntas no están pensados para ser utilizados directamente como el número de nacimientos o defunciones tal como vienen del terreno, sino que requerirían de ciertas correcciones. A modo de ejemplo, hay casos de no respuestas que se sugiere no asignar automáticamente, pues afecta en general a mujeres de menos de 20 años sin hijos.

Respecto a la formulación y diagramación de las preguntas, el expositor indicó que las recomendaciones para preparar el cuestionario pueden cambiar usando PDA en terreno, aunque en cualquier caso las preguntas deben ser interpretadas correctamente. Por otra parte, se indicó la conveniencia de no usar filtro, pues obliga a poner un número y no da la oportunidad de asignar un “no”. El expositor también comentó el dilema de colocar preguntas breves versus preguntas largas, pues presentan ventajas y desventajas. Entre otras recomendaciones, señaló que el hecho de preguntar por sexo de los hijos puede mejorar la recolección al tener presente a todos los hijos y las hijas, sobrevivientes y fallecidos, y podría ser en el hogar y fuera del hogar; sin embargo este tipo de preguntas son de gran detalle y puede afectar el espacio que ocupan en la boleta censal, así como provocar inconsistencias en los resultados. En cuanto a la fecha del último hijo nacido vivo, se dijo que de esa información se derivan los nacidos vivos correspondientes a los últimos 12 meses antes del censo y se evita en parte el error en el período de referencia. Sin embargo, una pregunta que ha tenido menos uso es la relativa a la sobrevivencia del último hijo, la que se consideró en la sesión 4 del taller.

A continuación, el expositor describió los métodos indirectos para la estimar de la fecundidad a partir de los censos de población, presentando el número de países que incluyen las preguntas necesarias en los censos que permiten realizar dicha operación. En ese sentido, la información necesaria para ello es la siguiente: a) número de mujeres entre 15 y 49 años de edad por grupos quinquenales; b) número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres para los mismos grupos quinquenales de edad; y c) número de hijos nacidos vivos en el último año anterior al censo para los mismos grupos de edad, provenientes de la pregunta sobre fecha de nacimiento del último nacido vivo.

Se indicó también el modo de calcular la paridez media retrospectiva $P(i)=(HNV)_i/N_i$, aclarando que las mujeres del denominador son el total del grupo de edad i , bajo el supuesto de que las que no declararon tienen 0 hijos. Al respecto, el expositor comentó que la información menos confiable es de las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años.

Posteriormente se comentó la conveniencia de utilizar dos indicadores: las tasa de fecundidad por edad de las madres $f(i)$ y la paridez media sintética por edad. Con respecto al primero de ellos, se explicó que refleja bien el patrón por edades de la fecundidad, pero no el nivel de las tasas. Al calcular las $f(i)$ acumuladas por edades, sería un valor equivalente a la paridez media suponiendo que la fecundidad en todas las edades es la del año anterior al censo. A este valor sintético se denomina $F(i)$, el que sería igual a $P(i)$ si los datos fueran correctos y la fecundidad fuera constante durante los 35 años anteriores al censo. De esta manera, un método de evaluar los errores y el supuesto de fecundidad constante sería a través del análisis de la tendencia del cociente $P(i)/F(i)$. Estos procedimientos fueron ejemplificados con la estimación de la fecundidad de Nicaragua.

Se destacó también la utilidad de la estimación de la fecundidad a partir de los censos porque permite calcular diferenciales, como por ejemplo tasas de fecundidad según nivel de instrucción de la madre, o área urbana y rural, o divisiones administrativas mayores, entre otras.

Respecto a la estimación de la fecundidad adolescente a partir de los censos, el expositor señaló que ésta presenta una información débil debido a los pocos casos y porque la pregunta es sensible.

María Luciana Rosemberg, representante del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina, mencionó que las estadísticas vitales permiten medir el nivel y la estructura de la fecundidad, siendo ventajoso la utilización de estas fuentes de datos por su cobertura y periodicidad. Sin embargo, poseen varias limitaciones, como las inscripciones tardías, y el hecho de que no permite captar otras variables que permitirían medir diferenciales, como por ejemplo los de tipo socioeconómico.

Posteriormente la expositora presentó la situación de la transición demográfica en Argentina, analizando los niveles de la tasa global de fecundidad (TGF) y la tasa bruta de reproducción. En ese sentido, ya en 1950 el país presentaba bajos niveles de fecundidad (3,2 hijos por mujer) en comparación con otros países de la región. Sin embargo destacó que si bien a nivel nacional la TGF se ha ubicado muy cercana al nivel de reemplazo en los últimos cincuenta años, hay diferencias según las provincias del país, aunque la edad media de la fecundidad se ha mantenido constante. La expositora a continuación

presentó una serie de gráficos que muestran los diferenciales de la fecundidad según provincias, edad de la madre, actividad económica, convivencia de la pareja y pertenencia de obra social o plan médico. Todos estos ejemplos permiten apreciar las potencialidades que presenta el censo para estimar la fecundidad según diferenciales y subpoblaciones.

Finalmente se refirió al nuevo marco oficial de monitores de los ODM, el sistema informativo perinatal, la ley nacional de salud sexual y procreación responsable.

María Eugenia Guzmán, representante del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala, comentó que las estimaciones de fecundidad a partir de los censos se utilizan para realizar proyecciones de población. Al respecto, en el cuestionario que utilizó su país para el último censo se incluyeron cuatro preguntas para las mujeres de entre 12 y 49 años. La información que se ha obtenido por esa vía sólo ha sido utilizada para estimar la fecundidad, cuya estructura de se ha mantenido constante entre 1950 y 1995.

La expositora señaló también el hecho que uno de los problemas de su país es que toda la información y planificación del censo la realizan consultores externos, los cuales se llevan toda la información. Además, destacó que hay una debilidad de personal para explotar datos del censo en el INE.

Se indicó también que sólo cuando se realiza el censo se actualizan las estadísticas vitales, y que el próximo censo se realizará en 2012. Asimismo, indicó que en su país es importante tener un acercamiento a la experiencia con otros países, pues al personal permanente encargado de estimar las tasas de fecundidad no tiene la experiencia necesaria para hacerlo.

En los comentarios que siguieron, Guiomar Bay, experta en demografía de CELADE-División de población de la CEPAL, retrató las ventajas de conocer las características de los datos recolectados, así como las metodologías que se utilizan para realizar los análisis y las correcciones correspondientes. Por otra parte señaló que si bien REDATAM permite realizar estimaciones indirectas de la fecundidad a una escala menor que la nacional y entrega información para el cálculo de diferenciales, es necesario tener en cuenta que a veces los datos son reducidos y eso puede influir en los resultados de la estimación a escala menores que la nacional, como por ejemplo en divisiones administrativas menores.

Algunos técnicos creen en la necesidad de mejorar las estadísticas vitales, pero las diferentes fuentes de datos para estimar la fecundidad no son excluyentes, sino complementarias. El aporte está dado por los subgrupos de población que se puede investigar justifica plenamente la inclusión de estas preguntas en los censos latinoamericanos independientemente del país. Pues aunque que se tenga buenas estadísticas vitales hay subgrupos poblacionales que sólo se puede identificar por medio de los censos de población.

En la discusión que siguió, se debatió sobre el cambio realizado por Argentina (sacar el límite de edad); la pertinencia o no de preguntar por la fecha de nacimiento, ya que si la información la entrega otro informante del hogar quizás no sea exacta la fecha del nacimiento; y sobre los vínculos entre el censo y las estadísticas vitales, evaluando sus diversas ventajas y desventajas. Paralelamente se efectuaron diversos comentarios respecto al método de hijos propios, la calidad de la información acerca de la fecundidad adolescente y sobre la ventaja potencial del censo respecto del grado de desagregación territorial.

Sesión 4. Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez (continuación)

Esta sesión se centró en presentar metodologías y experiencias nacionales para estimación y medición de la mortalidad infantil a partir de los datos censales. En ese sentido, se revelaron las bondades de los métodos retrospectivos para el cálculo de la mortalidad infantil y sus dificultades de medición, así como los paralelismos entre las estimaciones a partir de los censos y las estadísticas vitales, lo cual en algunos

países muestra diferencias significativas. Asimismo, se planteó también el tema de la calidad de la información y las metodologías para valorar la consistencia de los datos.

Juan Chackiel, consultor de Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), se refirió a la estimación de la mortalidad en la niñez a partir de censos de población, donde indicó que es uno de los métodos más frecuentes para estimar dicho indicador a partir de dos preguntas.

A continuación, se presentó un cuadro en el que se mostraron los países de la región que tienen incorporadas preguntas para estimar mortalidad en los censos de la década de 2000, distinguiendo entre las que se formularon en el apartado de hogares y en el de personas. Respecto a estas últimas, están dirigidas a las mujeres en edad fértil y hacen referencia a los hijos e hijas nacidos vivos, como se expuso en la sesión 3 del taller.

Posteriormente, se describieron los distintos métodos para estimar de manera indirecta la mortalidad en la niñez a través de los censos. El primero de ellos considera el número total de hijos nacidos vivos y el número total de hijos que están con vida al momento de la entrevista. El segundo procedimiento, en tanto, utiliza la fecha del último hijo nacido vivo, y si está con vida el último hijo nacido vivo al momento del censo.

La información que se necesita para la estimación de la mortalidad en la niñez es la siguiente: (i) número de mujeres entre 15 y 49 años de edad por grupos quinquenales; (ii) número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres para los mismos grupos quinquenales de edad; y (iii) número de hijos sobrevivientes o fallecidos de los nacidos vivos declarados por las mujeres para los mismos grupos de edad.

Respecto de la información no declarada, se indicó que la no declaración se compensaría parcialmente por afectar más al numerador que al denominador, y debido a que lo que suceda con las mujeres omitidas no afecta directamente a la proporción de hijos muertos, pues no se usa en el cálculo.

El expositor realizó algunos comentarios generales sobre las defunciones declaradas en el censo, entre los cuales destacó que la proporción de niños muertos debería ser creciente con la edad de la madre, pues las mayores representan una mortalidad más antigua; sin embargo, al igual que en el caso de la fecundidad, la información de las edades extremas es más dudosa. Además la información hace referencia a la edad de las madres, cuando lo deseable es que se exprese según la edad de los niños. En relación a las limitaciones de estimar las defunciones se indicó que $D(i)$ (proporción de hijos actualmente vivos, en relación a los nacidos vivos de mujeres de determinada edad) no es una medida convencional de la mortalidad, por lo que no sería fácil utilizarla al estar referida a la edad de las madres. En esa misma línea, señaló que Brass encontró una asociación entre esa proporción para cada edad, con la probabilidad de morir de los niños desde el nacimiento hasta una edad x determinada $q(x)$. Para ello, se determinó la probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad x (qx).

Los cálculos ya mencionados fueron ejemplificados a través del censo de Panamá del año 2000, calculando las probabilidades de morir en la niñez a partir de preguntas retrospectivas para la población indígena utilizando el método de estimación ya señalado. Como se obtiene una medida distinta para cada momento en el tiempo, a los efectos de estimar la tendencia en el tiempo, se recurrió a tablas modelo entrando con cada $q(x)$ para obtener el equivalente a la $q(1)$ como medida común.

Respecto a las dificultades de la estimación según edad de las madres, se planteó que en el caso de las mujeres mayores de 35 años existe una subestimación por hechos no declarados, que se ligan a problemas de memoria y si bien hay compensaciones entre numerador y denominador, afecta en mayor medida al primero. En cuanto a las menores de 20 ó 25 años las dificultades radican en una mala declaración de la información, errores aleatorios, y mayor riesgo de mortalidad infantil. Debido a esto, el expositor comenta que se selecciona la estimación más confiable, que puede ser la probabilidad de promedio 20-24 años y 25-29 años, ó la probabilidad de promedio 20-24 años a 30-34 años, ó bien la tendencia de $q(1)$ ó $q(5)$ en edades más confiables.

También se refirió a la estimación con sobrevivientes del último año, en donde indico que es un método directo y simple, pero con fuerte subestimación.

Finalmente, se concluyó que las preguntas para estimar la mortalidad en la niñez, son una de las inclusiones más exitosas en los censos, si se juzga por el gran número de estudios realizado, comenzando por el programa IMIAL y luego con la base de datos CELADE/UNICEF. Técnicamente, el procedimiento de estimación es muy robusto, puesto que los resultados no varían mucho por el no cumplimiento de los supuestos. Sin embargo es imperioso hacer esfuerzos por mejorar la recolección de datos referidos a las adolescentes, tanto en lo que tiene que ver con su fecundidad como la mortalidad de sus hijos. Mientras que en la formulación de las preguntas debieran evitarse las preguntas filtro para evitar la no respuesta, la que afecta primordialmente a las mujeres más jóvenes.

Nelly Niedworok, representante del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Uruguay describió la experiencia de su país (que cuenta con un buen registro de estadísticas vitales) sobre la estimación indirecta de la mortalidad infantil a partir de datos censales. Para ello, la metodología utilizada fue el modelo Brass, variante Trussell y Coale. Respecto a las limitaciones y condicionantes de dicho modelo, indicó que: i) tiende a subestimar el nivel de la mortalidad; ii) los atributos se refieren al momento del censo y no necesariamente del hecho; iii) requiere necesariamente de la presencia de condiciones teóricas; iv) precisa de una idoneidad técnica necesaria para su aplicación; y v) buena calidad indispensable de los datos censales. En cuanto a sus ventajas, la expositora señaló que el método es robusto y salva limitaciones de los registros continuos para la observación de diferenciales relativos, ya sean geográficos, socioculturales, condiciones materiales de vida.

A continuación, se detallaron las condiciones teóricas del método: i) fecundidad y mortalidad invariables en años recientes; ii) mortalidad de hijos de mujeres informantes igual a la de todos los nacidos vivos de una población; iii) los riesgos de muerte de los hijos es independiente de edad de la madre al nacer; e iv) las estructuras de la mortalidad y la fecundidad no son muy diferentes a los modelos empleados. La expositora mencionó también algunas observaciones sobre la aplicación del método en el caso uruguayo, entre las que destacó el hecho de que en la década de 1960 y mediados de 1970 se observó un estancamiento de la tasa de mortalidad infantil, se lo que se deduce que hay una estabilidad del nivel y que la aplicación de supuesto de la técnica de Brass presenta un buen nivel de coherencia entre estimaciones directas e indirectas. A partir de 1977, sin embargo, se observó un pronunciado descenso de la tasa de mortalidad infantil, por lo que el supuesto de estabilidad no se cumpliría. A pesar de la existencia de restricciones en estimaciones a partir del censo de 1985, señaló que el método es el más idóneo para medir diferenciales.

La expositora presentó también una serie de gráficos que combinan las tasas de mortalidad infantil según diversos diferenciales a nivel nacional, regiones y zonas del país para ejemplificar la importancia de la estimación indirecta a través de los censos a pesar de contar con buenos registros vitales.

Mónica Bankirer, representante del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina, mencionó que la medición de la fecundidad y la mortalidad en su país ha sido efectuada tradicionalmente a través de las estadísticas vitales recopiladas por el Registro Civil.

En algunos países con estadísticas vitales deficientes se hizo necesaria la inclusión de preguntas que permitieran la estimación indirecta de estas variables demográficas. En la actualidad, la mayoría de los países continúan incorporando esta temática en sus boletas censales debido a la ventaja de esta fuente en cuanto a la desagregación de grupos sociales específicos, además de posibilitar estimaciones derivadas de una única fuente; en ese sentido, las recomendaciones internacionales señalan que las preguntas referidas a “hijos nacidos vivos” e “hijos actualmente vivos” están comprendidas dentro de las variables básicas a tener en cuenta en los censos de población. Asimismo, señaló que la declaración acerca de la fecundidad retrospectiva y la sobrevivencia de hijos adolece de ciertos errores típicos como el olvido u omisión de hijos, especialmente aquellos que no viven con la madre o han muerto; y el hecho de que la omisión aumenta proporcionalmente con la edad de la madre.

En relación a la imprecisión en la definición de “nacido vivo”, lo que podría llevar a una sobrestimación de la fecundidad debida a la inclusión de mortinatos y defunciones fetales tardías entre los nacidos vivos, la expositora comenta que en el caso de Argentina, el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 incorporó una serie de cambios en el diseño de la cédula censal tendientes a mejorar la captación en todo el bloque de preguntas referidas a la fecundidad, como: i) el alejamiento de todas las preguntas referidas a la medición de la fecundidad respecto de aquellas que investigan sobre la situación conyugal, con el objeto de evitar que los prejuicios del censista y los pudores del censado contribuyan a generar mayores omisiones en las respuestas, especialmente en el caso de las mujeres solteras, e ii) una nueva operacionalización que incluye una pregunta acerca de la tenencia de hijos e hijas nacidos vivos, que precede a la que indaga sobre la cantidad de hijos e hijas tenidos.

La expositora describió la metodología empleada para la estimación indirecta de la mortalidad infantil, que consiste en el método de Brass para medir la incidencia de la mortalidad en los primeros años de vida, basado en la información sobre el número de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes declarados por las mujeres enumeradas en el censo. Con esta información se calculan proporciones de hijos fallecidos según edad de la madre. La técnica de Brass permite convertir estas proporciones en medidas más convencionales de la mortalidad, específicamente en probabilidades de morir entre el nacimiento y ciertas edades exactas. Posteriormente a la formulación original de Brass, Coale y Trussell desarrollaron una variante que permite establecer una referencia temporal explícita a las estimaciones de la mortalidad infantil y juvenil resultantes. En este trabajo se seleccionó, como resultado de la aplicación de este método, la $q(1)$ obtenida a partir del promedio de los valores provenientes de las proporciones de hijos fallecidos de las mujeres de los grupos de edad 20 a 24 y 25 a 29 años bajo el supuesto de mortalidad del modelo Oeste de Coale-Demeny.

A continuación, se presentaron las tasas de mortalidad infantil (TMI) según total de país y provincia, calculadas a partir de estadísticas vitales y censos (1991 y 2001) que presentaban problemas en la estimación. La expositora retomó este problema en las reflexiones finales, donde indicó que se ha observado que en un número importante de provincias -entre las cuales se ubican aquellas con mayor volumen demográfico-, las proporciones de hijos fallecidos conducen a estimaciones de probabilidades de morir entre el nacimiento y la edad 1 que arrojan valores inaceptables si se los compara con las tasas de mortalidad infantil registradas por las estadísticas vitales. En esta situación se encuentran jurisdicciones tales como Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Neuquén, entre otras. El análisis de la información no depurada realizado con miras a la evaluación de las diferentes etapas de la producción del dato ha puesto en evidencia que en el 2001 subsisten problemas en la captación de los hijos nacidos vivos y los hijos sobrevivientes declarados por la población femenina. En lo que respecta a la incidencia de los procesos de consistencia e imputación, se ha constatado que el tratamiento aplicado en la mayoría de los casos ha producido resultados “no esperados”. Finalmente, indicó que existe el compromiso para el futuro censo del 2010 de implementar controles especiales para su medición.

Los comentarios de la sesión estuvieron centrados en tres grandes ejes: i) los censos no pueden ni deben sustituir ni suplantar la importancia de las estadísticas vitales para la estimación de la mortalidad infantil; ii) la importancia de considerar el área geográfica y los estratos sociales para la estimación de la TMI, así como las variables principales de contexto; e iii) la necesidad de articular un trabajo conjunto entre demógrafos y especialistas en informática para llevar adelante los procesos de imputación, limpieza, corrección y evaluación de consistencia de los datos censales.

Sesión 5. Análisis de la mortalidad adulta

En esta sesión se revisaron algunos aspectos generales sobre la estimación de la mortalidad adulta a partir de los censos, y las experiencias nacionales de Paraguay y El Salvador en la materia.

Juan Chackiel, consultor del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), se refirió a la experiencia regional reciente en la estimación de la mortalidad adulta a través de los censos de

población, cuya importancia radica en la utilidad de esta información para las reformas del sector salud y en la insuficiencia de otros registros. Al respecto, en los censos de la década de 2000 algunos países recabaron información sobre número de defunciones ocurridas en el hogar, sexo y edad de los fallecidos, y sobrevivencia de la madre, con la finalidad de estimar la mortalidad adulta femenina.

En el ámbito de la orfandad materna, el expositor explicó algunas razones para desechar la aplicación del método en el censo. En primer lugar, señaló que los resultados no han sido del todo convincentes y que existen sesgos al considerar la muerte de las madres como representativas del total de mujeres, o bien al estar probablemente asociadas la muerte de la madre y la del hijo (aunque algunos de estos sesgos podrían superarse con preguntas adicionales). También se mencionó que puede haber sobrerrepresentación de las madres con más hijos y que la estimación corresponde a un pasado más lejano. Una alternativa es consultar por las muertes ocurridas en el hogar (pregunta más frecuente en los censos de la década de 2000), pues aunque la experiencia de América Latina fue limitada en sus resultados, Naciones Unidas considera que es posible recoger el dato sin errores serios.

Posteriormente, asumiendo que la declaración de la información sobre defunciones estaría subestimada en el censo, se procedió a explicar el modo de estimar de manera indirecta las tasas de mortalidad mediante el método de Brass (o “ecuación del crecimiento”). Este método permite elaborar tablas de mortalidad utilizando la información sobre defunciones por grupos de edad como numerador, y la población censada por grupos de edad como denominador. Aclaró que, como estos datos son deficientes en los países de la región, es necesario aplicar un proceso de corrección a partir de una edad y tasa de crecimiento de la población.

Los supuestos del método son: i) población cerrada a las migraciones; ii) tasa de crecimiento constante con la edad; y iii) errores de omisión constantes con la edad. El expositor mostró la ecuación compensadora y la secuencia de cálculos matemáticos para su aplicación. Luego, presentó el caso de Panamá como un resultado exitoso de estimación, así como el de Belice, en donde los resultados no fueron los esperados, principalmente debido al peso relativo que tiene la inmigración en ese país.

Se reconocieron algunos problemas, como la invalidez del supuesto de población cerrada para mucho de los países de la región donde la migración internacional tiene un alto peso en la dinámica demográfica (aunque según Naciones Unidas habría cierta compensación porque las migraciones afectan tanto a la población como a las defunciones). También se consideró que la estimación de la tasa de crecimiento no resulta muy bien con el método, pues se refiere más a la tasa intrínseca de la población estable.

El expositor consideró válido aplicar el método tanto para defunciones recogidas a través del censo, como para las defunciones registradas por estadísticas vitales (ya que en ambos casos los errores son constantes con la edad). Un país que no tiene buenos registros continuos pero que asume esas omisiones, puede extraer datos contemporáneos al censo y obtener estimaciones similares para complementarlos. La mortalidad de adultos mayores, finalmente, se presentó como un tema pendiente, por cuanto mantiene problemas casi insuperables en la declaración de la edad.

Roberto Guardado, representante de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de El Salvador, presentó los resultados obtenidos de la aplicación de las preguntas sobre defunciones en el hogar -generales y maternas- en el censo de 2007 de ese país. En la última boleta censal de El Salvador se incluyeron preguntas referentes al fallecimiento de algún miembro del hogar durante los últimos doce meses, el número de fallecidos en tal caso, así como el sexo y la edad al morir. Adicionalmente, en los casos en que se declaró el fallecimiento de una mujer en edad reproductiva, se preguntó sobre la causa de su muerte (embarazo, parto, posparto u otra), con el objeto de indagar en la mortalidad materna.

El censo arrojó una tasa bruta de mortalidad cercana a las 8 defunciones anuales por cada mil habitantes en el caso de los hombres, y de 5 por mil en el caso de las mujeres. Al analizar las tasas específicas de mortalidad, el expositor destacó que la mortalidad masculina es mayor a la femenina en todos los tramos de edad, pero sobre todo en el tramo de 15 a 29 años, donde la mortalidad de hombres

llega a ser de 4, 5 ó 6 veces mayor que la mortalidad de mujeres. Este hecho se asoció al aumento de la violencia existente en el país durante los últimos años.

Al comparar estos datos con la información de los registros, se consideró que la pregunta surtió buenos resultados, pues tanto en hombres como en mujeres, las tasas específicas de mortalidad provenientes del censo son sumamente similares a las de los registros vitales, al menos hasta los 24 años. A partir de los 25 años los datos del registro sobrepasan levemente a los del censo. También se observó una estrecha similitud de las fuentes en lo concerniente a la sobremortalidad masculina (excepto en el tramo de 20 a 29 años, en donde los datos censales superan a los registros). En relación a la esperanza de vida al nacer, los resultados derivados del censo indican un promedio de 71,8 años de vida, sólo un año más de lo que se obtiene mediante los registros.

En el ámbito de la mortalidad materna, el censo recogió un total de 62 eventos, la mayoría ocurridos en áreas rurales (probablemente consecuencia del peor acceso a los servicios de salud). La cantidad de nacimientos registrados, en cambio, fue mayor en el área urbana. Consiguientemente, la razón de mortalidad materna (RMM) estimada a partir del censo fue bastante mayor en el área rural que en la urbana. En promedio, la RMM censal resultó igual a 61,1 defunciones por cien mil nacidos vivos, una cifra comparable, según el expositor, con los indicadores establecidos por el sector salud, que en 2007 estimaba una RMM igual a 57,1 por cien mil nacidos vivos.

Como conclusión ante los resultados obtenidos con el censo de 2007, el representante de El Salvador consideró adecuado mantener las preguntas sobre defunciones en el hogar y defunciones maternas dentro del próximo cuestionario censal, así como las consultas sobre hijos nacidos vivos, sobrevivientes y la fecha de nacimiento del último nacido vivo, para poder aplicar los métodos de estimación indirecta.

Oscar Barrios, representante de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) de Paraguay, también analizó las estimaciones de mortalidad adulta obtenidas a través del censo nacional. A modo de antecedente, comentó que Paraguay cuenta actualmente con dos fuentes de registro sobre mortalidad, el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y el Registro Civil, dependiente del Ministerio de Justicia y Trabajo. No obstante, las estadísticas provistas por ambas instituciones son incompletas y con inexactitudes en la declaración de la edad. Hasta ahora, estas fuentes no garantizan mucha credibilidad, principalmente debido a la falta de oportunidad y al subregistro. Para compensar dicha situación, en censos anteriores se intentaron incluir algunas preguntas sobre mortalidad adulta (incluida la materna) pero los datos obtenidos nunca fueron del todo aprovechados. La primera vez que se usó la información censal para construir tablas de mortalidad fue a partir del censo de 2002, donde se consultó sobre las defunciones ocurridas en el hogar durante el año anterior al censo, el sexo y edad del fallecido en tales casos, además de la causa de muerte para estimar la RMM.

Las preguntas se probaron primeramente a nivel interno de la DGEEC, luego se discutieron los resultados con los mismos usuarios de la información, y una vez que se contó con las preguntas definitivas se realizó un censo experimental en una ciudad aledaña a Asunción. Las únicas dificultades detectadas con esta prueba fueron la incomprensión del significado de ciertas palabras (como “fallecidas” o “post parto”). Para el censo definitivo, las preguntas se incluyeron dentro del módulo de hogar, y en los casos en que se informaba más de una defunción por hogar, se optó por registrar sólo una de las personas fallecidas durante el año anterior al censo. Los principales problemas observados en la implementación final del cuestionario tuvieron que ver con fallas de memoria, inexactitudes en la declaración de la edad, mala evaluación del período de referencia y problemas de selectividad del concepto (respecto de las muertes en el hogar, el censo arrojó un 11% de hogares no reportados, y un 7.7% de casos sin dato de sexo ni edad). Con todo, el expositor manifestó que hubo una generalizada satisfacción con la implementación de las preguntas.

Al comparar los resultados obtenidos de las tres fuentes, se encontraron algunos diferenciales. Al estimar la mortalidad infantil mediante el método Trussel, variante de Brass, el censo presentó el doble

de defunciones que las fuentes alternativas (34,6 por mil, contra 14,7 según el sector salud y 7,1 según el Registro Civil). Luego, al analizar la cobertura respecto a la estimación de cada uno de los registros de defunciones mediante el método de Preston y Coale, se encontró una cobertura promedio de 71,6% para el sector salud, de 82,1% para el Registro Civil y un sobrerregistro de 17,8% en el caso del censo, más fuerte en los hombres que en las mujeres. Gráficamente, se observó que las tasas específicas de mortalidad (según defunciones corregidas) obtenidas del sector salud y del Registro Civil se solapan completamente, mientras que la curva del censo sobrepasa levemente a las otras.

En último lugar, el representante del Paraguay destacó que gracias a la inclusión de estas preguntas se pudo contar por primera vez con una tabla de mortalidad sin recurrir a modelos. Consideró que es oportuno aplicar las preguntas sobre mortalidad adulta en el censo, pero con las pruebas y adaptaciones suficientes. Finalmente, sostuvo que el censo se muestra como la única alternativa para obtener información sobre mortalidad adulta en los países que no cuentan con otras fuentes de calidad.

Hacia el cierre de la sesión se concluyó que dadas las insuficiencias de los registros de defunciones en la región, los censos de población son una fuente alternativa válida para el estudio de la mortalidad adulta. En efecto, además de utilizar el censo para medir la mortalidad infantil, algunos países han optado por incluir preguntas sobre la mortalidad adulta, sobre todo preguntas acerca de la orfandad materna y de las muertes de ex-miembros del hogar.

La pregunta sobre las defunciones ocurridas en el hogar dentro de los últimos 12 meses constituyen una importante fuente de información sobre mortalidad, por cuanto se puede usar para estimar el nivel y patrón de la mortalidad por sexo y edad en los países que carecen de registros continuos de las defunciones o donde éstos son de muy mala calidad. Sin embargo, no se debe tomar en cuenta el número de defunciones que directamente se declaran en los censos, pues su cobertura puede ser peor que la de otros registros.

Algunos Institutos Nacionales de Estadísticas valorizan enormemente esta pregunta, especialmente cuando puede complementarse con la mortalidad materna. Se ha observado que en el caso de El Salvador la concordancia entre las estimaciones de mortalidad adulta a partir de los censos y de otras fuentes es alta y el comportamiento es bastante normal. Asimismo, se ha evidenciado que en el Paraguay la información censal arroja estimaciones de mortalidad más razonables que la de los registros civiles, pese a que solamente recaba información de una muerte en el período considerado.

Se debe tener en cuenta que, además de las complicaciones asociadas al período de referencia (que puede ser complejo respetarlo) y al subregistro de casos en que la muerte causa la disolución del hogar, el uso de los datos obtenidos en el censo requiere aplicar unos supuestos relativamente rígidos para corregir la estimación de la mortalidad adulta, y aunque se han desarrollado procedimientos de estimación más flexibles, sus resultados son a veces más complejos de interpretar.

En el caso de la orfandad materna, ya se han documentado diversas deficiencias en los resultados obtenidos por los dos países que incluyeron esta pregunta (el hecho de que la estimación se ubica varios años antes del censo, por ejemplo, es brevemente mencionado en las recomendaciones de Naciones Unidas), por lo que se recomienda no incluirla en los censos de 2010.

Se debe considerar, finalmente, cuál sería el aporte de incluir las preguntas de mortalidad adulta en los censos de países que ya cuentan con un sistema de estadísticas vitales o con registros medianamente confiables, aunque su cobertura pueda ser insuficiente. Además, si el supuesto fundamental es que los errores que afectan tanto a los datos del censo como de los registros, son proporcionalmente constantes según la edad, el procedimiento de estimación se puede aplicar usando las defunciones de las estadísticas vitales y tomando la población del censo.

Tal vez el valor agregado del censo radica en sus tradicionales fortalezas, esto es, una fuente de mortalidad relativamente armonizada, con la posibilidad de desagregar indicadores a niveles de áreas menores y de asociar la mortalidad con otras características del hogar (que no son recolectadas en las

estadísticas vitales). Todo ello, a pesar de que uno de los supuestos del método de estimación es que la población sea cerrada.

Sesión 6. Aspectos de la salud reproductiva: fecundidad adolescente y mortalidad materna

En esta sesión se analizaron los aspectos de la salud reproductiva que se han derivado de los censos de la región, y se revisaron las experiencias que República Dominicana y Paraguay han tenido en la estimación de la mortalidad materna a partir de sus censos.

Laura Wong, consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL, expuso algunos aspectos generales de la salud sexual y reproductiva (SSR) derivados de los censos, aclarando previamente el hecho de que el término abarca múltiples temas de salud.

La expositora destacó que ante la histórica deficiencia de los registros continuos de América Latina y la próxima finalización de los proyectos que se han dedicado a la realización de encuestas especializadas (como las Demographic and Health Survey y la Health and Reproductive Surveys), el censo deviene clave para el estudio de la salud reproductiva en la región, y aunque se trata de una fuente con claras desventajas respecto de las encuestas (por su imposibilidad de profundizar en los temas, por la dificultad de incluir preguntas complejas y la incapacidad de obtener respuestas personal e individualmente), tiene mucho más potencial del que se acostumbra utilizar.

En referencia a la fecundidad adolescente, se mostró un conjunto de siete indicadores sobre fecundidad adolescente que se pueden obtener a partir de las consultas estándares de los censos (como la tasa específica de fecundidad de adolescentes, el porcentaje de madres adolescentes y la paridez adolescente media, entre otros).

Reconociendo que es de difícil aceptación, la expositora mencionó además la propuesta de incluir en el censo una pregunta retrospectiva sobre la edad de la mujer al primer embarazo y la edad al primer nacimiento, con el objeto de reconstruir indirectamente la historia de nacimientos e identificar intervalos intergenésicos, usando también la pregunta sobre hijos sobrevivientes.

Las dificultades de hacer preguntas sobre fecundidad adolescente radican, generalmente, en la definición de la edad inicial, dado que bajo los 14 años hay muy pocos eventos, podría ser poco costoso y poco efectivo consultar en el censo por debajo de esas edades; así como en la identificación de subfamilias o de uniones informales.

En el ámbito de la mortalidad materna, se cuestionó la utilidad de usar el censo para su medición, dada la baja ocurrencia de los eventos. Se comentó además que la agenda de los ODM ha escogido la razón de mortalidad materna como indicador, pero dado que está directamente afectado por la composición socioeconómica, su seguimiento se distorsiona, lo que hace más urgente la necesidad de producir datos confiables. Seguidamente se mostró un listado de indicadores de mortalidad materna que se pueden obtener a partir del censo (tales como tasa de mortalidad materna, proporción de muertes maternas, riesgo de morir por causa materna, número absoluto de muertes maternas, etc.) y se refirió a las preguntas usadas para ello (sobrevivencia de hermanas, defunciones en el hogar, causa de muerte).

Finalmente, se consideraron los problemas que puede tener la consulta sobre mortalidad materna a escala de hogar: i) la acentuación de subjetividades en el tema y la consecuente omisión de las defunciones en el hogar; y ii), la mayor probabilidad de desintegración del hogar donde hubo una muerte materna.

Francisco Cáceres, representante de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) de la República Dominicana, presentó la experiencia nacional en la medición indirecta de la mortalidad materna a partir del censo.

El expositor inició su presentación con una definición de la mortalidad materna, subrayando que se trata de un evento referido al período de embarazo, parto o puerperio. También destacó las

limitaciones de cobertura y de calidad de las fuentes regulares en los países de América Latina, en particular los registros, que dificultan una medición confiable. Como ejemplo, mencionó la experiencia de un estudio en Santo Domingo basado en “autopsias verbales”, donde se detectó un 25% de muertes maternas no declaradas como tales.

Posteriormente, describió la aplicación del método de Graham y Brass (también conocido como el “método de la sobrevivencia de hermanas”) y sus ventajas respecto de la consulta a escala de hogar, por cuanto se supera el problema de la disolución familiar y el inconveniente de registrar eventos de ocurrencia poco frecuente. El expositor presentó las características básicas del procedimiento, destacando la sencillez de las operaciones matemáticas que requiere. Explicó las cuatro preguntas necesarias (número total de hermanas tenidas, número de las que llegaron con vida a los 12 años, número de las fallecidas después de alcanzar esa edad y el número de las que fallecieron por causas maternas, consultando el momento de la defunción en este caso), y luego presentó datos de omisión en las respuestas obtenidas en el censo 2002 de la República Dominicana, señalando que hubo un porcentaje importante de no respuesta (5,5%) a nivel general, y que esta omisión es mayor en edades más jóvenes (9,9% en el grupo de 15 a 19 años), aunque repunta a los 60 años y más. No se encontraron diferencias según lugar geográfico o nivel educacional del jefe de hogar.

Finalmente, se presentaron gráficos los resultados obtenidos en relación a la RMM. En general, se obtuvieron valores altos o excesivamente altos en el caso de las informantes de 15 a 19 años. Se cotejó la RMM promedio entre 1977 y 1982 (327 por cien mil nacidos vivos) con los niveles arrojados por ENDESA en 1991, que resultaron mucho más bajos (180 por cien mil nacidos vivos). Con el objeto de encontrar explicaciones para esta sobreestimación, se cotejó el número promedio de hermanas sobrevivientes a los 12 años arrojado por el censo de 2002 y por ENDESA de 1991, encontrándose que, en edades más jóvenes, hay un número mucho mayor de hermanas declaradas fallecidas en el censo, tanto en mortalidad general como materna. El representante de República Dominicana concluyó que el censo no es la fuente más favorable para generar la información que requiere la estimación de la mortalidad materna.

Fulvia Brizuela, experta invitada de Paraguay, presentó los resultados obtenidos de la aplicación de las preguntas de mortalidad materna en el censo de 2002. Mencionó que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar de Paraguay dispone anualmente de registros oficiales de mortalidad pero que éstos poseen problemas de cobertura, sobre todo en el caso de la mortalidad materna. Para ello, la expositora presentó varios gráficos, en los que no es posible observar una tendencia sistemática en la evolución de las defunciones. Según estas estadísticas, la mortalidad materna ha aumentado desde 1995, pero ello podría deberse a un mejoramiento de la cobertura del registro y no a una mayor ocurrencia de eventos. La expositora comentó que el propio Ministerio pidió incluir consultas para estimar la mortalidad materna en el censo porque no tenía confianza en sus datos.

La expositora mostró el proceso de redacción de las preguntas decididas para incluirse en el censo y un extenso módulo final (sin filtro). Luego expuso los resultados, donde se encontraron datos completos acerca de la edad y la causa del deceso para casi todas las mujeres (96%) registradas como fallecidas durante el período reproductivo, lo que induce a tener cierto grado de confianza en las estimaciones mortalidad materna. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que este 96% representa sólo alrededor de 2.870 mujeres.

Al comparar los resultados con otras fuentes, se observa que los datos del censo sobre defunciones de mujeres entre 10 y 49 años llegan a duplicar o triplicar las defunciones registradas por el Ministerio de Salud Pública y por el Registro Civil. Respecto de muertes maternas, los datos de nivel (cantidad de muertes) no así de estructura (por edad), son muy superiores en el censo

Finalmente, Fulvia Brizuela explicó la aplicación de método de Preston y Coale para estimar la mortalidad materna y evaluó positivamente sus resultados, recomendando incluir el módulo de preguntas necesarias en los censos de la década de 2010 en los casos en que los países tengan problemas de cobertura en sus registros continuos.

Al cierre de esta sesión, se concluyó que la fecundidad adolescente y la mortalidad materna son dos temas de salud sexual y reproductiva que pueden ser investigados con los censos y que ameritan un monitoreo y análisis especial por estar incorporados dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Al respecto, la recomendación central es explotar al máximo las posibilidades que el censo ofrece para indagar en ambos asuntos, lo que implica calcular una variedad de indicadores y cruzar la información con atributos socioeconómicos y geográficos, para, entre otros propósitos, ilustrar, en la medida de lo posible, las desigualdades sociales en ambos aspectos de la salud sexual y reproductiva.

En términos más específicos, en el caso de la fecundidad adolescente se sugiere, en primer lugar, evaluar cuidadosamente la información básica por cuanto es sabido que algunos problemas, como la no declaración en la pregunta sobre hijos nacidos vivos, son más extendidos en esta edad. Considerando que hay procedimientos para procurar corregir estos errores, se sugiere utilizarlos con las precauciones del caso y dejar documentado el procedimiento usado. Se plantea, en todo caso, que el censo no puede abordar tópicos que son propios de las encuestas especializadas, las que siguen siendo una fuente clave para el conocimiento de la salud sexual y reproductiva de la población.

Respecto de la mortalidad materna, hay consenso en que vale la pena estudiarla, pero no ocurre lo mismo sobre la manera en que debe hacerse dicho estudio. La decisión final sobre la inclusión de módulo para su medición dependerá en gran medida de la calidad de las fuentes alternativas en cada país. Dado que la tendencia de esta mortalidad es irregular y que las distintas fuentes proporcionan resultados muy diferentes, se sugiere promover la interacción técnica entre las instancias públicas a cargo de estas fuentes y evaluar la posibilidad de alcanzar “un valor de consenso” para el dato nacional. Finalmente, se sugiere explorar fuentes o metodologías novedosas (como las auditorías de eventos sospechosos captados en las fuentes primarias actuales) y se recuerda que la evaluación de los resultados de los procedimientos estándares, no pueden hacerse con las muestras pequeñas típicas de las pruebas.

Sesión 7. Análisis de la cobertura de las estadísticas vitales

En esta sesión se presentó el estado del arte de las estadísticas vitales en la región, la medición de su cobertura a través de preguntas censales, y las experiencias nacionales de Chile y Colombia a partir de información recogida en censos o derivados de ellos.

Odette Tacla, consultora del CELADE-División de Población de la CEPAL, expuso sobre los sistemas estadísticos nacionales y las estadísticas vitales. En este sentido señaló que siempre que sean confiables, las tres principales fuentes de datos (estadísticas vitales, las encuestas demográficas y los censos de población) deben complementarse entre sí para transformarse en una base indispensable de la estimación de niveles y tendencias de las variables demográficas y la aplicación de modelos que otorgan diversos escenarios acerca del posible comportamiento futuro de la población.

La consultora señaló que, con pocas excepciones, en la mayoría de los países latinoamericanos la cobertura y calidad de los registros de nacimientos y de defunciones, así como los hospitalarios, son muy incompletos. Independientemente de registrar el hecho mismo, normalmente los registros incluyen características sociales y económicas de las personas, especialmente de las fallecidas, donde se consigna la causa de la defunción, así como distintas clasificaciones por variables demográficas.

Los censos pueden incorporar preguntas que permitan efectuar estimaciones indirectas de la fecundidad y de la mortalidad ante la carencia de la información proveniente de registro de hechos vitales. Sin embargo, el censo no registra, por ejemplo, las causas de defunción ni las características económicas y sociales de las personas fallecidas.

Entre las consideraciones finales de su exposición destacó que la ventaja de estimar la cobertura de las estadísticas vitales en base a datos censales radica en que éstos permiten identificar diferencias a nivel subnacional. Así como los censos ayudan a evaluar las estadísticas vitales, éstas también son útiles para evaluar la información censal.

En materia de recomendaciones internacionales indicó que en los países donde los registros de las estadísticas vitales fuesen incompletos o poco confiables se sugiere que, para obtener estimaciones indirectas de fecundidad y de mortalidad, se consulte por: “hijos nacidos vivos”, “hijos sobrevivientes” y “defunciones en el hogar en los últimos 12 meses”, teniendo menor prioridad la edad, fecha o duración del primer matrimonio, edad de la madre al nacimiento del primer hijo nacido vivo, y orfandad materna o paterna. Ahora bien, en países que cuentan con buenos registros (aún para ellos que cuentan con sistemas completos de registro de nacimientos y defunciones) la información censal sobre “hijos nacidos vivos” puede ser de utilidad para evaluar cuán completos son sus sistemas de registro y para estimar niveles de fecundidad de cohortes mayores.

Myriam Villaroel, representante del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Chile, expuso la metodología utilizada en dicho país para estimar la integridad de los registros de hechos vitales (inscripción tardía y gráfico de Lexis) y una evaluación del registro de nacimientos a través de información derivada del censo.

Por su parte, la representante del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, Erica María Vargas, efectuó un análisis de la cobertura de las estadísticas vitales de aquel país a partir del censo de 2005, concluyendo que las preguntas censales que indagaron sobre la ocurrencia de hechos vitales a nivel nacional como departamental brindaron información valiosa para llevar a cabo la evaluación del registro de las Estadísticas Vitales en diferentes dimensiones. Sin embargo, mencionó que la información recolectada a través de la pregunta relacionada con las defunciones para los menores de cinco años presentó inconvenientes, por lo cual fue necesario llevar a cabo procesos paralelos para estimar el nivel de cobertura.

En el espacio para la discusión y comentarios se concluyó que: i) existe una complementariedad entre el censo y las estadísticas vitales, en la medida que los censos contribuyen a evaluar las estadísticas vitales y éstas a su vez son útiles para evaluar la información de los censos; ii) los esfuerzos destinados a perfeccionar el censo y las estadísticas vitales deben ser parejos, porque ambos constituyen herramientas para el mejoramiento de uno y de otro (la falta de atención en uno termina repercutiendo sobre la calidad del otro); iii) una de las potencialidades del censo es que nos permite conocer las heterogeneidades existentes dentro de un país en relación con la calidad y cobertura de las estadísticas vitales; iv) es necesario probar, evaluar y conocer las limitaciones y potencialidades de las preguntas que se van a incluir; y v) es necesario seguir indagando en metodologías que permitan cuantificar la cobertura de las estadísticas vitales, especialmente a nivel subnacional.

Sesión 8. Discapacidad

En esta sesión se presentó un panorama de la medición de la discapacidad en la región a partir de los censos y las fuentes alternativas, además de un análisis de la consideración de la información sobre las personas con discapacidad en el marco jurídico y las políticas de los países latinoamericanos; así como las experiencias nacionales de México y Panamá en el tratamiento de este tema en los preparativos de la década de censos de 2010.

Susana Schkolnik, consultora del Fondo de Población de Naciones Unidas, ofreció una visión global de la forma en que se investiga el tema de la discapacidad en los censos de América Latina, complementando con información disponible en otras fuentes de datos. La expositora señaló que en las últimas décadas censales realizadas en la región se han introducido preguntas sobre las personas con discapacidad; de hecho, los 19 países latinoamericanos que levantaron su censo en la década de 2000 consideraron este asunto en su cuestionario.

Según explicó la consultora, la información censal sobre las personas con discapacidad debería permitir: i) identificar la prevalencia de la discapacidad en la población; ii) analizar las características demográficas y socioeconómicas de las personas con discapacidad; y iii) identificar sus demandas de salud y sociales. La producción de datos confiables y adecuados sobre estos tópicos debería permitir el

diseño de políticas y programas de inclusión de las personas con discapacidad en todas las actividades sociales y en un contexto de igualdad de oportunidades.

En el caso de las políticas hacia las personas con discapacidad (PCD), éstas deberían tender a mejorar la situación de las PCD en vistas a su mayor inclusión social, mediante: i) la ampliación de la oferta de servicios, incluyendo desarrollo de programas y políticas específicos; ii) la prestación de servicios a nivel poblacional, lo que incluye, entre otras cosas, satisfacer las necesidades de salud, de rehabilitación, de cuidado a largo plazo, de vivienda, de transporte, de asistencia tecnológica y de apoyo vocacional o educativo, entre otros; iii) el monitoreo de programas de rehabilitación y de inclusión social diseñados para mejorar e igualar la participación de personas con discapacidades en todos los aspectos de la vida, así como la evaluación de los resultados de leyes y políticas antidiscriminatorias; y iv) el monitoreo del nivel de funcionamiento de las PCD en la sociedad, lo que implica estimar índices y analizar tendencias, ya que el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad en la sociedad se considera un indicador básico social y de salud, que caracteriza la situación de la población.

Fernanda Stang, consultora del CELADE-División de Población de la CEPAL, ofreció un análisis de la forma en que se consideran la necesidad y el uso de la información sobre las personas con discapacidad en el marco legal, institucional y de política pública latinoamericana. Entre los resultados del relevamiento efectuado, el más notable es que, mientras en general las leyes específicas de casi todos los países se han hecho eco del nuevo enfoque de la discapacidad materializado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de la OMS —que abandona el enfoque biomédico y se centra en la relación entre la deficiencia de la persona y su entorno social—, las oficinas nacionales de estadística han permanecido ligadas al viejo paradigma, consultando mayoritariamente sobre deficiencias en la década de censos de la década de 2000. En su exposición, la consultora enfatizó que en general no existe un adecuado aprovechamiento de la información disponible para el diagnóstico de la situación ni para la elaboración de propuestas integrales de acción a favor de las personas con discapacidades. Finalmente, señaló que es imperativo considerar la necesidad de generar información censal sobre las personas con discapacidades, más allá de las dificultades metodológicas que ello implique, porque se trata de una herramienta vital para lograr el ejercicio pleno de sus derechos.

Rita Velázquez, representante del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México, destacó la necesidad de recordar las limitaciones que implica la medición de la discapacidad en un censo. La ventaja de este método es la cobertura que alcanza, mientras que su gran desventaja es que sólo se pueden conocer aspectos muy básicos de cada tema, aunque permite el diseño de marcos muestrales para otro tipo de mediciones.

La propuesta del INEGI para el próximo censo en relación a la medición de la discapacidad consta de una batería de preguntas que se dividen en dos secciones: tipo de discapacidad y causa de la discapacidad.

En la sección de tipo de discapacidad se consideran deficiencias y limitaciones en la actividad. Las primeras preguntas obedecen a las resistencias propias de los usuarios de información al cambio de paradigma; en este sentido, cabe señalar que el cambio de paradigma que plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) no ha sido asimilado aún por los diversos actores sociales en el país. Las preguntas sobre limitaciones tienen como base las recomendaciones que hace el Grupo de Washington (GW) para la medición de la discapacidad en los censos, aunque con ciertas modificaciones derivadas de las pruebas de campo y que no se incluye el calificador para cada dominio tal como lo recomienda el GW. Con estas preguntas se espera contar con información de la población que se encuentra en riesgo de experimentar restricciones en la participación, además de poder construir indicadores basados en la CIF que permitan la comparación con otros países.

La sección sobre causas de la discapacidad, se encuentran asociadas a cada posible limitación o deficiencia, de manera que se podrá conocer e identificar el origen de cada deficiencia o limitación que se registre, esta información permitirá evidenciar las necesidades en materia de prevención de la discapacidad. Si bien se excluye el calificador del grado de la limitación que propone el WG, al entrar

primero con la deficiencia se podrá identificar a los que tienen una limitación completa de aquellos donde la limitación es parcial.

Finalmente la expositora señaló que los problemas de México en materia de información sobre discapacidad se derivan del hecho que México carece de un registro administrativo que permita disponer de información estadística continua sobre discapacidad, además de que no contar con una encuesta especial sobre el tema. Por ello, el principal reto es consolidar un sistema de registros administrativos que asegure la medición estadística en la materia, así como la armonización del concepto y su forma de medirlo en encuestas no especializadas sobre el tema.

Actualmente el INEGI coordina un grupo de trabajo interinstitucional donde participan instituciones del Sistema Nacional de Salud y representantes de la sociedad civil organizada para el diseño e implementación de una cédula de persona con discapacidad, la cual permitirá disponer de información estadística continua sobre este conjunto de población. Se espera contar con una versión en diciembre de 2009 y probar el instrumento en el sector Salud durante el primer semestre del 2010. Se colabora con el Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM) en la actualización de su cédula de registro, donde se propuso la inclusión del tema de discapacidad con base en la CIF.

Por otro lado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) expide actualmente una credencial, que permite a las personas con discapacidad obtener ciertos beneficios, aunque este registro presenta diversos problemas como la actualización del padrón y la duplicidad de datos. El INEGI se ha acercado al DIF para ofrecerle apoyo técnico, pero los cambios estructurales del DIF han dificultado la definición de este apoyo.

La armonización de la inclusión del tema de la discapacidad en encuestas no especializadas es una prioridad; para ello, se necesita homologar criterios en la medición del fenómeno en los diversos instrumentos que el INEGI realiza.

Finalmente se trabaja en el anteproyecto de una Encuesta Nacional de Discapacidad (2011), que tenga como marco muestral el censo de 2010. Para esto se va a requerir la participación de instituciones como es el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, el DIF, la Secretaría de Salud, en general de la Administración Pública Federal en su conjunto que esté relacionada con las personas con discapacidad, además de las organizaciones de la sociedad civil.

Eyra Montenegro de Ramos, representante de la Dirección de Estadísticas y Censo (DGEC) de Panamá, expuso sobre la forma en que el país abordará el tema de la discapacidad en la boleta censal de la década de 2010, señalando que, atendiendo a las consideraciones del WG y tras los resultados de la prueba piloto, el país aplicará la pregunta a las personas que en la lista de ocupantes del hogar declararan tener alguna discapacidad.

Tras el espacio para la discusión y los comentarios, se concluyó que es imprescindible que los países revisen las preguntas sobre discapacidad en los censos, para adecuarse a las nuevas propuestas internacionales y lograr una mayor y mejor identificación de las personas con discapacidad. Se estableció que la información que se obtenga de la pregunta debe proporcionar, al menos, la posibilidad de elaborar diagnósticos acerca de la distribución de la discapacidad en la población en términos de limitaciones y restricciones, así como los diferentes grados de severidad.

Finalmente, se indicó que debe asegurarse que la información que produzcan los censos (u otras fuentes de datos) permita a los organismos responsables emprender acciones que resulten en ventajas evidentes para la población con limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Para eso, se hace necesario fortalecer la comunicación entre los productores de estadísticas de discapacidad y los programadores y técnicos en el tema de la inclusión social de las personas con discapacidad en las esferas de gobierno.

Sesión 9. Salud y enfoque étnico en los censos

En esta sesión se expuso sobre el enfoque étnico y la salud a partir de su contribución a los censos de población, así como las experiencias nacionales de Perú y Ecuador en el tema en vista de la próxima década de censos de 2010.

Fabiana Del Popolo, experta en demografía de CELADE-División de Población de la CEPAL, señaló que abordar el enfoque étnico y la salud en los censos se justifica a través de las múltiples oportunidades que otorga dicha instancia para obtener información, tal como ha quedado expresado en las recomendaciones nacionales e internacionales. Asimismo, el censo permite realizar una descripción de los indígenas como sujetos de derechos, y facilita el análisis de los determinantes sociales de la salud. También los resultados de los censos han ayudado a constatar heterogeneidad entre pueblos indígenas, pudiendo abrir así nuevas líneas de investigación, desde los sesgos en la investigación hasta lo que determinan los resultados obtenidos.

Para ello, un requisito fundamental es que el censo cuente con preguntas de identificación étnica, siendo esta una condición necesaria, pero no suficiente para garantizar el enfoque étnico. El tema del enfoque étnico va más allá de la pregunta por identificación étnica, puesto que es necesario realizar una adecuación cultural del censo, considerando aspectos que van desde la revisión de la cartografía hasta los métodos y materiales. Paralelamente, la experta en demografía de CELADE hizo hincapié en la existencia de un problema semántico referido a la autoidentificación, señalando que aún queda mucho camino por recorrer para mejorar la calidad al recoger la información.

En las palabras de cierre de su exposición la panelista consideró que el concepto de salud indígena va más allá de lo que se entiende habitualmente, pues ésta dice relación con la comunidad, la tierra y la naturaleza, y consideró que para los censos de la década de 2010 será muy difícil que puedan adecuarse los cuestionarios de forma oportuna, destacando que una buena estrategia sería realizar encuestas complementarias, ligadas al proceso censal, o un censo específico, al mismo tiempo que la aplicación de cuestionarios comunitarios.

Cynthia Ferreira, representante del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Ecuador se refirió al enfoque étnico en el próximo Censo de Población y Vivienda de este país. Comenzó su presentación señalando que en el Ecuador hay muchos vacíos e inconsistencias en la información de los pueblos indígenas y afrodescendientes, provocando que ambos grupos estén insatisfechos con la información obtenida hasta el momento en los censos.

Para abordar este tema en el próximo censo de 2010, ante la demanda de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, se conformó un espacio de diálogo social, creando en 2007 la Comisión Nacional de Estadística para Pueblos Indígenas y Afroecuatorianos (CONEPIA), instancia que busca consenso en la producción y utilización de información con enfoque étnico.

Entre las acciones más importantes emprendidas por esta comisión se encuentran una consultoría de definición de criterios técnicos y marcos conceptuales para la medición, inclusión y homologación de las variables étnicas para pueblos indígenas y afroecuatorianos, y talleres de socialización realizados en distintas ciudades del país.

El resultado del trabajo desarrollado en conjunto por los distintos actores involucrados en este proceso concluyó con la decisión de incluir: i) una pregunta por idioma o lengua hablada, que permite evaluar la preservación cultural; ii) una pregunta por autoidentificación según cultura y costumbres (que en esta versión agrega las categorías “moreno” y “montubio”); y finalmente iii) una pregunta por pertenencia a pueblo o nacionalidad, que utiliza el criterio de adscripción de una persona a un grupo étnico.

El resultado demostró que las dos primeras preguntas eran entendidas claramente por los entrevistados, mientras que la tercera pregunta conducía a algún grado de confusión, puesto que muchos de ellos desconocían o tenían problemas al identificarse con una nacionalidad o pueblo indígena.

Finalmente, la panelista indicó que para el próximo censo debe existir una fuerte campaña de sensibilización, y que actualmente tienen un convenio con el BID y UNIFEM para realizar talleres de este tipo.

Arturo Arias, representante del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú, inició su intervención destacando que en el Censo de Población y Vivienda de 2007 se aplicó el II Censo de Comunidades Nativas.

En el último Censo de Población y Vivienda, se indagó por la condición indígena a través de la pregunta por idioma o lengua aprendida en la niñez, a la vez que las condiciones de salud fueron medidas a través de las preguntas referidas al abastecimiento de agua en la vivienda, el servicio higiénico, el número de habitaciones, el tipo de combustible utilizado para cocinar, la cobertura de seguro de salud, el número de hijos nacidos y el número de hijos nacidos muertos.

El II Censo de Comunidades Indígenas consistió en un cuestionario específico aplicado al jefe de la comunidad (*Apu*), mientras que a los demás integrantes de la comunidad les fue aplicado el cuestionario censal general.

El cuestionario específico indagó acerca de las características generales de la comunidad. Las características de salud fueron investigadas en particular por medio de once preguntas relativas, entre otros, a las condiciones sanitarias del personal de salud y de los establecimientos, las principales enfermedades y causas de muerte de los integrantes de la comunidad y a la utilización de medicamentos y plantas medicinales.

A continuación, el expositor se refirió a los resultados del censo, resaltando que la cobertura de las comunidades nativas en el censo de 2007 fue muy alta, llegando al 95% de estas. Aún siendo muy difícil llegar a este tipo de poblaciones, trabajaron con las organizaciones nacionales y regionales para llegar a un marco muestral de dónde están las comunidades nativas. Los censistas fueron mayormente de las comunidades nativas, lo que hizo que muchas comunidades se sintieran parte del proceso censal.

Entre los resultados relacionados con la salud destacaron los siguientes: i) la población femenina tiene su primer hijo a muy temprana edad; ii) el 59,1% de las comunidades no cuenta con un establecimiento de salud; iii) en los casos en que existen establecimientos de salud, el 79% del personal es indígena; iv) las enfermedades más comunes son los parásitos, vómitos, diarrea, y malaria; y v) la principal causa de fallecimiento es por desconocimiento, debido al no tratamiento de salud. Finalmente, destacó la importancia que tiene en estas comunidades las plantas medicinales como medio de curación.

En el espacio destinado a la discusión de las presentaciones se ahondó en los tipos de pregunta que deben aplicarse para la definición de la condición étnica y afrodescendiente, si es más favorable la que indaga por lengua indígena o por la autoidentificación. En este sentido, se interrogó a los panelistas acerca de los aspectos favorables y desfavorables de indagar por el color de la piel. También se ahondó en el escenario en que los censos son extendidos, y en el grado de aprobación que tienen a nivel regional las consultas hechas a los informantes. Al respecto se indicó que la calidad de la información recogida pasa por la redacción de la pregunta y es más favorable que esté el grupo familiar que solo el informante. Previo al censo es vital hacer campañas de sensibilización, lo que conduce a mejorar la calidad de las preguntas. Además, es fundamental el uso de los términos locales.

Sesión 10. Análisis de la seguridad en salud, pensiones, jubilaciones y otros indicadores de bienestar

Gladys Massé, consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL, realizó un análisis de los indicadores de protección social a partir de la fuente censal.

La primera parte de su exposición estuvo destinada a situar a las personas como sujetos de derecho, mencionando los distintos instrumentos legales existentes en el contexto internacional: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Señaló que en este último instrumento está expresado el compromiso de los Estados parte para proteger el derecho a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado y a la salud. Este marco de protección de los derechos está hoy en un contrapunto frente a los cambios sociales y demográficos que están acaeciendo en América Latina. El envejecimiento de la población, la alta incidencia de pobreza e indigencia y los elevados niveles de desocupación, implican fuertes demandas y nuevos desafíos sobre los sistemas de protección social y las políticas de salud.

En este contexto la región se ha visto enfrentada a una mayor demanda de información estadística, en la que los censos de población juegan un rol primordial ante las evidentes falencias de los registros continuos y las encuestas.

La experiencia metodológica en la década de censos de la década de 2000 fue heterogénea en los países de América Latina. En la mayor parte de ellos se incluyó la detección de las personas jubiladas o pensionadas dentro de la población inactiva, tal como sugiere la recomendación internacional. También en algunos países se operacionalizaron otras variables, como las referidas a la cobertura y atención de salud, la inscripción en registros de identidad, el acceso a planes y programas sociales y alimentación.

Tras ejemplificar con algunas de las preguntas incluidas en las boletas censales de la década de 2000, la consultora concluyó que dada la importancia que han adquirido los sistemas de protección social en Latinoamérica y el aumento de la demanda de información sociodemográfica, es de gran importancia que los censos puedan satisfacerla de una manera efectiva, siendo necesario indagar en: i) la inscripción en el registro civil; ii) la percepción de jubilación o pensión; iii) el descuento y aporte para la jubilación; iv) la cobertura de salud; v) el uso de los servicios de salud; vi) los programas sociales; y vii) la alimentación y nutrición.

La expositora recaló finalmente que para su utilización como herramienta para generar políticas de protección social, es necesario que el dato tenga validez y sea confiable. Sugirió además que el censo debería formar parte de un sistema integrado de fuentes de datos.

Karla Jinesta, representante del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Costa Rica se refirió en su presentación a los usos de la información censal en el análisis de la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud y seguridad social en este país.

En primer lugar, explicó que Costa Rica tiene una larga trayectoria en la protección de la salud como un derecho fundamental. Con la promulgación de la Ley de Universalización de los Seguros Sociales, en 1961, la Caja Costarricense de Seguro Social se hizo responsable de cubrir toda la población del país. A partir de entonces se implementaron distintas estrategias para aumentar la cobertura en salud.

Los censos han sido un elemento muy importante para caracterizar la población objetivo y para visualizar y evaluar la eficiencia del sistema implementado. El análisis de la pregunta que se aplicó en el censo de 2000 en Costa Rica evidenció un aumento de cobertura de aproximadamente 10 puntos porcentuales, al compararlo con el censo anterior, de 1984. Esta información también permitió realizar un análisis de las brechas desagregadas por área geográfica y caracterizar a la población más vulnerable. Además, se analizó el grado de dependencia contributiva, concluyendo que si bien la cobertura había aumentado en el período, la proporción de contribuyentes es menor que la proporción de personas con cobertura que no contribuye.

A continuación, la expositora se refirió a la propuesta de la pregunta que se utilizará en el censo de 2011, mencionando que se mantendrá la ya utilizada, desagregando según tipo de pensionado —contributivo o no contributivo—, para relevar información de la dependencia contributiva. Igualmente, destacó la importancia de la incorporación de la cartografía digital, que permitirá realizar análisis de accesibilidad a los centros de salud. Concluyó su presentación resaltando que la información censal es útil para realizar el seguimiento de los indicadores de cobertura y accesibilidad, siendo el

análisis geográfico significativo para el diseño de estrategias más eficientes de superación de las brechas.

La discusión de esta sesión comenzó con un llamado de atención sobre la falta de interés de los usuarios en la información generada por las oficinas nacionales de estadísticas en esta materia.

También los asistentes comentaron acerca de la pertinencia de colocar demasiadas preguntas en el censo, considerando el uso y el costo que esto implica. En este sentido, se mencionó lo favorable es que las propias instituciones lleven registros administrativos, para no sobrecargar el censo. No obstante lo anterior, se mencionó que es necesario tener claridad al momento de planificar los censos, para poder realizar análisis multivariados de la información. Lo importante es que las mismas definiciones puedan ser utilizadas en otros instrumentos como son las encuestas de hogares.

Otra idea surgida del debate estuvo vinculada con la forma de avanzar en el registro de personas con características múltiples, como por ejemplo aquellas que declaran percibir ingresos por trabajar y a la vez por estar pensionadas o jubiladas, o bien las que estudian y además reciben algún ingreso. Con un set de consultas de este tipo se podrían tener herramientas para avanzar en un análisis más aproximado de la población según esta variable.

III. Consideraciones finales

A partir de los antecedentes presentados en este Seminario-Taller se derivaron una serie de temas cuya discusión es relevante en función de la exploración del potencial de los censos en la producción de información para el seguimiento de los indicadores de salud de la población, teniendo como horizonte los censos de 2010.

Tras haber debatido sobre los diversos aspectos conceptuales, metodológicos, de difusión y análisis de la información pertinente al campo de la salud, específicamente en ámbitos como la fecundidad, la mortalidad, la salud reproductiva, la protección social y la discapacidad, entre otros temas, se articularon las siguientes consideraciones por área temática:

A. Consideraciones sobre género

La inclusión de la perspectiva de género en los censos de población y vivienda es un proceso integral, que va mucho más allá del diseño del cuestionario, y abarca desde la etapa de planificación hasta la de difusión y uso de los resultados. En este proceso, cuyo objetivo es la construcción de una sociedad más justa y equitativa, se debe evitar considerar a las mujeres como un grupo tradicionalmente vulnerable.

Si bien los censos de población y vivienda ofrecen la oportunidad de detectar inequidades de género, la información censal está subexplotada desde dicho enfoque. Teniendo en consideración el costo del operativo, es preciso revisar las boletas censales con el fin de determinar si su contenido es el óptimo para llevar a cabo un análisis con perspectiva de género. Una etapa clave en este proceso podría ser la discusión del plan de tabulación antes de la recolección de los datos por parte de los institutos nacionales de estadística, en coordinación con los mecanismos

para el adelanto de la mujer y con otros actores gubernamentales, académicos y de la sociedad civil.

En el diseño del cuestionario censal se deben evitar sesgos sexistas en la formulación de las preguntas que puedan influir en las respuestas. En cuanto a los temas explorados, se podría considerar una profundización en las relaciones de parentesco dentro del hogar, para identificar núcleos secundarios dentro de las familias. En este sentido, es necesario clarificar que los hogares con jefatura femenina no son necesariamente hogares incompletos, sino que las parejas pueden haber tomado la decisión que la jefatura del hogar recaiga sobre la mujer, un factor que da cuenta de dinámicas ya no tan nuevas al interior de las familias. Sin embargo, en lo relativo a las preguntas sobre violencia basada en el género dentro del hogar se estima que una entrevista de carácter universal no garantizaría la obtención de datos de calidad, debiéndose considerar la formulación de preguntas indirectas para explorar este fenómeno. Debe tomarse en cuenta que el enfoque de género es transversal y que debe estar presente en todo el proceso, incluida la capacitación de los empadronadores.

Finalmente, es necesario relevar las implicancias que la difusión pública de los resultados del censo tiene para la sociedad. La publicación de los resultados definitivos y su difusión son clave para que los investigadores y quienes tienen a su cargo la adopción de decisiones puedan utilizar este valioso insumo para identificar inequidades de género y formular políticas públicas para eliminarlas.

B. Consideraciones sobre el análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez

Existe un déficit importante de recursos humanos capacitados en temas de población, en especial en demografía. En este sentido, son imperativas mejoras sustantivas en el ámbito de la formación, a fin de explotar de mejor modo la información recolectada mediante el censo.

En segunda lugar, es necesario considerar que el censo por sí solo, o en combinación con otras fuentes, permite obtener estadísticas a nivel de áreas pequeñas, sobre todo para la gestión de los gobiernos locales, y con ello es un instrumento —muchas veces único— para la generación de políticas y programas de desarrollo local, entre ellos los referidos a la prevención y atención en salud. Sin embargo, no es posible exigirle que recolecte información sobre todos los posibles temas que se requieren. Debe tenerse en cuenta que los censos son parte de un sistema nacional de estadística y que se relacionan de forma complementaria y subsidiaria con otras fuentes, especialmente las estadísticas vitales y las encuestas especializadas. En este sentido, es necesario conocer las ventajas y limitaciones de cada una de ellas, para no sobrecargar a los censos con información que puede ser obtenida por otras fuentes.

En el caso particular de las estimaciones de fecundidad y mortalidad en la niñez, la mayoría de los censos de la región ha incluido las preguntas retrospectivas para su medición indirecta, y su utilidad se ha demostrado aun en países con buenas estadísticas vitales. Hay que tomar en cuenta que estos métodos producen órdenes de magnitud y, en consecuencia, son valiosos para establecer diferenciales más que para una medición precisa de estos fenómenos. Desde el punto de vista del uso de la información para la formulación de las políticas de salud, los censos permiten mayores desagregaciones que otras fuentes, lo que es sumamente importante para focalizar los programas públicos diferenciados para el ámbito urbano o rural u otros niveles de desagregación geográfica, o según educación de la madre, características de la vivienda, origen étnico u otros grupos de interés.

La información directa obtenida en los censos de nacimientos y defunciones debe necesariamente ser evaluada. En ese sentido, no es para ser utilizada directamente, sino que han sido propuestas para ser aplicados procedimientos de estimación indirecta de ciertos indicadores demográficos. En particular la tasas de fecundidad por edades, la tasa global de fecundidad y las probabilidades de morir en la niñez. De acuerdo a la experiencia regional, tanto debido a la calidad de la declaración de los datos, como los supuestos realizados, la información más confiable es la proveniente de mujeres entre 20 y 34 años de edad.

Basándose en las recomendaciones de las Naciones Unidas y en la experiencia de la región, se aconseja recolectar la información sobre el número de hijos e hijas nacidos vivos e hijos e hijas sobrevivientes según sexo, a fin de mejorar la calidad de los datos. En este mismo sentido -es decir, el de favorecer la calidad-, se recomienda preguntar directamente por el número de hijos e hijas y no empezar con una pregunta filtro sobre si la mujer ha tenido hijos e hijas nacidos vivos. La pregunta sobre la fecha de nacimiento del último hijo nacido vivo es indispensable para deducir los nacimientos del último año, que permitirán estimar la fecundidad actual; por lo tanto, debe incluirse necesariamente en el censo. Por el contrario, y sobre la base de la experiencia regional, la pregunta sobre si este último hijo o hija nacido vivo sobrevive al momento del censo no es recomendable.

C. Consideraciones sobre el análisis de la mortalidad adulta

Las preguntas para la medición de la mortalidad adulta analizadas fueron las de orfandad y las de defunciones de miembros del hogar. En la ronda censal de la década del 2000, solo dos países incluyeron la pregunta sobre orfandad materna. Es posible que esta opción caiga en desuso, dado que los resultados no son robustos y además porque la estimación se ubica varios años antes del censo. En las recomendaciones de las Naciones Unidas éste es un método mencionado brevemente y solo como tópico adicional. En síntesis, no hay una recomendación para incluir esta pregunta en los censos de población de 2010, a menos que el país considere que ha derivado una información útil de ella.

La pregunta sobre defunciones de miembros del hogar durante el último año (12 meses) se puede usar para estimar el nivel y el patrón de la mortalidad por edad y sexo en los países que carecen de registros continuos de las defunciones. En este caso, la idea no es tomar las defunciones que directamente se declaran en el censo, pues su cobertura puede no ser mejor que la de muchos registros. Además de las complicaciones asociadas al hecho de que se trata de una pregunta con un período de referencia que es difícil manejar, en algunos casos la muerte de una persona causa la disolución del hogar, lo que puede ocasionar que ninguno de los miembros sobrevivientes la incluya en sus respuestas. También puede suceder lo contrario, que varios la consideren, ocasionando sobregistro de esa muerte. El uso de los datos que resultan de esta pregunta requiere unos supuestos relativamente rígidos para calcular los factores de correcciones en la estimación de la mortalidad adulta.

Surge la pregunta sobre lo que podría aportar la inclusión de la mortalidad en los censos de aquellos países donde existan registros medianamente confiables al respecto. Ante esta duda, tal vez el valor agregado del censo se puede ver a través de sus tradicionales fortalezas: una fuente de mortalidad relativamente armonizada, con la posibilidad de desagregar indicadores a niveles de áreas menores y asociar la mortalidad con otras características del hogar (que no son recolectadas en las estadísticas vitales). Sin embargo, los supuestos básicos de población cerrada, estabilidad y errores constantes con la edad de las defunciones y la población, hacen menos confiables las estimaciones que se logran para áreas menores.

La estimación de la mortalidad de la población adulta mayor a partir de las estadísticas vitales y los censos requiere un mejoramiento en la declaración de la edad en ambas fuentes y su recolección a nivel de tres dígitos, para incorporar información de las personas que fallecen con más de 99 años.

D. Consideraciones sobre la salud reproductiva: fecundidad adolescente y mortalidad materna

La fecundidad adolescente y la mortalidad materna son dos temas de salud sexual y reproductiva que pueden ser investigados con los censos y que ameritan un monitoreo y análisis especial, por estar incorporados dentro de los Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5: Mejorar la salud materna).

La recomendación central es explotar al máximo las posibilidades que el censo ofrece para indagar ambos asuntos, lo que implica calcular una variedad de indicadores y cruzar la información con atributos socioeconómicos y geográficos para ilustrar las desigualdades sociales en ambos aspectos de la salud sexual y reproductiva, entre otros propósitos y en la medida de lo posible.

En términos más específicos, en el caso de la fecundidad adolescente se sugiere, en primer lugar, evaluar cuidadosamente la información básica, por cuanto es sabido que algunos problemas, como la no declaración en la pregunta sobre hijos nacidos vivos, son más extendidos en esta edad. Considerando que hay procedimientos para procurar corregir estos errores, se sugiere utilizarlos con las precauciones del caso y dejar documentado el procedimiento utilizado. Se plantea, en todo caso, que el censo no puede abordar tópicos que son propios de las encuestas especializadas, las que siguen siendo una fuente clave para el conocimiento de la salud sexual y reproductiva de la población. En cuanto a la difusión de los datos censales, se recomienda que el acceso permita obtener tabulaciones específicas (por ejemplo por edades simples) y no solamente las tabulaciones preestablecidas.

Respecto de la mortalidad materna, hay consenso en que vale la pena estudiarla, pero no ocurre lo mismo con la forma de hacerlo. La decisión final sobre la inclusión del módulo para su medición dependerá en gran medida de la calidad de las fuentes alternativas en cada país. Dado que la tendencia de esta mortalidad es irregular y que las distintas fuentes proporcionan resultados muy diferentes, se sugiere promover la interacción técnica entre las instancias públicas a cargo de estas fuentes y evaluar la posibilidad de alcanzar “un valor de consenso” para el dato nacional. Finalmente, se sugiere explorar fuentes o metodologías novedosas (como las auditorías de eventos sospechosos captados en las fuentes primarias actuales) y se recuerda que la evaluación de los resultados de los procedimientos estándares no puede hacerse con las muestras pequeñas típicas de las pruebas.

E. Consideraciones sobre estadísticas vitales

Es fundamental la complementariedad entre el censo y las estadísticas vitales: los censos contribuyen a evaluar las estadísticas vitales y estas a su vez son útiles para evaluar la información de los censos. Es por ello que los esfuerzos destinados a mejorar la calidad de los datos provistos por estas dos fuentes deben ser parejos, porque ambos constituyen herramientas para el mejoramiento de una y otra; en ese sentido, la falta de atención en una de ellas termina repercutiendo sobre la calidad de la otra. Esta complementariedad también es importante a la hora de producir indicadores desagregados, por cuanto el censo provee la población expuesta, por ejemplo, al riesgo de morir, y debe haber coherencia conceptual entre el numerador y el denominador: defunciones rurales con población rural, defunciones de indígenas con población indígena, defunciones a determinada edad con población de esa misma edad, para citar algunos casos.

Por otra parte, es necesario atender a las diversas potencialidades que ofrecen los censos, pues permiten conocer las heterogeneidades existentes al interior de los países en relación con la calidad y cobertura de las estadísticas vitales. Es preciso probar, evaluar y conocer las limitaciones y potencialidades de las preguntas que se van a incluir y seguir indagando en metodologías que permitan cuantificar la cobertura de las estadísticas vitales, especialmente a nivel subnacional.

Uno de los ejercicios que forman parte de las estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad exige la descripción histórica de la dinámica demográfica con todos sus componentes: población por sexo y edad, fecundidad, mortalidad y migraciones. Para ello, corresponde utilizar toda la información disponible de las diferentes fuentes, para que la información resulte coherente, comenzando con aquella que con criterio demográfico aparece como la más confiable, de acuerdo a los patrones de errores que indica la experiencia regional.

F. Consideraciones sobre discapacidad

Si bien todos los países de la región han incorporado la pregunta sobre discapacidad en sus censos, sería imprescindible que éstas sean revisadas para adecuarlas a las nuevas propuestas internacionales. Esto permitiría lograr una mejor identificación de las personas con discapacidad y abordar los nuevos desafíos asociados con el envejecimiento de la población. En este sentido, se hace indispensable contar con información censal sobre las personas con discapacidad a partir del enfoque propuesto por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS (CIF, 2001), por tratarse de una herramienta adecuada para detectar los diferentes grados de severidad según los tipos de discapacidad y fomentar la inclusión social y el ejercicio pleno de los derechos.

En consecuencia, la información que se obtenga debería proporcionar, al menos, la posibilidad de elaborar diagnósticos acerca de la distribución de la discapacidad en la población según las limitaciones para las actividades de la vida diaria, el grado de severidad y su relación con características demográficas y socioeconómicas. Debe asegurarse que la información que produzcan los censos (u otras fuentes de datos) permita que los organismos responsables emprendan acciones que resulten en ventajas evidentes para la población con limitaciones, y al mismo tiempo debe fortalecerse la comunicación entre los productores de estadísticas de discapacidad y los programadores y técnicos en el tema de la inclusión social de las personas con discapacidad.

Se ha realizado un importante avance para armonizar las estadísticas sobre discapacidad, como parte de un proyecto conjunto de los institutos de estadística y censos del MERCOSUR, el Estado Plurinacional de Bolivia y Chile para la realización de tareas conjuntas relativas a la armonización metodológica y conceptual de los censos de población de la década del 2000, iniciado en 1997. Esto ha implicado la realización de pruebas piloto conjuntas entre la Argentina, el Brasil y el Paraguay, cuyo objetivo fue poner a prueba una serie de preguntas centrales referentes a la medición de la discapacidad propuestas por el Grupo de Washington en base a la CIF, para incorporarlas en los formularios de los censos de 2010 y avanzar en torno a la armonización conceptual y operacional con los distintos países. El concepto en que se basan las preguntas es el de “limitación en base a deficiencia y grados de severidad”. Actualmente los países se encuentran analizando la posibilidad de reducir el conjunto de preguntas que se presentan a continuación (cuadro III.1) a tan solo cuatro dominios.

CUADRO III.1
PREGUNTAS PARA LA MEDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS

Dominios	Grado de severidad				
¿Tiene dificultad para ver, aún si usa anteojos o lentes?	1. No puedo ver	2. Sí, bastante dificultad	3. Sí, alguna dificultad	4. No, ninguna dificultad	5. No sabe / No contesta
¿Tiene dificultad para oír, aún si usa audífonos?	1. No puedo oír	2. Sí, bastante dificultad	3. Sí, alguna dificultad	4. No, ninguna dificultad	5. No sabe / No contesta
¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?	1. No puedo hacerlo	2. Sí, bastante dificultad	3. Sí, alguna dificultad	4. No, ninguna dificultad	5. No sabe / No contesta
¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?	1. No puedo hacerlo	2. Sí, bastante dificultad	3. Sí, alguna dificultad	4. No, ninguna dificultad	5. No sabe / No contesta
¿Tiene dificultad para con su cuidado personal, como lavarse o vestirse?	1. No puedo hacerlo	2. Sí, bastante dificultad	3. Sí, alguna dificultad	4. No, ninguna dificultad	5. No sabe / No contesta
Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene alguna dificultad para comunicarse, por ejemplo entender lo que otros dicen o hacerse entender por otros?	1. No puedo hacerlo	2. Sí, bastante dificultad	3. Sí, alguna dificultad	4. No, ninguna dificultad	5. No sabe / No contesta

G. Consideraciones sobre salud y enfoque étnico

En consonancia con los convenios internacionales de los últimos años que reconocen los derechos de los pueblos indígenas, la mayoría de los países de América Latina ha incorporado la variable de diferenciación étnica en los censos, contribuyendo a la producción de información sobre los pueblos indígenas, como una forma de garantizar su visibilización como grupos sociales diferenciados que requieren políticas públicas específicas. Actualmente existe consenso que el mejor criterio para cuantificar a los grupos étnicos y/o pueblos indígenas y afrodescendientes es la autoidentificación. Cabe mencionar que existe un rezago respecto de la identificación de poblaciones afrodescendientes en los censos y las encuestas, Por lo que se sugiere avanzar en este sentido, considerando además que el enfoque étnico no solo implica incorporar una pregunta de identificación, sino que involucra la participación activa de estos grupos sociales en todo el proceso de producción de información.

Por lo anterior, es indispensable incorporar el enfoque étnico para ofrecer un marco general sobre la situación de salud en estos grupos a través de indicadores tradicionales como la mortalidad infantil, las estimaciones de mortalidad materna o las tasas de fecundidad, pero además ofrecer la posibilidad de seguir investigando en otros aspectos complementarios. En este sentido, también se hace necesario explorar la posibilidad de complementar un censo general con censos específicos o encuestas complementarias, para aportar información que no se puede obtener mediante otras fuentes, como por ejemplo la morbilidad percibida en las comunidades indígenas o el tipo de recursos existentes tanto en el área de la medicina oficial como en la medicina tradicional indígena. Una acción fundamental para la incorporación del enfoque étnico en salud es avanzar en la armonización de criterios entre el censo de población, los censos o encuestas indígenas, y las estadísticas vitales y otros registros continuos, para recoger de forma consistente y comparable la información necesaria para la evaluación y el monitoreo de políticas y programas de salud destinados a estas poblaciones.

H. Consideraciones sobre seguridad social en salud

La seguridad social en salud es un nuevo desafío al que deben hacer frente los censos de población, tanto en sus usos como en sus análisis. Una de las fortalezas y bondades identificables en esta materia es la posibilidad de contar con información de las personas del hogar y sus características, como un medio para profundizar el análisis.

La información censal es un instrumento adecuado para el seguimiento de indicadores de salud de la población como el acceso a los servicios de salud y la seguridad social. Su nivel de análisis geográfico permite identificar brechas por zonas, las que hacen posible una planificación de acciones o estrategias más eficientes orientadas a disminuir esas diferencias.

Ante la carencia de registros continuos que brinden información respecto de indicadores sobre protección social, el censo podría contribuir a cuantificar a la población respecto de su situación de inscripción del nacimiento, a partir de una pregunta aplicada a todas las personas.

También debería contemplarse cierta mejora en la captación de la población cubierta por la seguridad social, mediante la incorporación de una pregunta específica acerca de la “percepción de jubilación o pensión”, dirigida a toda la población. En este caso, incorporar simultáneamente preguntas relativas a los “descuentos o aportes para la jubilación”, formuladas a la población ocupada, redundaría en la posibilidad de contar con información utilizable para el diseño de políticas de previsión social.

Las variables relativas al alcance de la cobertura en salud y el uso de estos servicios parecieran constituirse en preguntas requeridas por los usuarios gubernamentales, ante la falta de un sistema estadístico integrado que dé cuenta de este tipo de información tanto para los niveles nacionales como para las áreas locales. De todas maneras, debido a la complejidad propia del sector salud y a las transformaciones generadas en su ámbito interno, así como también por cierto desconocimiento o falta de precisión por parte de la población respecto del sistema de salud, se consideraría importante realizar todas las pruebas necesarias para asegurar que la pregunta cumpla con los criterios de validez y confiabilidad requeridos en todo proceso de medición.

La inclusión de variables tales como “padecimiento de enfermedades crónicas” y “atención de dicha enfermedad por el sistema de seguridad social” debería ser evaluada a partir de las necesidades propias de cada país, debido a la complejidad de su medición, en particular en el marco de una metodología censal muy diferente a la que supone un censo de hecho, implementado en un día de trabajo de campo.

Entre las ventajas que supone la incorporación de preguntas sobre protección social en los cuestionarios censales se encuentra el hecho que los indicadores sobre el tema elaborados a partir de la fuente censal brindarían información que redundaría en un conocimiento focalizado del fenómeno, y sería especialmente útil para generar políticas de protección social en áreas menores o locales.

Otro tema comentado fue que en muchos países se pierde el estatus de jubilado cuando una persona trabaja por lo menos una hora a la semana previa al censo, con lo que los totales de esa categoría se ven seriamente disminuidos. En este sentido, se sugiere un mejoramiento de la información que manejan las instituciones que trabajan el tema de la seguridad social, al mismo tiempo que la incorporación de la pregunta que cubre esta temática, tal como lo hizo Costa Rica.

IV. Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda

Susana Schkolnik¹

Introducción

El avance en el reconocimiento de los derechos humanos, tanto por parte de los gobiernos como de los propios titulares de tales derechos, es una fuerte motivación para que las fuentes de datos sociales y demográficos reflejen y permitan monitorear, tanto los cambios en las condiciones de vida como las condiciones de cumplimiento de los derechos. Esto es especialmente cierto en el caso de los grupos sociales tradicionalmente más vulnerables, como lo son los pueblos indígenas, las mujeres, los adultos mayores, los jóvenes, entre otros.

Sin embargo, los avances en la inclusión en las fuentes de datos de enfoques especiales relacionados con estos grupos o categorías sociales son lentos y dependen de cuán flexible sea el manejo de dichas fuentes y de los aspectos operacionales y de financiamiento involucrados.

En este documento se trata el tema de la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda, en el marco de los derechos

¹ Consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

humanos y del ejercicio de una ciudadanía ampliada para todos los hombres y mujeres con igualdad de oportunidades, lo que expresa el grado de avance en el desarrollo humano de un país. La equidad en la distribución del poder y los recursos entre la población de un país, entre los sectores sociales y, dentro de ellos, por motivos de género, constituye uno de los mejores indicadores de progreso en su desarrollo humano.

Las conferencias internacionales (especialmente la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing en 1995) así como, más recientemente, la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), resumen las reivindicaciones básicas y mínimas de los sectores más desfavorecidos de una sociedad y han destacado que la equidad de género, la autonomía y el empoderamiento de la mujer e igualdad de oportunidades, son los requerimientos para salir del subdesarrollo y superar la pobreza de muy amplios sectores de su población.

De no avanzar se irá retrocediendo, por un lado por la reproducción y transmisión intergeneracional de la pobreza (aun con niveles de fecundidad reducidos la población continúa creciendo por efecto del potencial de crecimiento de la estructura por edades (CEPAL, 2008) y, por otro, por la generación creciente de resentimiento, violencia e inseguridad social tanto dentro del ámbito de la familia como de la sociedad en su conjunto. Por ello, la institucionalización del enfoque de género es esencial y “el principio de la equidad de género debiera estar explícitamente formulado en cada una de las actividades y propuestas de desarrollo” (Bravo y Rico, 2001).

El tema de la equidad de género descansa, como uno sus pilares fundamentales, en la desigual distribución del poder entre hombres y mujeres y en la asignación diferenciada de roles que deriva del aspecto reproductivo de la diversidad biológica entre los sexos. Si bien la reacción contra esta desigualdad se manifestó, desde sus comienzos, con un “énfasis exclusivamente en las mujeres” la misma avanzó hacia “el reconocimiento de la necesidad de involucrar a los hombres en el proceso” para lograr la equidad de género y obtener como resultado una sociedad más justa y equitativa (UNFPA, 2005a).

Si bien el enfoque de género no implica que se deba examinar sólo la situación de las mujeres en la sociedad, estas han sido las grandes perjudicadas en una sociedad eminentemente patriarcal² y por ello este enfoque ha estado principalmente centrado en su situación de exclusión. Como uno de los tantos reflejos de esta situación se ha dado, históricamente, una jerarquización entre el mundo público (masculino) y el privado (femenino) pero, en la práctica, ambos se encuentran bajo la hegemonía masculina. Como lo explicita la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, “que vinculó la igualdad entre hombres y mujeres con la potenciación del papel de la mujer en la sociedad” (UNFPA, 2008). Por ello se reconoce que, para lograr el desarrollo económico y social es imprescindible la participación y el empoderamiento de las mujeres en la esfera pública: autonomía, igualdad de oportunidades de empleo y equidad en las remuneraciones, pleno reconocimiento jurídico, laboral, social y político, amplio acceso a los mecanismos económicos y de propiedad.

Este documento consta de cinco capítulos y una sección que incluye las reflexiones finales. En el capítulo 1 se presentan los objetivos generales y específicos del trabajo. En el capítulo 2 se consideró útil aclarar tanto los significados de los términos que se utilizarán en este trabajo, como revisar los aspectos conceptuales referidos los tipos de indicadores que generalmente se utilizan, proponiéndose agrupar a los indicadores de género según las diferentes dimensiones que captan del fenómeno de “género” para hacer más expedita la identificación de las variables que pueden proporcionar la información necesaria a los estudios, a las políticas y a los planes y programas. El capítulo 3 contiene una síntesis de los principales temas identificados a partir de las principales conferencias internacionales, con el fin de delimitar el campo de las variables que se consideran susceptibles de recibir una “mirada” de género, es

² El patriarcado ha sido definido como el sistema ideológico que ordena y clasifica el mundo de forma desigual entre hombres y mujeres bajo los principios de jerarquía, subordinación y opacidad, los cuales están presentes en todas las estructuras organizativas de la sociedad (Blat Gimeno, 1994).

decir, aquellas variables cuyo comportamiento es influido por las relaciones de género prevalecientes en una sociedad en un momento dado.

En el capítulo 4 se hace una recopilación de los temas censales, especialmente para los lectores no suficientemente familiarizados con las boletas y cuestionarios de la década censal de la década de 2000, que se emplean en dichos operativos. Dentro de estos hay dos tipos de preguntas: las preguntas al hogar y las preguntas a las personas. Dentro de cada una de estas, a su vez, también se puede hacer una distinción: las preguntas básicas o típicas de los censos y las preguntas innovadoras que pueden encontrarse en los cuestionarios de algunos países.

En el capítulo 5 se elaboran los contenidos centrales del documento, vinculando los temas prioritarios para el enfoque de género con la disponibilidad de información censal y señalando el potencial de los censos para garantizar su aporte al tema. Por último, el capítulo 6 presenta las reflexiones finales del trabajo.

1. Objetivos

El objetivo principal de este documento es el de tratar la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda con el fin de que la información obtenida permita identificar las brechas o inequidades de género que es necesario tener en consideración para el diseño y monitoreo de políticas, planes y programas de los países y para el cumplimiento y rendición de cuentas acerca de los compromisos internacionales asumidos por los países y por los organismos internacionales (CEPAL, División de Asuntos de Género, 2006).

La relevancia de este tema es que la información censal —con enfoque de género— es considerada un instrumento de gran valor para monitorear los avances hacia la equidad y cuantificar los cambios producidos entre la situación de las mujeres y de los hombres en distintos momentos del tiempo y en diferentes ámbitos de acción (Dávila, 2004), o, dicho en palabras de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer- CEDAW: “poner de manifiesto todas las esferas en que a la mujer se le niega la igualdad con el hombre” (Naciones Unidas, 1979). Esto debido a la universalidad, periodicidad y potencial del censo para combinar el análisis de las inequidades de género con las características demográficas, sociales, económicas, de vivienda, entre otras, de toda la población de un país. En efecto, sólo los recogen información sobre toda la población de un país y, a la vez, permiten ampliar la perspectiva del análisis de la población en base a la posibilidad, no sólo de obtener información para elaborar indicadores de género en distintos ámbitos, sino también para relacionar estas con otras variables sobre las cuales el mismo censo proporciona información e, incluso, estimar la demanda insatisfecha por parte de las mujeres hacia diferentes sectores sociales.

Los objetivos específicos planteados para el documento fueron:

- Clarificar y desarrollar aspectos conceptuales en relación con los indicadores de género
- Identificar las propuestas de temas relevantes en diferentes ámbitos de acción social a partir de las principales recomendaciones internacionales
- Revisar críticamente el contenido de los cuestionarios censales de la última década (2000) en los países de América Latina
- Evaluar el aporte de los censos al análisis social desde una perspectiva de género
- Evaluar la potencialidad de los censos para incrementar la disponibilidad de información con enfoque de género

Este documento pretende examinar la relación entre los temas censales y los temas de género como una reflexión acerca de la gama de posibilidades que se abren para la incorporación del enfoque

de género en los censos de población, aunque esto no implica que todos los temas mencionados aquí deban ser incorporados a los cuestionarios censales. Las reflexiones que puedan emanar de este trabajo deben ser consideradas más bien como sugerencias dado que, en la medida en que un país tenga la intención de abordar la perspectiva de género en sus censos, puede profundizar en el tema que sea de mayor relevancia para su propia realidad nacional.

2. Aspectos conceptuales y metodológicos

2.1 Aspectos conceptuales

Como ha sido señalado por la CEPAL (División de Asuntos de Género, 2006), el término género se refiere a “las normas, reglas, costumbres y prácticas a partir de las cuales las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, niños y niñas, se traducen en diferencias socialmente construidas”.

Por lo tanto es claro que, en el ámbito de las ciencias sociales el término género hace referencia “a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres desde un punto de vista social. A diferencia del sexo biológico, los roles de género y los comportamientos y relaciones entre hombres y mujeres -relaciones de género- pueden cambiar con el tiempo, incluso si ciertos aspectos de estos roles derivan de las diferencias biológicas entre los sexos” (IFAD, en línea).

Los roles de género se conforman dentro de un modelo de relaciones de género, entendido como “un sistema de signos, símbolos, representaciones, normas, valores y prácticas que transforma las diferencias sexuales entre los seres humanos en desigualdades sociales, organizando las relaciones entre los hombres y las mujeres de manera jerárquica, valorando a lo masculino como superior a lo femenino. Como una construcción sociocultural e histórica incluye tanto aspectos objetivos como subjetivos que preceden a los individuos pero que ellos a la vez recrean continuamente en su quehacer cotidiano” (Zavala de Cosío, 2004).

A su vez, las relaciones de género son relaciones de poder entre hombres y mujeres ya que en la práctica en la mayoría de las sociedades se han desarrollado relaciones de desigualdad, exclusión y discriminación en contra de las mujeres en la mayoría de las esferas de la vida humana, tanto públicas como privadas (PNUD, en línea).

Dentro de este marco el propósito de este documento es el de contribuir al análisis de género a partir de los censos de población y vivienda, entendiendo por tal el “proceso teórico-práctico que permite analizar de forma diferenciada los roles, los espacios y los atributos que la construcción social adjudica tanto a las mujeres como a los hombres dentro de un sistema de relaciones de poder”. Es decir, que dicho análisis permite detectar “la política de las relaciones de género y los ajustes que han de realizarse por parte de las instituciones para alcanzar la equidad entre hombres y mujeres” (IIDH, en línea).

A través del proceso de socialización hombres y mujeres “aprenden” y, consecuentemente, “adoptan” roles sociales que los colocan en posiciones diferentes bajo la forma de relaciones complementarias de dominio y subordinación, las que generalmente definen tanto el acceso como el control de los recursos y beneficios sociales en todas las áreas de la vida. Esto constituye un círculo vicioso que el análisis de género puede contribuir a romper, y la información es un aporte para hacer visibles las posiciones relativas de hombres y mujeres (Dávila, 2004) y visibilizar las inequidades en el acceso a las oportunidades las que, además, asumen diferentes formas en distintos contextos socioculturales. En efecto, las inequidades de género se sustentan, entre otros factores, en la invisibilización de las mujeres en las fuentes de datos, lo que es una expresión de la “desvalorización que hace la sociedad de las actividades realizadas por las mujeres, considerándolas como naturales, tales como el concepto generalizado sobre los oficios domésticos, el cuidado de niños, adultos mayores o de animales, que son percibidos como parte de los roles de la mujer” (USAID, 1996).

Así en función de los conceptos anteriores, en este documento se entiende por enfoque de género a la identificación de cómo las relaciones de género (o las diferencias de poder socialmente aceptadas entre los sexos e internalizadas por las personas a través del proceso de socialización) afectan la forma en que hombres y mujeres se desempeñan en todos los ámbitos de su vida.

2.2 Enfoque transversal

En consonancia con la postura de CEPAL, a través de su División de Asuntos de Género (CEPAL, División de Asuntos de Género, 2006; Milosavljevic, 2007) la perspectiva de este documento se apoya en el concepto de la transversalización del enfoque de género para lograr las metas del desarrollo en base al reconocimiento de los derechos de las personas.

En relación con el tema de este documento, a saber, la inclusión del enfoque de género en los censos, la idea de la transversalización tiene que ver con el hecho de que no es solamente la inclusión de una pregunta adicional o una pequeña modificación del cuestionario lo que garantizará la inclusión del enfoque de género, sino que se trata de un proceso más amplio, durante el cual se pueda asegurar que: i) el cuestionario como un todo, es decir, que todos los temas relevantes sean enfocados con perspectiva de género; ii) la perspectiva de género logre permear todas las etapas del proceso de la información (preparación conceptual y metodológica, aplicación, recolección de datos, procesamiento, elaboración de estadísticas e indicadores, análisis de los datos y difusión); y iii) se generen mecanismos de capacitación para eliminar —tanto entre los productores de la información como entre la población en general— los sesgos y estereotipos de género que pueden afectar la recolección y análisis de la información. Así, la Revisión 2 de los “Principios y recomendaciones para los censos de población y vivienda” elaborados por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas incluye una serie de recomendaciones relativas a las estadísticas de género, entre las cuales se especifica que “es necesario evitar los sesgos basados en el género y los que afecten los datos sobre poblaciones minoritarias dado que “los estereotipos basados en el género pueden introducir graves sesgos en los datos del censo y en las conclusiones que se extraigan de esos datos. (Naciones Unidas, 2007).

Como este es un proceso que aún está en marcha, completar todos estos pasos podría ser más bien un *desiderátum* a lograrse en un futuro más o menos cercano. Se espera, sin embargo, que los preparativos para los censos de la década de 2010 incluyan acciones integradas para fortalecer un objetivo común, que es el generar información confiable y oportuna que contribuya a la eliminación de las brechas de género en la sociedad.

En este documento, sin embargo, sólo se tratará el tema de los indicadores de género en relación con el aporte que los censos de población y vivienda pueden hacer al tema a partir de la información recopilada en sus cuestionarios.

2.3 Una clasificación de los indicadores de género

Existen diferentes criterios para clasificar o agrupar los diferentes tipos de indicadores en las ciencias sociales y estos deben obedecer al propósito del estudio y acción que se va a emprender.

Una forma habitual de clasificar o definir conjuntos de indicadores en el área de los estudios de género es según los temas con los que ellos están conectados, como, por ejemplo, educación, empleo, salud, derechos de la mujer, violencia y otros, sin diferenciar al interior de cada tema el tipo de indicador de que se trata ni el propósito o propósitos para el/los que se puede utilizar.

En este documento, y para tener mayor claridad acerca de la función de los indicadores, se propone una clasificación que se base, no sólo en los temas (pues distintos tipos de indicadores pueden relacionarse con un mismo tema) sino que recoja distintas dimensiones del fenómeno de género.

En este sentido, se propone dividir a los indicadores en tres grupos que, a la vez, constituyen diferentes aproximaciones a la inclusión del enfoque de género en políticas y programas: i) indicadores de situaciones específicas de sexo; ii) indicadores de brechas de género y iii) indicadores específicos de

género. Intencionalmente se ha dejado afuera de esta clasificación a los indicadores que se calculan para describir la situación de cada sexo separadamente (ejemplo, proporción de mujeres que trabajan respecto al total de mujeres; proporción de hombres según categoría ocupacional respecto al total de hombres, etc.) ya que no son específicos de género, aunque pueden utilizarse para complementar los análisis de género o para elaborar el marco contextual dentro del cual se dan las relaciones de género.

Los tres tipos de indicadores que se propone distinguir en este trabajo son:

- **Indicadores de situaciones específicas de sexo con mirada de género.** Este caso se refiere a los indicadores que son calculados para un sólo sexo por la naturaleza del mismo, como la fecundidad, la mortalidad materna, la atención en el parto o la mortalidad adulta por causas específicamente masculinas. En estos casos, sin embargo, la “mirada” de género puede detectar inequidades de género en los procesos de toma de decisiones, en el acceso a la atención de salud y, en general, a la presencia de comportamientos que responden a roles de género institucionalizados por la persistencia de un modelo de género implícito en las relaciones sociales.
- **Indicadores de brechas de género.** Estos indicadores reflejan la posición relativa de hombres y mujeres respecto a alguna variable. Estas construcciones estadísticas permiten conocer –en forma relacional- los avances y rezagos en la situación de hombres y mujeres en diferentes ámbitos de acción. Un caso especial de brechas lo constituyen las brechas intra-género, que también pueden utilizarse como medidas de desigualdad y que reflejan la posición relativa de distintos grupos dentro de cada sexo, para identificar dentro de cada uno de ellos las situaciones de inequidad que, de alguna manera, reproducen las inequidades inter-género e incluso pueden superarlas. Por ello pueden compararse las brechas intra-género entre los sexos, lo cual las convierte, a su vez, en brechas de género, a través de lo cual se puede visibilizar la existencia de brechas sociales más importantes en alguno de los dos sexos.
- **Indicadores específicos de género.** Se propone incluir en esta categoría a aquellos indicadores que, a diferencia de los anteriores, se refiere a las “relaciones de género”, es decir, a las relaciones entre hombres y mujeres, las que ya han sido definidas como relaciones de poder que resultan en situaciones de desigualdad, exclusión y discriminación en contra de hombres o mujeres, según el caso (PNUD, en línea). Difieren de los indicadores de brechas de género en que mientras aquellos comparan una misma características entre hombres y mujeres, estos se enfocan en algún aspecto de una relación que tiene lugar entre hombres y mujeres y que ella misma revela una situación de inequidad (como, por ejemplo, la violencia de género).

Más adelante se examinará el aporte de los censos de población en relación con estos tres tipos de indicadores en función de los principales temas relevados a partir de las conferencias internacionales.

3. Recomendaciones internacionales acerca de los temas de género

Se trata en esta sección de identificar las principales fuentes de recomendaciones internacionales en relación con el enfoque de género y las principales propuestas temáticas, en diferentes ámbitos de acción social.

Como un requisito para los estudios de género y para el diseño y monitoreo de políticas y programas, se propone presentar en esta sección una síntesis de los principales temas que han sido considerados relevantes en relación con la condición de género a partir de tales fuentes.

La Carta de las Naciones Unidas de 1945 fue el primer acuerdo internacional en proclamar la igualdad de los derechos humanos de los hombres y las mujeres. Sin embargo, hasta fines de la década de los años sesenta aún no estaban dadas las condiciones para que las propias mujeres levantaran sus

requerimientos, y el tema de sus derechos sólo fue tratado marginalmente, y no ocupaba un papel preponderante en los organismos de las Naciones Unidas (Spears, 2004).

Desde los inicios del siglo XX, se adoptaron varios tratados o convenios internacionales referidos a la condición de la mujer, en particular en las áreas de la salud y el empleo. Luego, durante la segunda mitad del siglo XX se revisaron algunos de esos instrumentos o se reemplazaron por otros pero, en general, todos ellos tocaban temas similares alrededor de (Spears, 2004): la “trata de blancas” o trata de mujeres y niños; la protección de la maternidad; el empleo y condiciones de trabajo; la igualdad de pago y oportunidades; el matrimonio y la edad mínima para el matrimonio; el derecho a la nacionalidad; los derechos civiles y políticos.

Desde los primeros años de la década de los años setenta, se hizo más patente la convicción de la comunidad internacional de la necesidad de conjuntar, en un solo instrumento de carácter obligatorio, todo el gran flujo de principios y normas enunciados en resoluciones, declaraciones o recomendaciones de diversos organismos internacionales, así como en las disposiciones de los Convenios y Pactos ya adoptados y, desde 1975 las Naciones Unidas comenzaron diversas instancias para considerar el tema de la inequidad de género y de la situación de las mujeres en relación con los hombres y en la sociedad en su conjunto (Naciones Unidas, 1996; Naciones Unidas, 2000; Spears, 2004; Isis International, en línea).

La primera conferencia mundial sobre la mujer se realizó en México en el año 1975, convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Esto tuvo como propósito “concentrar la atención internacional en la necesidad de elaborar objetivos orientados hacia el futuro, estrategias y planes de acción eficaces para el adelanto de la mujer” (Naciones Unidas, 2000) identificando como objetivos la igualdad de género, la no discriminación por motivos de género, la plena participación de la mujer en el desarrollo y su contribución al fortalecimiento de la paz.

Uno de los resultados de esta conferencia fue la proclamación por la Asamblea General del Año Internacional de la Mujer (1975) y del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) cuyos objetivos eran: igualdad, desarrollo y paz. Se aprobó asimismo un plan de acción mundial con metas a favor del acceso equitativo de la mujer a los servicios de salud, a la educación, a las oportunidades de empleo, a la participación política, a la vivienda, a la nutrición y a la planificación de la familia.

Fue importante que en esta ocasión se produjo “un punto de giro, que había comenzado a perfilarse a principios del decenio de 1970, en la forma en que se percibía a la mujer. Si anteriormente se había considerado que “la mujer era una receptora pasiva de apoyo y asistencia, ahora se la veía como asociada plena y en pie de igualdad del hombre, con los mismos derechos a los recursos y las oportunidades”. Una transformación similar se estaba produciendo en la manera de enfocar el desarrollo, pues si en un inicio “se creía que el desarrollo serviría para adelantar la causa de la mujer, ahora existía el consenso de que el desarrollo no era posible sin su plena participación” (Naciones Unidas, 2000).

Unos años más tarde, y adoptada por las Naciones Unidas en 1979, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), que se aboca principalmente a los derechos de las mujeres, se suma a los instrumentos jurídicos internacionales que conforman el derecho internacional de los derechos humanos. Veinte años después, en diciembre del año 1999, se aprueba el Protocolo Facultativo a esta Convención, estableciéndose al fin mecanismos mínimos de exigibilidad y equiparando a la CEDAW con otros instrumentos de derechos humanos (IIDH, 2004; Naciones Unidas, 1979; Naciones Unidas 1989).

La Convención entró en vigencia en 1981 y fijó una pauta internacional para esclarecer el concepto de igualdad entre mujeres y hombres “La Convención de la Mujer establece garantías de no discriminación contra la mujer e incorpora una definición más amplia de discriminación que la establecida en instrumentos previos, ya que abarca tanto la igualdad de oportunidades (igualdad *de jure*), como la igualdad de resultado (igualdad *de facto*). No sólo establece que los Estados partes “asegurarán” y “otorgarán” a las mujeres el “derecho” a la no discriminación en todo ámbito de la vida privada y pública sino que además establece la obligación de los Estados partes que “tomarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la vida pública y privada” (Spears, 2004)

Se consideró que esta Convención “era el único instrumento contractual de carácter global orientado a proteger los derechos de las mujeres, que incluyó por primera vez un sistema de control y supervisión sobre su aplicación” (Spears, 2004).

Los principales temas abordados por la Convención fueron la eliminación de la discriminación contra la mujer en todas sus formas, la igualdad (de hecho y de derecho) ante la ley y la defensa de los derechos humanos en los ámbitos público y privado, el fomento de la participación de las mujeres en la sociedad y su derecho a tener las mismas oportunidades que los hombres en la educación, la salud, el empleo, a igual remuneración por igual trabajo, a los beneficios sociales y a la seguridad social. Se hace hincapié igualmente en el fortalecimiento de la función social de la maternidad y en el derecho al acceso a los programas de planificación familiar.

Después de la aprobación por la Asamblea General en diciembre de 1979 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), los Estados Miembros de Naciones Unidas se volvieron a reunir en Copenhague en 1980, en una segunda conferencia mundial sobre la mujer para examinar y evaluar el plan de acción mundial de 1975, verificando avances en el cumplimiento de sus objetivos (Naciones Unidas, 2000). Pese a los progresos alcanzados, la Conferencia de Copenhague reconoció la existencia de debilidades en el cumplimiento de las metas en cuanto a los derechos de las mujeres y se identificaron algunos ámbitos de medidas concretas para el adelanto de la mujer. Se reafirmó la necesidad de igualdad de acceso para las mujeres a la educación, la salud y el empleo; de generar acciones para crear conciencia y apoyar a las mujeres para que participen en la vida nacional, a la vez que se reconoce la necesidad de generar voluntad política para llevar a cabo estas acciones.

Por su parte, la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Nairobi en 1985, introdujo un enfoque más amplio sobre la situación de la mujer, reconociendo que “la igualdad de la mujer, lejos de ser una cuestión aislada, abarcaba toda la esfera de la actividad humana” (Naciones Unidas, 2000). Tuvo, además como mérito la incorporación de un gran número de organizaciones no gubernamentales y puso en evidencia que “los datos reunidos por las Naciones Unidas revelaban que las mejoras en la situación jurídica y social de la mujer y los esfuerzos para reducir la discriminación habían dado resultados apenas marginales” (Naciones Unidas, 2000).

En consonancia con la idea de que el adelanto de la mujer no era sólo un problema de las mujeres sino que era una precondition para el adelanto de la sociedad, las medidas recomendadas en las Estrategias de Nairobi abarcaban los siguientes temas: salud, educación, empleo, servicios sociales, comunicaciones, medio ambiente, promoción de la paz, asistencia a la mujer en situaciones especiales de peligro, participación de la mujer en la industria y en la ciencia.

Como un aporte al enfoque de género y al empoderamiento de las mujeres la Cumbre sobre Medio Ambiente y Desarrollo de Río de Janeiro de 1992 reconoció “el papel fundamental de las mujeres en la conservación y gestión del medio ambiente y el hecho de que las mujeres desempeñan un papel fundamental en la ordenación del medio ambiente y en el desarrollo” (Isis International, en línea). Por su parte, en la Declaración y Programa de Acción de Viena, en 1993 (Naciones Unidas, 1993), en el capítulo referido a “La igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer” también se plantean algunas áreas prioritarias para el mejoramiento de la condición de la mujer, poniendo el énfasis en el respeto a los derechos humanos de la mujer y la no discriminación así como en la eliminación de los prejuicios contra la mujer. Igualmente se destaca la necesidad de una mayor incorporación de las mujeres en los procesos de desarrollo, de su acceso a puestos de toma de decisiones, de ampliar su acceso a la educación, asegurar su salud y su acceso a los servicios de planificación familiar y luchar contra la violencia de género contra las mujeres.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 tuvo como uno de sus grandes logros el rescate de la importancia de los derechos reproductivos como derechos humanos y el reconocer la violencia de género como un impedimento para el normal desarrollo de la educación, la salud reproductiva y sexual de las mujeres y el desarrollo de toda la sociedad.

El Programa de Acción de la CIPD reconoció que la igualdad entre hombres y mujeres así como el empoderamiento de las mujeres, basados en el respeto a sus derechos humanos, incluyendo los derechos reproductivos debían ser considerados como elementos básicos de los programas de población y desarrollo. En el Programa de Acción de Cairo se planteó una diversidad de objetivos relacionados con la población y el desarrollo y un capítulo exclusivamente dedicado al tema de la “Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer”.

La primera revisión de la implementación del Programa de Acción de Cairo se realizó a los cinco años; con ese motivo la Asamblea General adoptó en 1999, por consenso, algunas medidas clave para la posterior implementación del Programa de Acción aunque la revisión habría demostrado que, aún cuando hay algunos logros en ciertos países, las metas de la CIPD son todavía válidas y deben ser perseguidas (UNFPA, en línea). No obstante, en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ICPD+5 en junio de 1999 se identificaron algunas medidas clave para continuar la implementación del Programa de acción en 4 áreas clave —aunque ya identificadas en Cairo 1994— que son: educación y analfabetismo, atención de salud reproductiva y necesidades insatisfechas de planificación familiar, reducción de la mortalidad materna y VIH/SIDA.

Por su parte, a los 10 años de Cairo la comunidad internacional ha vuelto a reafirmar el Programa de Acción de la CIPD y, particularmente, ha puesto énfasis en aquellos objetivos que tiendan a asegurar la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y la salud y derechos reproductivos como mecanismos para asegurar el desarrollo de la sociedad como un todo (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2004; UNFPA, 2005b).

Se reafirmó en consecuencia la importancia de continuar promoviendo la equidad de género y el irrestricto respeto a los derechos y libertades individuales de las mujeres incluyendo los derechos reproductivos; de condenar y eliminar la violencia de género y el tráfico de personas, especialmente mujeres, adolescentes y niñas; de impulsar el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, basada en información, educación y servicios; de atender la morbilidad y mortalidad maternas; de tomar en cuenta el envejecimiento de la población y su impacto sobre la población femenina; de fomentar la responsabilidad de los hombres en relación con su propia salud reproductiva y la de las mujeres y, de investigar el bajo desempeño de los niños en el sistema educativo (UNFPA, en línea y UNFPA, 2005b).

El capítulo IV, destinado al tema de la “Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer”, incluía tres grandes temas: mejoramiento de la condición de la mujer; la niña y las responsabilidades y participación del hombre. El primero de estos grandes grupos se enfoca en la igualdad y equidad de hombres y mujeres, en la potenciación de la participación de la mujer en el desarrollo sostenible y en asegurar el acceso a una educación de igual calidad para hombres y mujeres.

En el caso de la “niña” el Programa de Acción enfatiza la necesidad de eliminar la discriminación contra las niñas y las causas en que se basa la preferencia por el varón, de aumentar la conciencia pública del valor de las niñas y mejorar la imagen que las niñas tienen de sí mismas, conseguir que tengan más confianza en sí mismas y que mejore su condición; de mejorar el bienestar de las niñas, especialmente en lo que respecta a la salud, la nutrición y la educación.

Finalmente, en el tema de la participación de los hombres se destaca que el principal objetivo es el de promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, y promover en los hombres una mayor conciencia de su papel en la vida familiar y en la conducta reproductiva.

Sin embargo, cabe mencionar que un recorrido por el Programa de Acción permite visualizar que la situación de la mujer y el tema de la equidad de género está presente en prácticamente todos los capítulos en forma transversal y especialmente en aquellos sobre la familia, el crecimiento y estructura de la población y la salud y los derechos reproductivos que complementan al capítulo referido específicamente al tema de género (UNFPA, en línea).

Un año después de El Cairo se realizó la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 (Naciones Unidas, 1996) la que constituyó, según el consenso internacional, el punto crucial de encuentro sobre el tema de género. Asimismo, su Plataforma de Acción reafirmó y formuló recomendaciones específicas en materia de trabajo estadístico a nivel nacional. En particular, una de las principales recomendaciones fue que los gobiernos “revisaran la adecuación del sistema estadístico en materia de cobertura de los aspectos relacionados con el género, y prepararan, en forma periódica, la divulgación de estadísticas en publicaciones apropiadas para una amplia gama de usuarios. Asimismo, los exhortó a utilizar datos con perspectiva de género en la formulación de políticas y la aplicación de programas y proyectos” (Naciones Unidas, 1996; FAO, en línea).

La Plataforma de Acción de Beijing planteó doce objetivos estratégicos, que engloban la más vasta y comprehensiva lista de tópicos en relación con el tema de género y el adelanto de la mujer para el logro de la equidad entre los sexos: la mujer y la pobreza; educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de difusión; la mujer y el medio ambiente; la niña.

Por su parte en el año 2000 se adoptó Declaración del Milenio, cuyos objetivos y metas de desarrollo están enunciados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ratificados en acuerdos posteriores de los Estados miembros en la Cumbre Mundial 2005 (Naciones Unidas, 2005a). Aún cuando hay un solo objetivo dirigido explícitamente al tema de género se ha aceptado que el mejoramiento de la situación de la mujer es una precondition para el adelanto de la sociedad como un todo y un prerrequisito para lograr un verdadero desarrollo sustentable y sostenible (Naciones Unidas, 2005).

La lista oficial de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (desagregados por sexo y áreas urbanas y rurales), vigente a partir de 15 de enero de 2008, son ocho: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer; reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Con posterioridad a la adopción de la Declaración se ha incorporado una meta adicional en relación con el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, “según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente” (Naciones Unidas, 2005a).

Por último, en el documento Final de la Cumbre Mundial 2005 (Naciones Unidas 2005b), y, ante el convencimiento de “que el progreso de la mujer es el progreso de todos”, se reafirman los objetivos y metas de la Declaración del Milenio y de la Plataforma de Acción de Beijing” y “se resuelve promover la igualdad entre los géneros y eliminar la omnipresente discriminación por motivos de género” y que esto es “una contribución indispensable para que se alcancen los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio”.

En resumen, cabe señalar que, si bien esta recopilación puede haber dejado algunas lagunas, ella abarca los temas centrales en los que mayormente coinciden todas las fuentes examinadas y la literatura sobre el tema. En el cuadro IV.1 se presenta una síntesis preliminar de los grandes temas tratados por las principales conferencias y referentes internacionales sobre el tema. En primer lugar se tienen los temas relacionados con las variables demográficas sexo, edad, fecundidad, mortalidad y migración.

Es obvio que el desglose por sexo, por definición, es condición *sine qua non* de cualquier estudio de género y la edad constituye una variable fundamental para identificar las etapas del ciclo de vida durante las cuales las personas se enfrentan a diferentes desafíos de género en diversos ámbitos. Por otra parte, conductas y roles de género están asociados al comportamiento de las personas en relación con la fecundidad, la mortalidad y las migraciones.

CUADRO IV.1
SÍNTESIS COMPARATIVA DE ALGUNAS ÁREAS TEMÁTICAS PRIORITARIAS PARA EL ENFOQUE DE GÉNERO A PARTIR DE INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Áreas prioritarias	México 1975	CEDAW 1979	Copenha- ge,1980	Nairobi 1985	Río de Janeiro 1992	Viena 1993	CIPD 1994	Beijing 1995	ODM 2000	Cumbre Mundial 2005
Equidad de género en aspectos demográficos		X					X	X	X	
Equidad de género en educación	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Equidad de género en aspectos económicos	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Equidad de género en la salud	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Equidad de género en el hogar y la familia							X	X		
Equidad de género en la vivienda y el medio ambiente	X				X	X		X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Se trata de reconocer en estos fenómenos demográficos (y en otros, como la situación conyugal y la nupcialidad, que aunque no aparecen explícitamente mencionados son centrales a los análisis de género), la incidencia de imágenes sociales que derivan de modelos de relaciones de género que se dan dentro de un esquema general de tipo patriarcal, aunque pueden ser cambiantes en cierta medida, debido al impacto que las reivindicaciones de género tienen sobre los aspectos legales, la defensa de los derechos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, la mayor incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, a la vida pública, etc. (Zavala de Cosío, 2004).

En segundo lugar, se despliegan los temas que tienen que ver con características educativas, económicas y de pobreza; de salud; de hogar y familia; de vivienda y medio ambiente. Como en el caso de las variables demográficas estas no son variables “específicas” de género pero tratadas a través de las brechas de género, proporcionan la información de las inequidades producidas por un determinado tipo de relaciones de género en las que los hombres -en mayor o menor medida según las épocas y las sociedades- monopolizan el control del poder social, económico y político y de esto resulta un perjuicio para la situación y la participación de las mujeres en la sociedad, quedando relegadas, en gran medida, al ámbito privado donde asumen roles específicos pero donde generalmente también se encuentran en una situación subordinada.

La situación es diferente según las variables de que se trate, ya que la evolución ha afectado algunos ámbitos más que otros. Es, por ejemplo, un hecho reconocido que las mujeres han ampliado su participación en la educación e incluso, en algunos países, han superado a los hombres aunque, por supuesto en las edades más jóvenes por ser un fenómeno reciente. No es así en el tema del analfabetismo (donde las mujeres tiene mayor representación que los hombres) ni en la educación superior y técnica donde persiste la elección, por parte de las mujeres, de carreras tradicionalmente “femeninas”, destacándose que la incidencia del poder patriarcal en la educación a través de la formación de actitudes y cosmovisiones en las edades jóvenes persiste con fuerza y ejerce influencia a lo largo de la vida de las personas (Blat Gimeno, 1994).

Como se señala en el informe de la Consenso de Quito, adoptado en la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2007) han sido ampliamente reconocidas “las inequidades de género como determinantes sociales de la salud, conducentes a la

precariedad de la salud de las mujeres en la región, en especial en los ámbitos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, lo que se expresa en el avance y la feminización de la epidemia del VIH/SIDA y en las altas tasas de mortalidad materna, en virtud de, entre otros, el aborto en condiciones de riesgo, los embarazos de adolescentes y la provisión insuficiente de servicios de planificación familiar, lo que demuestra las limitaciones aún existentes del Estado y de la sociedad para cumplir con sus responsabilidades relativas al trabajo reproductivo”.

En el área de la economía, las diferencias de género se manifiestan, entre otras, en las diferencias laborales, con su correlato en las desigualdades de ingresos (por igual trabajo), en la baja representatividad de las mujeres en los niveles de toma de decisiones, en el disminuido acceso a los recursos productivos, en la falta de autonomía económica, en la discriminación de los empleadores a raíz del rol reproductivo de las mujeres, etc. (Amar D., 2007). Además, la falta de reconocimiento de la función social de la maternidad ha resultado en que “la inserción de la mujer en el trabajo se ha dado bajo una concepción masculina del mismo, ya que estas deben optar por trabajar o bien participar activamente en la crianza de sus hijos. Sin embargo, esta disyuntiva no se presenta en el caso del hombre, aún cuando es igual de responsable de la conformación de la familia y de la procreación (Amar D., 2007).

Además de los temas señalados, las conferencias internacionales relevan y ponen énfasis en una serie de acciones tendientes a promover, fortalecer, legislar, organizar, etc., sobre temas de equidad de género, autonomía y empoderamiento de las mujeres que comprenden todo tipo de decisiones y acciones llevadas a cabo principalmente por organismos del Estado, organizaciones privadas, organismos internacionales, y otros, en relación con las medidas que se requieren y deberían tomarse para avanzar en este campo, cuyo carácter institucional trasciende los límites de este trabajo.

4. Características de los censos de población y vivienda en América Latina

4.1 Ventajas y limitaciones de los censos de población desde el punto de vista del enfoque de género

El censo de población y vivienda constituye una fuente privilegiada para una vasta gama de datos útiles sobre la población y puede aprovecharse ventajosamente para obtener información para los indicadores de género, sobre todo por la alta representatividad derivada de su cobertura universal.

El censo no tiene ninguna limitación estructural para proporcionar información con sensibilidad de género y, más aún, es una fuente muy importante de ella, ya que toda la información que contiene puede desglosarse por sexo (siempre que se trate de las preguntas a las personas, como se verá más adelante), variable que necesariamente está incluida en los cuestionarios por ser básica para el estudio de la población.

Las boletas censales de los países incluyen, además, una variedad de tópicos que son, en su mayor parte, sensibles al tema de género, y por la naturaleza misma de la fuente censal, es posible relacionar cualquier variable con todas las demás características sociales, culturales y económicas de las personas y del hogar y la vivienda, lo que puede dar lugar a diversos tipos de análisis así como, fundamentalmente, a mostrar las brechas que requieren ser reparadas, en niveles geográficos más o menos desagregados.

El censo, sin embargo, no ha sido diseñado como fuente de datos con enfoque de género y, en este sentido, tiene sus limitaciones:

- Tiene un presupuesto y una estructura predeterminada y, aunque no es inflexible, tampoco es susceptible de aceptar muchos cambios ni cambios muy drásticos;
- No es una encuesta donde se puede indagar en profundidad sobre algún tema;

- Se realiza, aproximadamente, cada diez años, por lo cual no es una fuente de datos que permita un monitoreo frecuente de las variables con sensibilidad de género.

Además, es necesario recalcar que algunas limitaciones de la información censal en relación con el tema de género tienen que ver, no tanto con el tipo de fuente de datos de que se trata sino con la influencia del modelo de relaciones de género que, consciente o inconscientemente se desliza en la conducta de las personas y también a través del proceso censal. Esto se refleja en que:

- Puede haber una insuficiente preocupación por publicar y difundir los datos desglosados por sexo, aún cuando esta variable está siempre presente en los cuestionarios censales;
- El tipo de preguntas puede tender a invisibilizar la condición de la mujer (y en ocasiones también la del hombre) en una serie de aspectos, limita el análisis de género así como el monitoreo de los cambios en la condición de la mujer o del hombre en el tiempo ya sea por el efecto de los cambios políticos, económicos y sociales globales o por políticas o programas específicos;
- La existencia de estereotipos y sesgos de género tanto en la elaboración del cuestionario como posteriormente, por parte del encuestador y del/la encuestado/a, puede hacer que, tanto la forma de formular las preguntas como la de articular las respuestas, más que reflejar la verdadera situación de hombres y mujeres (por ejemplo en la definición de la jefatura del hogar o de la condición de actividad) refleje la asignación social de los roles de género, de acuerdo al modelo de género imperante.

Si bien muchos temas sensibles al enfoque de género se encuentran en los censos es importante señalar que ellos tienen que ver principalmente con “características” de los hogares y de las personas y, sólo en forma muy indirecta, con “relaciones” entre las personas. Por este motivo es más probable encontrar en esta fuente de datos variables específicas de sexo (fecundidad, mortalidad materna y otros) o variables que permiten calcular brechas de género (educación, ocupación y otros.) que variables que tengan que ver con las relaciones de género (corresponsabilidad en el hogar, violencia de género, entre otros).

4.2 Estructura de los censos

Típicamente, y en seguimiento a las recomendaciones internacionales (Naciones Unidas, 2007), los censos de población y vivienda tienen una estructura básica que se asienta en dos grupos de preguntas: unas que se realizan en forma conjunta para los miembros del hogar como grupo (o cada uno de los hogares, si hay más de uno) que comparten una vivienda (o más de una) y otro grupo de preguntas individuales para cada uno de los miembros.

Una vivienda puede contener un hogar o más de uno y cada uno de ellos se define por lo general por el criterio de “las disposiciones adoptadas por las personas, individualmente o en grupos, para satisfacer sus necesidades de alimentos o de otros artículos esenciales para vivir”. Por lo tanto, una unidad de vivienda es un lugar separado e independiente de alojamiento previsto para que lo habite uno o más hogares, (por ejemplo, dos familias nucleares que compartan una unidad de vivienda por motivos económicos) o incluso por una parte de un hogar (un hogar de una sociedad poligámica que ocupa habitualmente dos o más unidades de vivienda) (Naciones Unidas, 2007). Todo esto indica que el concepto de “familia” no está identificado a priori en el censo y los hogares pueden estar compuestos por una o más familias según cómo estas sean identificadas desde el punto de vista de un observador.

4.3 Preguntas censales

Aunque no en forma idéntica, los censos de población y vivienda comienzan con una sección destinada a recoger información sobre viviendas y hogares, seguida de las preguntas destinadas a cada una de las personas del hogar. No todos los países preguntan exactamente lo mismo y, en algunos casos, los temas pueden estar más desarrollados que en otros, pero puede decirse que hay un conjunto de temas básicos (que todos los censos incluyen de una manera u otra con relativa similitud) y otro conjunto que se

llamará aquí de temas no básicos, denominados así porque no son una constante en los cuestionarios censales y pueden responder a intereses locales.

Con el tiempo, sin embargo, algunos temas, originariamente no básicos han sido incorporados por un número importante de países, motivados principalmente por demandas de los distintos sectores sociales así como también por la necesidad de identificar mejor los cambios en la situación de las personas a través del tiempo.

Por ejemplo, a nivel de hogar se ha extendido en la región la pregunta sobre emigración de miembros del hogar (11 países) y sobre miembros del hogar que han fallecido, como una medida indirecta de la mortalidad general (10 países), mientras que a nivel de preguntas individuales se observa la inclusión de tres variables importantes: la verificación de la condición de actividad para los que no declaran actividad en el período de referencia del censo (14 países), la discapacidad (15 países) y el origen étnico de las personas por autoidentificación (16 países).

Asimismo, de distintas maneras, un número importante de países ha incluido la pregunta de ingresos en sus censos, ya sea a nivel de hogar (3 países) como a nivel de personas individuales (8 países), lo que ya es bastante innovador dado que tradicionalmente se consideraba que preguntar por ingresos en un censo podría dañar la confiabilidad de todo el operativo.

Los cuadros IV.1 y IV.2 muestran esta información para las variables de vivienda-hogar y personas, respectivamente.

4.3.1 Preguntas acerca de la vivienda y el hogar

En general las preguntas incluidas en la sección de vivienda y hogar tienen la característica de que son comunes a todos los miembros del hogar, y no son identificables a nivel de personas individuales. Esto constituye una limitación para el enfoque de género ya que algunas variables de nivel hogar y vivienda son utilizadas para crear variables que luego se asignan a las personas (por ejemplo, cuando se estiman necesidades básicas insatisfechas para definir pobreza), sin tener en cuenta que se refieren a una situación promedio del hogar y no a características personales que puedan desglosarse por sexo.

Las variables básicas de la sección vivienda y hogar tienen que ver con el tipo de vivienda, los materiales, los servicios, las facilidades y equipamiento, así como con el tipo de tenencia de la vivienda.

En cuanto a las preguntas no básicas, se observa en el cuadro IV.1 que ya todos los países han incluido alguna pregunta sobre mortalidad en el hogar aunque en algunos casos se trata de mortalidad general y en otros específicamente de la mortalidad materna; además, un buen número de ellos incluyeron preguntas sobre emigración de ex miembros del hogar y en uno se pregunta sobre las causas de la emigración.

Discapacidad y origen étnico son preguntas ya experimentadas (aunque las discusiones acerca de la mejor manera de investigar estos temas siguen abiertas) que habitualmente, en los países de la región, se encuentran a nivel de personas, dado que a nivel de hogar no aportan una información muy valiosa y sólo sirven para identificar hogares para posteriores encuestas o censos especiales y en profundidad. También se han incorporado temas más novedosos que apuntan a diferentes dimensiones del quehacer de las personas, como la participación de algún miembro del hogar en organizaciones comunitarias y la posibilidad de que las personas aporten información sobre calidad del medio ambiente en lugares cercanos a su vivienda. Aunque en estos dos últimos casos las preguntas no identifican cuáles miembros del hogar participan ni si alguna persona del hogar fue negativamente afectada por fuentes cercanas de contaminación, respectivamente, estas constituyen un antecedente importante por el hecho de que ya hayan sido incluidas en algún censo; pudiéndose evaluar oportunamente la posibilidad de que pasen a nivel de personas.

RECUADRO IV.1
TEMAS BÁSICOS Y NO BÁSICOS PARA VIVIENDAS Y HOGARES INCLUIDOS EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

Temas básicos para viviendas y hogares

- Tipo de vivienda (20 países)
- Materiales de la vivienda (20 países)
- Servicios a la vivienda (saneamiento, energía, etc.) (20 países)
- Facilidades de la vivienda (20 países)
- Equipamiento (20 países)
- Tenencia de la vivienda (20 países)

Temas no básicos para viviendas y hogares

Mortalidad

- Mortalidad de miembros del hogar (general y/o materna) (10 países)

Emigración

- Emigración de miembros del hogar hacia el exterior (11 países)
- Razones para emigrar (1 país)

Discapacidad

- Discapacidad de miembros del hogar (2 países)

Origen étnico

- Lengua hablada entre los miembros del hogar (1 país)
- Personas pertenecientes a pueblos indígenas en el hogar (2 países)

Economía

- Tenencia del terreno que ocupa la vivienda (6 países)
- Si se realizan actividades económicas dentro del hogar para obtener ingresos (5 países)
- Remesas recibidas por el hogar (2 países)
- Si existe título de propiedad de la vivienda (1 país)
- Monto ingreso mensual total requerido por el hogar (1 país)
- Monto ingreso mensual del hogar (1 país)
- Monto de las remesas recibidas por el hogar (1 país)
- Quién realiza el mayor aporte mensual para el hogar (1 país)

Participación

- Participación de algún miembro en organizaciones comunitarias (1 país)

Medio ambiente

- Fuentes de contaminación cercanas a la vivienda (1 país)

Fuente: <http://celadeinfo/BoletasAm/BoletasAm.html> Boletas censales

Lo mismo podría decirse de un buen número de preguntas no tradicionales (en el caso de los censos) relativas a temas económicos que reflejan la necesidad que se tiene en los países de obtener mayor información acerca de las condiciones de vida de las personas. Estas preguntas son: la propiedad del terreno que ocupa la vivienda, el monto de los ingresos y de las remesas recibidas por el hogar, el uso del hogar como lugar donde se desarrollan actividades económicas y sobre el aporte mensual para el hogar (en este caso sólo se identifica al mayor aportante del hogar). Como se verá más adelante, el aprovechamiento de la información que pudieran aportar estas preguntas sería mayor si ellas se refirieran a las personas más que a los hogares como un todo.

4.3.2. Preguntas acerca de las personas

Los temas en la sección de preguntas destinadas a las personas se muestran a continuación en el recuadro IV.2 según los últimos censos de los países. A nivel de personas se encuentran las variables básicas que son: jefatura de hogar, relación de parentesco con el jefe/a, edad, sexo y

estado civil y conyugal, además de fecundidad y mortalidad infantil, seguidas de migración, educación y actividad económica.

RECUADRO IV.2 TEMAS BÁSICOS Y NO BÁSICOS PARA PERSONAS INDIVIDUALES INCLUIDOS EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA

Temas básicos para personas individuales

Jefatura de hogar y parentesco

- Jefatura del hogar (20 países)
- Parentesco con el jefe del hogar (20 países)

Sexo, edad

- Sexo, edad (20 países)

Nupcialidad

- Estado civil o conyugal (20 países)

Fecundidad y mortalidad infantil

- Fecundidad: hijos nacidos vivos; hijos nacidos el último año (20 países)
- Mortalidad infantil: hijos nacidos vivos; hijos sobrevivientes (20 países)

Educación

- Alfabetismo (20 países)
- Asistencia escolar (20 países)
- Nivel que cursa o cursó (20 países)
- Nivel alcanzado (20 países)

Migración

- Lugar o país de nacimiento (20 países)
- Residencia 5 años atrás (20 países)

Actividad y empleo

- Condición de actividad (20 países)
- Ocupación (20 países)
- Posición ocupacional (20 países)
- Rama de actividad (20 países)

Temas no básicos para personas individuales

Economía

- Verificación de condición de actividad para los que no declaran haber trabajado durante el período de referencia (14 países)
- Monto de ingresos por trabajo (5 países)
- Monto de ingresos del mes anterior (3 países)
- Si recibe otros ingresos (sin monto) (desagregados) (7 países)
- Monto de otros ingresos (desagregados) (2 países)
- Si asume la mayor parte de los gastos del hogar (1 país)
- Si tiene terrenos destinados a la explotación agropecuaria (1 país)
- Si recibe prestaciones laborales (1 país)
- Por falta de dinero para adquirir alimentos, cuántos días de la semana pasada ... no consumió ninguna de las tres comidas básicas (1 país)
- Trabajo escolar (1 país)

Protección social

- Afiliación a la seguridad social (6 países)
- Afiliación a un seguro de salud (6 países)

Participación

- Afiliación a una organización campesina (1 país)

Ciudadanía

- Si tiene partida de nacimiento (2 países)

- Si tiene cédula de identidad (1 país)

Salud y discapacidad

- Discapacidad (15 países)
- Acceso a la atención de salud (6 países)
- Atención de salud (3 países)
- Enfermedades que requieren tratamiento (2 países)

Educación

- Título obtenido en el más alto nivel educativo (11 países)
- Causas de inasistencia o abandono escolar (3 países)

Hábitos de consumo

- Consumo de bebidas alcohólicas (1 país)
- Consumo de tabaco (1 país)

Mortalidad

- Mortalidad materna (1 país)
- Orfandad materna (1 país)

Etnicidad

- Origen étnico (autodefinición; color o raza) (17)
- Lengua (indígena) hablada o aprendida en la niñez (9)

Tecnologías

- Si sabe utilizar computador (1 país)
- Si tiene/usa correo electrónico (1 país)

Violencia fuera y dentro del hogar

- Si en la semana anterior ha corregido a un menor con castigo físico o ha participado en una pelea; si lo hizo, si usó solo puños y pies (1)
- Si en el último mes fue víctima de asalto o robo fuera de la vivienda, agresión o robo de pandillas, agresión física o verbal por parte de la policía, secuestro, agresión o violencia sexual dentro y/o fuera del hogar; agresión o violencia sexual fuera del hogar (1 país)

Otras

- Lenguas no indígenas que habla (2 países)
- Religión o culto (6 países)
- Duración del primer matrimonio (1 país)

Fuente: <http://celadeinfo/BoletasAm/BoletasAm.html> Boletas censales

En cuanto a los temas no tradicionales, este es bastante elevado abarcando una amplia gama de variables, muchas de las cuales tienen gran pertinencia de género.

En primer lugar, un gran número de países ha ampliado la investigación sobre la actividad económica de las personas con una o más preguntas en lo que se ha llamado “verificación de la actividad económica” y que tienden a visibilizar el tipo de actividad que realizan las personas que no declaran haber trabajado durante período de referencia que establece el censo (generalmente una semana), y que sus trabajos pueden ser intermitentes, no tan regulares en el tiempo, o directamente son trabajos que permanecen invisibilizados porque se asimilan con las tareas del hogar, especialmente en las áreas rurales, lo cual es especialmente relevante en el caso de las mujeres. Para el área económica también se han incorporado preguntas sobre ingresos (tanto del trabajo como de otras fuentes), aporte a los gastos del hogar e, incluso, sobre pobreza extrema.

Otras preguntas de especial significación que se han abierto camino en los cuestionarios censales y que sirven al propósito de identificar inequidades —incluyendo las inequidades de género— son las que tienen que ver con la protección social, la participación comunitaria, la salud y el acceso a la salud, el acceso a tecnologías modernas y la violencia fuera y dentro del hogar.

En suma, como se observa en los cuadros precedentes, los censos de población han ido incorporando cada vez en mayor medida temas que son pertinentes para evaluar y monitorear condiciones de vida y brechas de inequidad en diferentes ámbitos. En el próximo capítulo se analizarán

más detalladamente los temas censales en relación con las áreas temáticas sensibles al enfoque de género que fueron seleccionadas a partir de las conferencias internacionales y se plantearán sugerencias acerca de cómo ampliar la capacidad de esta fuente de datos con el fin de que pueda ampliar su aporte al análisis de las inequidades de género.

5. Los censos y las áreas temáticas sensibles al enfoque de género

Este capítulo contiene los resultados del análisis propuesto para este trabajo, que llevó a examinar el aporte actual y potencial de los censos de población y vivienda a los estudios y políticas con enfoque de género. El análisis se llevó a cabo en tres etapas.

En primer lugar y como un criterio sustantivo para la selección de las áreas prioritarias de interés, se desglosaron los grandes temas seleccionados como “dimensiones individuales de la equidad de género” (cuadro IV.1, en capítulo 3) según subtemas que se consideraron más importantes a partir de las propuestas de las conferencias internacionales.

En segundo lugar se identificaron las variables compatibles con esas áreas que pueden encontrarse en los cuestionarios censales de la década de 2000, ya sea en el caso de los temas básicos que se encuentran en todos o casi todos los censos de los países (edad, sexo, ocupación, educación, mortalidad, fecundidad, etc.) como en el de los no básicos, o sea, aquéllos que sólo se han incorporado ocasionalmente en algunos países y que no corresponden a la plantilla básica de preguntas censales tradicionales.

Finalmente, en tercer lugar, se ha intentado comparar (cuadros IV.2 a IV.7) los temas relevantes para el análisis de la equidad de género con los temas censales en tres niveles:

- Identificando las variables que pueden encontrarse en los cuestionarios censales a nivel de boleta individual y a partir de los cuales se pueden construir indicadores específicos de sexo y de brechas de género (y que son casi todos los que están en la boleta individual, dado que esta contiene la variable “sexo”).
- Identificando las variables que pueden encontrarse en la boleta censal a nivel de hogar y que serían relevantes para el enfoque de género siempre que tuvieran la identificación de las características de los miembros particulares del hogar (incluida la variable “sexo”).
- Identificando las variables que habitualmente no están en los cuestionarios censales y cuya inclusión podría promover cambios más o menos drásticos aunque, en caso de llevarse a cabo, esta debería ser precedida por un estudio de campo o experiencia piloto previa, como verificación de factibilidad.

En consecuencia, el análisis realizado ha tratado de destacar los temas pertinentes al enfoque de género en comparación con los temas que se investigan -o que podrían ser investigados- en los censos, como un marco de referencia amplio que permita mostrar las potencialidades del censo en su calidad de “proveedor” de datos con pertinencia de género. Ello no implica que se esté sugiriendo o más aún, recomendando, hacer todas las modificaciones posibles ni incluir todos los temas posibles en los próximos censos de población.

Más bien se trata de una evaluación del contenido censal a la luz del enfoque de género y de ideas que pueden desarrollarse localmente en caso de que los países estén interesados en ampliar su aporte al enfoque de género (haciendo modificaciones menores) o bien en introducir nuevos temas en los cuestionarios censales, como ha sido el caso de algunos censos de la región.

En estos casos, y una vez aceptada la pertinencia del tema dentro de cada país, se deberá estudiar, en su caso concreto, la manera más adecuada de incorporar la o las preguntas y cuál debiera ser la

formulación más conveniente según las necesidades de las políticas públicas y el contexto específico de cada país.

En todos los casos los temas o subtemas se presentan diferenciados según los tres tipos de indicadores propuestos al comienzo de este trabajo: situación específica de sexo, brechas de género y relaciones de género, dado que cada uno de estos representa un aspecto diferente del enfoque de género y pueden llegar a complementarse: en una sociedad con grandes brechas de género y con relaciones de género muy desventajosas para las mujeres la situación específica de estas tenderá a ser más deteriorada que en sociedades donde los derechos de las mujeres son más respetados y su aporte a la sociedad más reconocido.

5.1 Equidad de género y aspectos demográficos

Como ya se ha dicho, los aspectos de género de una variable son aquellos vinculados a la forma en que los modelos de género y, por ende, la distribución del poder entre los sexos y la forma en que este se ejerce, influyen en las relaciones entre las personas; en este caso en aspectos que tienen que ver básicamente con la fecundidad, la mortalidad, la nupcialidad y las migraciones (cuadro IV.2).

CUADRO IV.2
EQUIDAD DE GÉNERO EN ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Equidad de género en aspectos demográficos	El enfoque de género en las variables sobre aspectos demográficos
	Situación específica de sexo
	<i>Fecundidad total y adolescente</i>
	El censo provee la información básica para calcular la fecundidad total y por grupos de edades por métodos indirectos de gran robustez, a partir de la información sobre hijos nacidos vivos e hijos nacidos el último año.
Comportamiento reproductivo de las mujeres	<i>Nacimientos de madres adolescentes</i>
	A partir del censo se obtiene información sobre hijos nacidos vivos de mujeres adolescentes (madres) aunque, por lo general, el filtro es para las mujeres de 15 años y más. Para captar con mayor propiedad los nacimientos de madres adolescentes, sin embargo, Naciones Unidas reconoce que en algunos países debería considerarse reducir la edad filtro de la pregunta por debajo de los 15 años (Naciones Unidas, 2007).
Vulnerabilidad de las mujeres ante la muerte	<i>Mortalidad materna (por complicaciones del embarazo, parto o puerperio)</i>
	Aunque se ha realizado y algunos países incorporan estas variables en sus censos, la estimación de la mortalidad materna a partir de los censos es compleja. Algunos países realizan estimaciones de mortalidad materna por métodos indirectos, ya sea como una pregunta de muertes en el hogar por causas maternas o bien por una pregunta individual aplicando el "método de las hermanas" (Graham y Brass, 1988). Es necesario señalar que estos cálculos tienen limitaciones -y debe evaluarse la robustez de los métodos en cada caso- pero constituyen la única alternativa a las estadísticas vitales cuya integridad, especialmente en este caso, es poco confiable especialmente por tratarse de un evento -la muerte materna- de relativamente baja frecuencia en relación con el total de los nacimientos.
	Brechas de género
	<i>Feminidad de la mortalidad infantil y en la niñez</i>
Inequidades en la exposición a la mortalidad infantil y en la niñez	No siempre se consigna la información de hijos nacidos vivos y sobrevivientes clasificada por sexo. Si bien sería útil para estimación de la mortalidad en la niñez por sexo hay algunos problemas metodológicos que inhiben recomendarla con este propósito. En cambio sí es útil para mejorar la recolección por cuanto se hace explícito que se debe indagar por los hijos y las hijas; podría haber una tendencia a omitir a unos u otras según la cultura predominante.
Inequidades de género asociadas a la conyugalidad	<i>Feminidad de los tipos de conyugalidad</i>
	Esta información se obtiene de los censos y permite, en relación con otras variables, estimar brechas de inequidad de género asociadas a la conyugalidad.

(continúa)

CUADRO IV.2 (conclusión)

Equidad de género en aspectos demográficos	El enfoque de género en las variables sobre aspectos demográficos
Brechas de género	
Inequidades de género asociadas a la migración	<i>Feminidad de los migrantes</i> La información que se obtiene del censo permite relacionar el eje de inequidad de género con el eje de inequidad de la migración.
Inequidades de género asociadas al origen étnico	<i>Feminidad según origen étnico</i> La información que se obtiene del censo permite relacionar el eje de inequidad de género con el eje de la inequidad étnica.
Relaciones de género	
Factores de pareja que afectan la conducta reproductiva	<i>Origen de las decisiones sobre uso de anticonceptivos, número de hijos y planificación familiar</i> Información no disponible en los censos. Como ejemplo, esto podría derivarse de preguntas del tipo: “¿En su hogar, quién o quiénes toman las decisiones acerca del uso de anticonceptivos, el número de hijos y el momento de tenerlos?”

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la fecundidad, total y por grupos de edades, por ejemplo, la mirada o perspectiva de género tiene el objetivo de identificar quién o quiénes y cómo se toman las decisiones acerca de, por ejemplo, el número de hijos que se van a tener, la edad en que se tienen los hijos, el espaciamiento entre los nacimientos, cuáles son las pautas que guiarán el modelo de conyugalidad, el comportamiento reproductivo y la crianza de los hijos, la recurrencia al aborto, etc.

En el caso de la mortalidad se destacan principalmente la mortalidad materna y la mortalidad de mujeres por violencia de género, por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. En el caso de la mortalidad materna, por ser casi totalmente evitable, esta es un indicador de malas condiciones de vida, insuficiente o nulo acceso a la salud prenatal y de riesgos de género asociados a la vulnerabilidad y falta de autonomía de las mujeres en ciertos sectores sociales.

El caso de la mortalidad por violencia de género también se ha posicionado en América Latina como “una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades” (Convención interamericana para prevenir, castigar y erradicar la violencia contra la mujer, Belem do Para, citado por Alméras y otros, 2002) y en el caso de la infección por VIH/SIDA “las investigaciones han demostrado que el género es un factor de riesgo y vulnerabilidad ante el VIH, y prueba de ello es el creciente índice de contagio entre las mujeres”, lo cual “tiene consecuencias devastadoras para la morbilidad y mortalidad femenina, para la salud y el bienestar de sus familias y sus comunidades, así como para la transmisión perinatal” (CEPAL, 2005).

Asimismo, en el caso de los movimientos migratorios la influencia de los modelos de género se manifiesta en diferentes aspectos de estos, como por ejemplo, en cómo se deciden los cambios de residencia, quién se queda y quién se va, quién va a sobrellevar la mayor carga de la migración de algún miembro de la familia, a quién beneficia, quién tiene o “mantiene” el control de los recursos económicos, etc.

Finalmente, también se presentan en el cuadro IV.2 otros temas asociados que implican obtener información relacionada con el origen de las decisiones acerca del uso de anticonceptivos, el número de hijos y algunos aspectos de la planificación de la familia. Esto ya no implica, como en los casos anteriores, una modificación, más o menos importante, de preguntas existentes, sino la introducción de preguntas completamente nuevas. Dada la relevancia de los temas se plantea aquí, como sugerencia para futuros estudios, destacando que ambos temas tienen que ver con la autonomía de la mujer en relación con las decisiones familiares acerca de la procreación.

5.2 Equidad de género en educación

Aunque las últimas décadas han sido testigo de una gran expansión de la educación formal que resultó en una mayor equidad de género esta situación presenta aún grandes disparidades tanto entre países como dentro de los mismos, entre diferentes grupos sociales.

La ampliación de la cobertura de la educación formal ha beneficiado en gran medida a las mujeres, sin embargo, esto no significa que la brecha ha desaparecido. Aun cuando el acceso, en términos generales, se ha vuelto más igualitario –y en algunos países y sectores sociales las mujeres han superado a los hombres en la matrícula escolar- subsisten diferencias de género cuando el análisis se hace a nivel más desagregado (Naciones Unidas, 2005a).

Una de estas diferencias tiene que ver con la inequidad de acceso a la educación en el pasado, lo que redundó en un mayor nivel de analfabetismo y más bajos niveles de educación entre las mujeres adultas y adultas mayores que entre los hombres de las mismas edades; otras se relacionan con los niveles de pobreza, la ruralidad, el origen étnico y otros factores que diferencian a la población en distintos estratos socioeconómicos.

**CUADRO IV.3
EQUIDAD DE GÉNERO EN EDUCACIÓN**

Equidad de género en educación	El enfoque de género las variables sobre educación
	Brechas de género
	<i>Analfabetismo; Asistencia escolar; Último nivel alcanzado; Años de estudio</i>
	Aunque no todos los países formulan las mismas preguntas, un nivel mínimo está dado en todos los censos por las preguntas mencionadas más arriba, que permiten determinar el acceso a la educación, la equidad en el acceso a la educación y el nivel educativo de todas las personas diferencial por sexo.
	<i>Feminidad de la deserción, rezago y abandono escolar</i>
Equidad de acceso a la educación	El censo proporciona información de todas aquellas personas que se encuentran en edad escolar y no asisten a un establecimiento educativo; así como de los que no han terminado un cierto nivel educativo habiendo superado la edad correspondiente o los que se encuentran en un nivel educativo inferior al que corresponde a su edad.
	<i>Feminidad de las causas de deserción, rezago y abandono escolar</i>
	Una pregunta que algunos censos incluyen y que puede identificar situaciones adversas de género es la que tiene que ver con “causas de deserción o abandono escolar”, en la medida en que las niñas sean retenidas en el hogar para colaborar en el trabajo “invisible” de la mujer y/o los niños incorporados prematuramente a la fuerza de trabajo. Asimismo, el rezago escolar puede ser indicador de la inequidad de género.
	Relaciones de género
	<i>Título o diploma obtenido en el nivel educativo más alto que cursó</i>
Esteriotipos de género para la elección de carreras	Incluida en algunos censos de la región esta pregunta puede considerarse un indicador de la prevalencia de los estereotipos de género en la elección de carreras y profesiones a través del acceso de mujeres y hombres a carreras consideradas “masculinas” y “femeninas” respectivamente.
Esteriotipos de género en los textos escolares	Se considera que estos temas están fuera del alcance del censo y deberían ser estudiados a partir de otras metodologías y fuentes de datos
Educación sexual y para la vida familiar	

Fuente: Elaboración propia

Los censos proveen una batería de preguntas acerca de la condición de las personas en relación con la educación, de donde pueden calcularse logros y rezagos de género, en particular en los sectores sociales más desprotegidos y con menor acceso a una educación continua y de calidad (cuadro IV.3) y permiten vincular la educación según el sexo de las personas con su acceso al mercado de trabajo, los niveles salariales (cuando la información está disponible) y su comportamiento reproductivo, entre otras variables (Bonder, 1994).

Otra desventaja importante para las mujeres tiene que ver con la omnipresencia de estereotipos de género que, desde la educación básica, van modelando y determinando las expectativas de las personas en relación con las profesiones que se van a elegir para su desempeño futuro en la sociedad.

En este sentido, algunas preguntas adicionales que algunos países ya han incorporado —como la de título o diploma obtenido en la educación técnica o de nivel superior— puede ser de utilidad para abordar el análisis de los prejuicios y estereotipos de género, al menos desde el punto de vista de la demanda de educación por parte de las personas ya que, si bien los países han realizado acciones a favor de la eliminación de los estereotipos de género en los textos escolares (Naciones Unidas, 2005a) se ha señalado que “siguen presentes estereotipos que influyen negativamente en la autopercepción y la identidad de las niñas, al presentarse modelos casi exclusivamente masculinos en el desempeño técnico y el ejercicio del poder público, y tampoco se hace mayor referencia a los derechos humanos de las mujeres y aún menos a sus contribuciones al desarrollo de la comunidad y la sociedad (Rico, 1996, citado por Naciones Unidas 2005a).

5.3 Equidad de género en aspectos económicos

Desde el punto de vista del enfoque de género la investigación de las características económicas de las personas es fundamental para obtener indicadores relevantes que permitan visualizar las brechas de género en los niveles de pobreza, marginalidad y vulnerabilidad así como la contribución de hombres y mujeres a la sociedad, a la economía y al desarrollo.

Puede decirse que estas características apuntan a tres grandes aspectos que tienen que ver con las inequidades de género: la autonomía económica, la protección social y la discriminación laboral. Otro aporte especialmente importante de este tema que ha comenzado a desarrollarse (Rodríguez, 2003; Godoy, 2004) es que, de obtenerse la información pertinente, podría superarse el *impasse* causado por la asignación del coeficiente promedio de pobreza de los hogares a cada uno de sus miembros y proceder a estimar un nivel de “pobreza individual” en función de variables que caracterizan a las personas.

Entre las variables censales que tienen que ver con la “autonomía” económica están aquellas referidas a la condición de ocupación, las ocupaciones y posición ocupacional, el sector de actividad, los ingresos, el aporte del ingreso propio al gasto del hogar, la propiedad de la vivienda y/o el terreno, el acceso a las nuevas tecnologías y a la información necesaria para manejarse en el mundo del trabajo.

Actualmente el aporte de los censos a este tema es limitado pero puede constatarse (cuadro IV.4) que algún tipo de información pertinente ya se encuentra disponible en algunos censos de la región, lo que indicaría que potencialmente se trataría de información que podría obtenerse, de existir la voluntad política para hacerlo.

Por ejemplo, las preguntas sobre condición de actividad, ocupación, posición ocupacional y rama de actividad están presentes en todos los censos; sin embargo, está suficientemente difundido el hecho de que, en su forma tradicional, ellas tienden a invisibilizar el trabajo femenino, tanto si es remunerado como asimismo —y especialmente— el trabajo gratuito que realizan las mujeres en el ámbito del hogar y que resulta en una mayor productividad por parte de la población clasificada como “económicamente activa”. Por este motivo un importante número de países han ampliado la investigación de la actividad económica de las personas que se declaran como “inactivas”, en forma más o menos exhaustiva.

Aunque algunos censos incluyen la pregunta sobre horas trabajadas en la actividad principal y, ocasionalmente, en la actividad secundaria, en ningún caso se han incluido preguntas equivalentes para

el trabajo doméstico el que, no sólo es trabajo invisible y no remunerado sino que a la vez constituye una gran limitación para la autonomía de las mujeres y para su acceso al mercado de trabajo en condiciones similares a las de los hombres.

CUADRO IV.4 EQUIDAD DE GÉNERO EN ASPECTOS ECONÓMICOS

Equidad de género en aspectos económicos	El enfoque de género en las variables sobre aspectos económicos
Brechas de género	
Equidad en el acceso al empleo	<p><i>Condición de actividad (Identificación del trabajo remunerado y no remunerado (doméstico y no doméstico, especialmente en las áreas rurales)</i></p> <p>Aunque esta variable se encuentra en todos los censos de población tiene grandes limitaciones a la hora de identificar las diversas dimensiones de la inserción laboral de las personas y, en particular de las mujeres. De ahí que la o las preguntas sobre la “verificación de actividad económica”, que un buen número de países ha implementado, es un importante avance para visibilizar la contribución de las mujeres a la sociedad, a la economía y a su propia autonomía y nivel de vida. Tomando en cuenta su propia estructura económica y el tipo de producción agrícola los censos deben adaptar sus preguntas para captar con mayor propiedad estas características, especialmente en las áreas rurales.</p>
Equidad de género en las ocupaciones, categorías ocupacionales y sectores de actividad	<p><i>Ocupación; Categoría ocupacional; Rama de actividad</i></p> <p>Información sobre estas variables se encuentra en los censos de la región. Con el tiempo se ha tendido a codificar las respuestas a estas preguntas con bajo grado de desagregación (a uno o dos dígitos) lo cual dificulta y a veces imposibilita tanto la identificación de la condición ocupacional de las personas como el análisis con enfoque de género de los recursos humanos en los distintos sectores de actividad. Es de esperar que se posibilite la desagregación de las categorías en estas variables en los próximos censos.</p>
Uso del tiempo	<p><i>Horas trabajadas en la ocupación principal;</i> <i>Horas trabajadas en la ocupación secundaria;</i> <i>Horas trabajadas en trabajos no remunerados en actividades económicas</i></p> <p>Las preguntas sobre horas trabajadas que se encuentran en algunos censos de la región, ya sea en relación con la ocupación principal o secundaria contribuyen a evitar que se omita el aporte de hombres y mujeres a la economía en los distintos sectores de actividad</p> <p><i>Movilidad cotidiana: tiempo de desplazamiento al trabajo o estudio, o distancia</i></p> <p>Debido a la mayor carga de actividades cotidianas del hogar las mujeres pueden estar usando mucho más tiempo de desplazamiento que los hombres para atenderlas.</p> <p><i>Horas trabajadas en tareas domésticas sin remuneración</i></p> <p>Este tema no se ha encontrado en ninguno de los censos de la región. La información sobre horas trabajadas en las tareas del hogar, cuidado de niños, enfermos y otros, permitiría evaluar no sólo la brecha de género sino también el aporte invisible y no remunerado de las mujeres y de los hombres a la economía. Además este es un indicador de la corresponsabilidad de los cónyuges en las tareas y actividades del hogar y la familia (véase capítulo 5.5).</p>
Acceso a recursos materiales	<p><i>Ingresos propios</i></p> <p>Existen antecedentes de reciente aparición en algunos censos de la pregunta sobre ingresos a nivel de personas. Aún con las limitaciones de este tipo de pregunta esta información podría ser un indicador privilegiado de autonomía económica de la mujer</p> <p><i>Acceso al crédito y a bienes de capital</i></p> <p><i>Tipo de tenencia de la vivienda/terreno que habita, así como de otras propiedades y bienes inmuebles</i></p> <p>Esta pregunta se encuentra en los censos a nivel de hogar. Para que esta información pudiera contribuir a determinar el nivel de autonomía económica de las personas –y en particular de las mujeres- debería trasladarse a nivel de los cuestionarios individuales de modo de poder identificar quién es el/la propietario/a legal de la vivienda y/o terreno.</p>

(continúa)

CUADRO IV.4 (conclusión)

Equidad de género en aspectos económicos		El enfoque de género en las variables sobre aspectos económicos	
Brechas de género			
Contribución al gasto del hogar		<i>Aporte del ingreso propio al gasto del hogar/familia</i> Un país lo ha preguntado en la década 2000 y como complemento a la pregunta anterior, la identificación de cada miembro del hogar al gasto común es un identificador de autonomía real y potencial de las personas dado que permitiría conocer su capacidad económica para el mantenimiento de un hogar/familia	
Inequidad de acceso a la seguridad social		<i>Afiliación a sistema de seguridad social</i> Dado que la protección social no llega por igual a todos los trabajadores y hay notables inequidades de género en la cobertura de las sistemas de jubilaciones y pensiones esta pregunta –incorporada ya por algunos censos de la región– constituye una primera aproximación (desagregada por tipos de sistemas existentes en cada país) al tema. Permite además identificar características de las personas que no están afiliadas a ningún sistema de seguridad social y orientar el diseño de políticas.	
		<i>Prestaciones sociales</i> Las prestaciones sociales permitirían conocer los beneficios que efectivamente reciben las personas y evaluar su impacto en la autonomía económica de las personas y en su nivel de pobreza. Especial atención debería prestarse a la disponibilidad de licencias pagadas por maternidad y/o paternidad.	
Inequidad de acceso a la seguridad en salud		<i>Afiliación a un seguro de salud</i> Varios países de la región han destacado la importancia de este tema incluyéndolo en sus respectivos censos. Así como en el caso de las jubilaciones y pensiones esta pregunta aporta el conocimiento de la población excluida de este beneficio y de sus características, permitiendo orientar las acciones destinadas a subsanar las inequidades existentes. Es importante reconocer que, aunque importante, la afiliación no es sinónimo de acceso a la atención de salud.	
Inequidad de ingresos de la seguridad social		Se considera que este tema está fuera del alcance del censo y debería ser estudiado a partir de otras metodologías y fuentes de datos	
Acceso a tecnologías y medios de comunicación		<i>Si tiene correo electrónico; Si sabe usar un computador; Si utilizó el computador durante la semana previa y para qué propósitos</i> Estas son preguntas que han sido implementadas ocasionalmente en censos de la región para identificar el acceso de las personas a la tecnología y las comunicaciones pero cuya real efectividad como indicador debería ser estudiado más en profundidad, tal vez complementado con preguntas acerca del tiempo que dedica, las áreas temáticas en las que incursiona y la amplitud y extensión de sus contactos.	
Relaciones de género			
Discriminación en el acceso al empleo; en el lugar de trabajo; en los ingresos del trabajo (menor ingreso por igual trabajo); en el acceso a la seguridad social; en los ingresos provenientes de la seguridad social		Se considera que estos temas están fuera del alcance del censo y deberían ser estudiados a partir de otras metodologías y fuentes de datos, aún cuando pueden desarrollarse proxis a partir de la combinación de otras variables censales.	

Fuente: Elaboración propia

Un aspecto fundamental del enfoque de género es la identificación del grado de autonomía económica de las mujeres y los censos no permiten hasta el momento esta aproximación más que, eventualmente, en forma muy rudimentaria.

Existen, sin embargo, algunos temas censales que, potencialmente, podrían aportar a este respecto: el acceso a los recursos materiales, el tema de la seguridad social y la autonomía en las

comunicaciones. El tema del acceso a los recursos materiales estaría representado por los ingresos propios, la contribución al gasto del hogar y la seguridad social.

Desde el punto de vista del acceso a los recursos materiales, los “ingresos propios” es un tema que, de una manera u otra, se ha ido abriendo camino en los cuestionarios censales. Si bien los ingresos totales del hogar (independientemente de quien sea el/la aportante) son importantes, desde el punto de vista del enfoque de género, la disponibilidad de ingresos propios por parte de las mujeres constituye un pivote para la definición de autonomía económica, ya sean estos provenientes del trabajo, de bienes de capital, de remesas o de otras fuentes. La importancia de esta variable, especialmente para la estimación de pobreza a nivel individual, está sólidamente fundamentada por Rodríguez (2003) y Godoy (2004).

Además de los ingresos propios, el aporte de las mujeres al gasto del hogar que podría indicar la importancia de su aporte económico al sostén de la familia así como la propiedad de bienes, especialmente bienes inmuebles, como la vivienda, el terreno u otros, muestra el acceso de las personas a los recursos por el uso que eventualmente puedan hacer de ellos y la autonomía económica que les proporciona.

El tema de la seguridad social y de la seguridad en salud son ingredientes básicos de la autonomía económica de las personas, ya que no sólo se traducen en beneficios sociales que pueden paliar las condiciones de pobreza presentes sino que implica mejorar las condiciones de vida en la vejez para un creciente número de personas.

Finalmente, la autonomía también se puede medir a través del uso de recursos tecnológicos y de los medios de comunicación. En consecuencia estas variables también deberían examinadas en función del aporte que pudieran brindar para identificar de qué maneras las personas, y especialmente las mujeres, incrementan su acceso a las esferas públicas.

5.4 Equidad de género en salud

Como lo ha señalado la OPS (1999) “la noción de equidad en salud se basa en la visión de la salud como derecho humano fundamental cuya garantía constituye un imperativo ético que desborda la provisión de servicios y que requiere la acción de los distintos sectores de la sociedad” (OPS, 1999).

Como es conocido, los censos de población tradicionalmente no se han focalizado en el tema de la morbilidad, del acceso o de la atención de salud, y sólo han incorporado una que otra pregunta relacionada con este, con la excepción, en los últimos años, del tema de la discapacidad (cuadro IV.5).

Desde el punto de vista del enfoque de género, sin embargo, el tema de la salud es uno de los más controvertidos debido a que las normas sociales de género implícitas en las sociedades, que han relegado a las mujeres –y, es especial a las más pobres y vulnerables- a una posición subordinada, también afectan su posición a la hora de acceder a la atención médica de salud, de tener la información e independencia para tomar decisiones en salud, de sentirse con la necesaria credibilidad para consultar (en el caso de violencia doméstica, por ejemplo) o de disponer de los recursos para ello. Concomitantemente, además, es posible afirmar que las mujeres requieren una atención de salud más especializada tanto por la importancia de su rol biológico en la reproducción como por su mayor longevidad, lo que las convierte en pacientes mayoritarias en las edades más avanzadas.

En el caso de la salud sexual y reproductiva la falta de acceso puede dar lugar a mayores riesgos reproductivos que incluyen embarazos no deseados algunos de los cuales pueden terminar en abortos realizados en condiciones peligrosas para la salud, mayor número de embarazos en edades de riesgo, falta de atención de salud especializada en los partos, así como una mayor exposición a contraer el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Por lo demás, las preguntas sobre la atención de salud reproductiva y la demanda de anticonceptivos deberían hacerse tanto a hombres como a mujeres, con el fin de orientar políticas tendientes a ampliar la participación de los hombres en la atención de la salud reproductiva y la

planificación de la familia, y de eliminar la concepción errónea de que se trata simplemente de tema “propio de las mujeres”.

Por su parte, en el extremo superior de la vida, las mujeres de edad requieren de una atención especializada por las inequidades que puedan haberse acumulado a lo largo de su vida como “mala nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida” (Barrantes M., 2006) y se asocian a la inseguridad que proviene de ingresos precarios y falta de seguridad social y de salud.

CUADRO IV.5 EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

Equidad de género en salud	El enfoque de género en las variables sobre salud
	Situación específica de género
Equidad de acceso a la salud reproductiva	<i>Acceso a la salud prenatal, control de embarazo, etc.</i> “Durante el embarazo de su último hijo nacido vivo, ¿con qué frecuencia ha realizado sus controles prenatales?”
	<i>Partos con asistencia de personal sanitario especializado</i> “Durante su último parto ¿a qué tipo de atención de salud ha tenido acceso?”
	Brechas de género
Condición de salud	<i>Enfermedades</i> “¿Ha tenido o tiene usted alguna de las siguientes enfermedades?”
Equidad de acceso a la atención de salud	<i>Acceso a la atención de salud</i> 1) “¿Durante su última enfermedad, recibió atención médica?” 2) “¿Durante su última enfermedad, dónde se atendió?”
	<i>Demanda insatisfecha de atención de salud</i> “¿Tiene acceso, cada vez que lo necesita, a atención de salud ya sea general o especializada?”
Equidad de acceso a la atención de salud reproductiva	<i>Acceso y demanda de servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar</i> “Si tiene acceso, de acuerdo con sus necesidades de salud, a servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar”
	<i>Uso y demanda de anticonceptivos</i> “¿Usa actualmente algún método anticonceptivo?” “¿Cuál?” “Si no usa, ¿desearía usar?” De incorporarse estas preguntas debería hacerse tanto a hombres como a mujeres, para identificar la prevalencia, la demanda de uso de anticonceptivos y planificación familiar y orientar políticas inclusivas de género a este respecto que fortalezcan la corresponsabilidad en asuntos reproductivos.
Equidad de acceso a la atención de salud por VIH/SIDA y otras ETS	<i>Acceso a la atención de salud por VIH/SIDA y otras ETS</i> “¿Tiene acceso, de acuerdo con sus necesidades a servicios de salud especializados en VIH/SIDA y otras ETS?”
Discapacidad	<i>Deficiencias, limitaciones y restricciones, según grados de severidad por persona</i> La pregunta por discapacidad se encuentra actualmente incluida en un gran número de países, con diferentes variantes, por lo que puede analizarse desde el punto de vistas del género en relación con otras variables de condiciones y nivel de vida.

(continúa)

CUADRO IV.5 (conclusión)

Equidad de género en salud	El enfoque de género en las variables sobre salud
Relaciones de género	
<i>Enfermedades que padecen y que requieren tratamiento</i>	
Prevalencia de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual	"¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?" (Por ejemplo, listar selección de enfermedades y estados crónicos) Aunque se trata de una pregunta muy poco frecuente no es descartable para la identificación de enfermedades clave, como el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual que tienen claras implicancias de género.
VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual: conocimiento y uso de preservativos en relaciones sexuales de alto riesgo	<i>Conocimiento y uso de preservativos</i> Asociadas con la anterior, preguntas sobre conocimiento y uso del preservativo para la prevención del VIH/SIDA podrían ser: "¿Tiene usted conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/SIDA?" "¿Tiene su pareja conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/SIDA?"
Discriminación en el ámbito de la salud	<i>Discriminación por sexo en la atención de salud en la familia</i>

Fuente: Elaboración propia

En el campo de la salud, un caso paradigmático de relaciones de género lo constituye el de la infección por VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual que tiene tremendas consecuencias para la salud de la descendencia y la situación social y económica de las personas involucradas (CEPAL, 2007). Se ha reconocido ya que la vulnerabilidad de las mujeres se debe tanto a factores biológicos como culturales, falta de conocimientos y de acceso a la información, dependencia económica y, en muchos casos, la falta de control sobre las circunstancias en que se lleva a cabo el acto sexual, especialmente "en los casos donde el predominio masculino se demuestra y mantiene mediante la coerción sexual o la violencia" (OPS, Hoja informativa, sin fecha).

Las medidas que se proponen para luchar contra la epidemia en un contexto de inequidad de género tienen que ver, entonces, con "empoderar a las mujeres a tomar decisiones adecuadas sobre la enfermedad; aprender oficios en la habilidad de negociar un sexo seguro y resistir violencias sexuales; y proporcionar a las mujeres recursos económicos para enfrentar los nuevos desafíos" (Caribbean Association for Feminist Research and Action, 2001)

Dentro de esta perspectiva información acerca de la prevalencia de la enfermedad y sus asociaciones con otras variables permitirían elaborar estrategias con enfoque de género en la prevención de las enfermedades que tienen como su principal causa la inequidad en las relaciones de pareja.

5.5 Equidad de género en el hogar y la familia

Como se ha mencionado anteriormente, los censos consideran al hogar como la unidad de análisis en base a la cual se obtienen los datos sobre la población. Dado que los censos utilizan un criterio objetivo para determinar qué grupo de personas constituyen un "hogar" tal como, por ejemplo, el de las personas que se organizan en conjunto para "satisfacer sus necesidades de alimentos o de otros artículos esenciales para vivir" (Naciones Unidas, 2007) los integrantes del hogar no necesariamente deben estar vinculados por lazos filiales y de consanguinidad, lo que habitualmente se define como "familia" (INMUJERES, 2003). En ocasiones un hogar puede estar formado exclusivamente por miembros de una familia pero es frecuente también que las familias compartan su hogar con otras personas tales como empleados/as domésticos e inquilinos/as, entre otros.

En relación con el tema de este trabajo, sin embargo, ambos conceptos son útiles y se complementan ya que el proceso de socialización básico, que afecta las primeras etapas de la vida, tiene

lugar dentro de ambos espacios simultáneamente: la familia en tanto vínculos y relaciones consanguíneas y afectivas básicas y el hogar como “el territorio” en el que se forman y se da la socialización y el ejercicio de los roles sociales, incluidos los roles de género (INMUJERES, 2003).

En el marco de la socialización de las nuevas generaciones las relaciones que se dan dentro de los hogares y familias son el principal instrumento para la transmisión de los modelos de género imperantes en una sociedad, tanto en forma explícita como implícita. Las relaciones entre la madre y el padre, entre los padres y los hijos/as y las que se van gestando entre los hijos y las hijas entre sí, así como con otros miembros del hogar, funcionan como los moldes en que se conforman y posteriormente cristalizan las relaciones de género. Aun cuando el modelo de género es un fenómeno social que precede y está más allá del alcance de los individuos, estos lo adoptan y lo hacen suyo, por lo general, en forma inconsciente, por lo que sus contenidos afectan la conducta de las personas en forma automática.

Dentro de los hogares, las mujeres (ya sean esposas, hijas u otras) son más propensas a ocupar una posición de subordinación frente a los hombres (esposos, hijos u otros), debido a que en el ejercicio del poder subsiste un patrón caracterizado por una mayor autoridad masculina. Y esto persiste a pesar de la creciente participación de las mujeres en la vida pública, en la economía, en la cultura, en la política y en otros medios (Oliveira et al., 1995, citado por INMUJERES, 2003). En efecto se ha señalado que hay transformaciones —a nivel de hogar y familia— que indican cambios culturales, en el sentido de la potenciación de la “elección, la responsabilidad social y los derechos”, pero que no constituyen aún “valores generalizados” (Oliveira y Ariza, 2001).

Así, en el marco de la “modernidad” primero y de la “globalización” después, la familia ha experimentado cambios importantes que tienen que ver fundamentalmente con varios factores. En primer lugar, el descenso de la fecundidad ha provocado la disminución del número de hijos. Si antes los padres tenían un número elevado de hijos para que colaboraran con su trabajo y aseguraran su sustento en la vejez, ahora prefieren menos hijos para poder invertir más en ellos y darles una mejor preparación para la vida adulta (además del hecho de que menos hijos también brinda más tiempo para otras actividades, especialmente en el caso de la mujer, incorporarse al mercado de trabajo fuera del hogar). En segundo lugar, también ha influido el debilitamiento de la familia extendida a favor de las familias nucleares, incluyendo las familias nucleares monoparentales y el crecimiento de la jefatura femenina y de los hogares unipersonales (CEPAL, 1993; CEPAL 2004).

La pregunta que surge es la de en qué medida los cambios en el tamaño, la estructura y composición de la familia han sido acompañados por cambios en las relaciones de género dentro del hogar (cuadro IV.6). No es muy abundante la producción de estadísticas que puedan mostrar las relaciones de género dentro de los hogares y las familias y no es la intención de este trabajo la de proponer un estudio exhaustivo de las mismas a través de los censos. Sin embargo, parece importante, así como se hizo en secciones anteriores, relevar los temas de género que han surgido de las conferencias internacionales y sugerir posibles líneas de investigación que, si un país lo considera de interés, puede llegar a implementar a través de una o más preguntas.

Uno de los temas más controvertidos relativo a hogar y familia en los censos tiene que ver con la jefatura del hogar y cómo esta se establece. Lo habitual es que esta se defina operativamente por el autorreconocimiento o el reconocimiento de un miembro como jefe o jefa por parte de los demás miembros del hogar al momento de la entrevista. Los intentos por definir la jefatura a través de un criterio más objetivo, como la edad, la capacidad económica o quién detenta la mayor autoridad, por ejemplo, presentan dificultades operativas, por lo cual ha predominado la modalidad de dejar que la posición de jefe/a del hogar sea autoadscrita, lo que en la mayoría de los casos refleja cómo están asumidos los roles de género por los miembros del hogar.

Por la forma en que se define la jefatura del hogar en el momento de la entrevista censal y los modelos de género imperantes en los hogares biparentales, los hombres aparecen mayoritariamente como “jefes”, debido a lo cual las jefaturas femeninas (de creciente importancia) sólo son identificables cuando se trata de hogares monoparentales o unipersonales donde las mujeres jefas de hogar aparecen

mayormente vinculadas con los estados conyugales de solteras, separadas, divorciadas y viudas (INMUJRES, 2003).

CUADRO IV.6 EQUIDAD DE GÉNERO EN EL HOGAR Y LA FAMILIA

Equidad de género en el hogar y la familia	El enfoque de género en las variables sobre hogar y familia
Brechas de género	
Jefatura del hogar	<p><i>Jefatura del hogar por sexo</i></p> <p>En relación con la jefatura del hogar hay problemas con la definición, en el sentido de que los resultados reflejan las relaciones de género dentro del hogar. Se pueden identificar las jefaturas femeninas cuando ellas son explícitas dentro de hogares monoparentales o unipersonales.</p> <p>Permite identificar el crecimiento de los hogares con jefaturas femeninas y sus características socioeconómicas.</p>
Tamaño de los hogares	<p><i>Número de miembros del hogar</i></p> <p>Permite conocer el tamaño de los hogares, asociados a los tipos de jefatura u otras variables.</p>
Tipos de hogares y familias; carga familiar por hogar	<p><i>Relación de parentesco con el jefe/a</i></p> <p>A través de la relación de parentesco es posible reconstruir la estructura y composición de los hogares y las familias y todas las características de los miembros según sexo del jefe/a.</p>
Relaciones de género	
Equidad en la toma de decisiones	<p><i>Toma de decisiones acerca de los gastos en los hogares</i></p> <p>“¿Quién o quienes toman las decisiones acerca de los gastos de este hogar?”</p> <hr/> <p><i>Toma de decisiones en materia de crianza y educación de los hijos</i></p> <p>“¿Quién o quienes toman las decisiones acerca de la crianza y educación de los hijos en este hogar?”</p>
Corresponsabilidad de los cónyuges en las tareas del hogar y la familia y en el cuidado de hijos, enfermos y ancianos	<p><i>Horas dedicadas a tareas del hogar, cuidado de hijos, enfermos y ancianos</i></p> <p>Ver capítulo 5.3, “Equidad de género y características económicas”, donde esta variable es señalada como un indicador válido para identificar el trabajo invisible y no remunerado dentro del hogar.</p>
Discriminación de género dentro del hogar	<p><i>Discriminación de género contra las mujeres y niñas</i></p> <p>“¿Se siente usted excluida de algún tipo de beneficio dentro de su hogar por el hecho de ser mujer?”</p>
Violencia de género hacia las mujeres (adultas y niñas)	<p><i>Violencia de género</i></p> <p>“¿Ha sido usted víctima de violencia física, psicológica o violencia sexual dentro de su hogar?”</p>

Fuente: Elaboración propia

Por su parte, las variables sobre tamaño, estructura y composición de los hogares y familias permiten identificar los cambios en el tiempo asociados con los cambiantes roles de los miembros, en especial asociados al aumento de las jefaturas femeninas y las brechas de género relacionadas. Además, sus relaciones con otras variables censales y las comparaciones entre grupos de distinto grado de vulnerabilidad permitirían evaluar sus consecuencias para el mejoramiento de la calidad de vida de la mujer y los recursos que esta ha debido implementar para enfrentar las nuevas responsabilidades (Oliveira y Ariza, 1999).

En cuanto a los temas que tienen que ver con las relaciones de género: equidad en la toma de decisiones, corresponsabilidad de los cónyuges en las tareas del hogar y la familia y en el cuidado de

hijos, enfermos y ancianos, discriminación y violencia en el ámbito del hogar son opciones que los países podrían incluir de acuerdo con sus necesidades y prioridades.

5.6 Equidad de género en la vivienda y el medio ambiente

La vivienda y el medio ambiente son componentes fundamentales de la calidad de vida de las personas. Desde el punto de vista de las relaciones de género se dan en estos ámbitos importantes asimetrías entre hombres y mujeres en términos de inclusión-exclusión, tanto en el uso como en el beneficio que pueden obtener tanto de sus viviendas como de sus entornos.

Dado que la vivienda es el entorno físico del hogar y podría decirse que el medio ambiente es el entorno físico y social de la vivienda se ha considerado aquí tratar los temas de vivienda y medio ambiente en forma conjunta.

La limitación que puede encontrarse en los censos de población es que los temas de la vivienda (aspectos materiales de la vivienda, servicios y facilidades), y de medio ambiente son considerados como temas del “hogar”, es decir, temas comunes a los miembros sin que sea posible identificar el uso y el grado de exposición de cada uno de ellos (hombres, mujeres, niños, niñas) a los beneficios y perjuicios derivados de sus ventajas y limitaciones. El supuesto implícito en este enfoque es que la calidad de vida en relación con las viviendas y sus entornos son similares y que todos tienen igual acceso.

En la práctica, sin embargo, la situación se presenta bastante más compleja, debido al hecho de que, entre otros factores, por la existencia de roles de género asignados y asumidos, voluntariamente o no, las mujeres y los hombres desempeñan diferentes tareas y responsabilidades, que los llevan a tener calidades de vida diferentes. Se ha señalado que “si bien toda la familia padece los efectos de la carencia de alojamiento o de ciertos servicios básicos, son las mujeres quienes cargan con su provisión y asumen de manera decisiva su responsabilidad por ser las encargadas de las tareas domésticas. Además, son quienes tienen que sustituir con trabajo la ausencia de servicios no sólo en cumplimiento del rol socialmente asignado a ellas, sino también porque pasan más tiempo que el resto de la familia en casa” (Salles y López, 2005). Esto significa que aun cuando se trate de un mismo “bien” (por ejemplo, el agua), el valor agregado para el consumo (acarrear el agua y hervirla, por ejemplo), por personas de uno u otro sexo no es el mismo y esto afecta la calidad de vida de las personas en forma diferenciada.

**CUADRO IV.7
EQUIDAD DE GÉNERO EN LA VIVIENDA Y EL MEDIO AMBIENTE**

Equidad de género en la vivienda y el medio ambiente	El enfoque de género en las variables sobre la vivienda y el medio ambiente
	Brechas de género
Equidad de género en la calidad de vida en función de la vivienda e infraestructura del hogar (aspectos materiales)	Si el tipo y calidad de la vivienda son adecuados a sus necesidades
	Si los servicios de la vivienda son adecuados a sus necesidades
	Si el equipamiento de que dispone es adecuado a sus necesidades
	Privacidad
	Si el tipo y calidad de la vivienda son adecuados a sus necesidades
	Si los servicios de la vivienda son adecuados a sus necesidades
Equidad de género en la calidad de vida en función de servicios e infraestructura pública (servicios a la vivienda)	Cuáles son las principales carencias de servicios e infraestructura pública según sus necesidades (agua, basuras, alcantarillado, alumbrado, gas)

(continúa)

CUADRO IV.7 (conclusión)

Equidad de género en la vivienda y el medio ambiente		El enfoque de género en las variables sobre la vivienda y el medio ambiente
Brechas de género		
Equidad de género en la calidad de vida relacionada con el medio ambiente cercano a la vivienda	Si se ve afectado/a negativamente EN SU SALUD o de alguna otra forma por la existencia de basurales u otras fuentes no controladas de contaminación cercanas a la vivienda	
Equidad de género en la calidad de vida relacionada con la seguridad del entorno (aspectos humanos)	Si se ve afectado/a por inseguridad en calles cercanas a su domicilio	
	Si tiene formas seguras y eficientes de movilización desde y hacia su domicilio	
	Participación en redes vecinales o barriales	
Relaciones de género		
Violencia de género en las calles cercanas a su vivienda	<i>Violencia de género en el entorno de la vivienda</i> “¿Ha sido usted víctima de violencia física, psicológica o violencia sexual fuera de su hogar en las calles cercanas a su vivienda?”	
Tiempo dedicado a tareas del medio ambiente	<i>Horas trabajadas en actividades para reemplazar la falta de servicios públicos</i>	
	“¿Cuántas horas por día dedica usted a actividades relacionadas con el medio ambiente (eliminación de basuras, acarreo de agua, entre otras?)	
	<i>Horas trabajadas en actividades de mejoramiento del medio ambiente</i>	

Fuente: Elaboración propia

Es posible obtener de los censos brechas de equidad de género en relación con las características de la vivienda y de la infraestructura del hogar (aspectos materiales) así como de los servicios e infraestructura pública que abastece a los hogares, sin embargo quedan fuera otros temas tales como las condiciones del medio ambiente exterior a la vivienda y la seguridad del entorno, incluyendo la violencia de género fuera del hogar (la violencia dentro del hogar se trató en la sección anterior) (cuadro IV.7).

Es entonces evidente que a través de las variables de vivienda y medio ambiente tal como se encuentran en los censos -a nivel de hogar- no es posible identificar esas relaciones de género. Para ello sería necesario desentrañar esas relaciones ocultas a través de preguntas complementarias que permitan conocer quién es la/s persona/s del hogar que se hace cargo de esas tareas y que adiciona valor agregado a las características de la vivienda y el medio ambiente.

Vinculado con esto, está también el tema de los efectos que las condiciones nocivas de la vivienda y del medio ambiente (tanto material como humano) que rodea la vivienda tiene sobre los distintos miembros del hogar, lo que tampoco parece ser igualitario sino que depende de las tareas que desempeñan cada uno de ellos para el mantenimiento del hogar o para el desarrollo de sus propias actividades.

Mucho se ha documentado acerca de que las mujeres son más susceptibles a los entornos peligrosos e inseguros (INMUJERES/SENARMA, 2003; PNUMA, 2004; Salles y López, 2005). Por ejemplo, se ha estudiado que “las mujeres pobres suelen ser las más afectadas por el deterioro ambiental: los efectos se derivan de sus actividades diarias y se reflejan, por ejemplo, en que deben dedicar más tiempo y energía a sus tareas (caminar distancias cada vez mayores para obtener leña o agua) o se ven expuestas en mayor medida a ciertos contaminantes (humo de los fogones donde preparan alimentos, aguas infectadas o contaminadas donde lavan la ropa)” (PNUMA, 2004).

6. Reflexiones finales

En este trabajo se realizó una revisión de los temas prioritarios del enfoque de género y de los temas abordados por los censos de población, con el fin de identificar tanto el aporte actual de los censos a los estudios de género como su potencialidad para examinar algunos temas con mayor profundidad de género y así ofrecer información que pueda ser útil para el diseño de algunas políticas sociales tendientes a la eliminación de las inequidades entre hombres y mujeres en beneficio de la sociedad en su conjunto.

Se espera que esto induzca a reflexionar acerca de los desafíos que esta perspectiva presenta a la producción y a la explotación de la información censal así como del mayor aporte que se puede hacer al desarrollo con equidad en el marco del cumplimiento de los derechos humanos. Al ser un instrumento de medición de fenómenos poblacionales se considera que el censo debe desarrollar la sensibilidad para incorporar nuevos enfoques y la flexibilidad para adaptarse a las demandas del cambio social, sin perder por ello la comparabilidad (al menos no totalmente) con la experiencia pasada.

Se han examinado en este documento varios temas de género en relación con diversos temas censales: demografía, educación, economía, salud, hogar, familia, vivienda y medio ambiente, con el fin de encontrar los puntos de contacto y desarrollar la “mirada de género” hacia fenómenos que, aparentemente, pueden aparecer como sin dimensión de género, como la vivienda, el medio ambiente o la seguridad ciudadana.

En el capítulo 5 se presentan, en forma consecutiva, los diferentes temas de género derivados de las conferencias internacionales por un lado, y las variables censales “sugeridas” por otro (cuadros IV.2 a IV.7), ya sea que estas estén efectivamente en las boletas censales o no.

Como consecuencia del análisis se ha visto que:

- El censo aporta información para elaborar indicadores “específicos de sexo” -especialmente en las áreas de demografía y salud- y de “brechas” en éstos y en todos los demás sectores. En este sentido, el censo es una fuente importante de datos que pueden ser desagregados por sexo y combinarse con las diferentes características de las personas y las viviendas para obtener información valiosa para algunas dimensiones del análisis de género. Sin embargo, “indicadores de relaciones de género” -aquellos que aluden directamente a aspectos de una relación entre hombres y mujeres- prácticamente no se encuentran en los censos de la región, aunque algún país haya incursionado en ellos, como fue el caso de Perú con preguntas sobre violencia dentro y fuera del hogar y castigo a menores.
- Hay variables que deberían ser ligeras, aunque estratégicamente modificadas para introducir el enfoque de género (el sexo de los hijos nacidos vivos y sobrevivientes para la mortalidad infantil, por ejemplo) o para mejorar la estimación de alguna variable clave (reducir la edad mínima de edad de la fecundidad para el análisis de la fecundidad adolescente, por ejemplo).
- Hay variables que, para poder tener una dimensión de género, requieren ser trasladadas de la sección de “hogar” a la sección de “personas”, como sería el caso de las variables “tenencia de la vivienda” e “ingresos”, por ejemplo, para poder identificar la autonomía y la capacidad económica de las personas individualmente, variables clave del enfoque de género en el área de la economía y que pueden ser diferentes a las del hogar en su conjunto.
- Hay variables que, de ser incorporadas, permitirían iluminar aspectos no solo importantes para la actividad económica en general sino para el enfoque de género en particular, como las que tienen que ver con el “tiempo” dedicado al trabajo para el mercado-visible (principal y/o secundario) y al trabajo doméstico-invisible, para todas las personas.
- Por último, hay variables que tienen que ver con temas novedosos o aparentemente difíciles de encarar que hasta el momento han estado fuera del ámbito de los censos, pero cuya

incorporación podría ser de gran utilidad para el diseño de políticas dirigidas a paliar o resolver importantes problemas de interés público (como por ejemplo, el uso de anticonceptivos; violencia doméstica, seguridad ciudadana, prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, entre otras).

Finalmente, cabe mencionar que:

- El censo de población y vivienda es una fuente de datos apropiada para generar indicadores de género debido a la existencia de variables sensibles al género y a la inclusión sine qua non de la variable “sexo” como una variable básica de sus cuestionarios, siempre que las variables estén a nivel de personas y no de hogares.
- Los cuestionarios censales pueden ser fortalecidos para ampliar su aporte a los estudios de género y para brindar información que sea insumo para el diseño de políticas y programas, así como para monitorear el cumplimiento de los compromisos internacionales.
- Una mayor inclusión del enfoque de género en los censos no supone cambiar la naturaleza de esta fuente de datos. De lo que se trata es de aprovechar al máximo la disponibilidad de información proveniente del censo y de ver de qué manera algunos cambios, -ya sean marginales o no-, pueden contribuir a fortalecer el potencial del censo para aportar información relevante desde esta perspectiva.
- La transversalización del enfoque de género no debe ser limitada a la boleta censal sino a todas las etapas de preparación del censo, poniendo especial énfasis en la capacitación de los enumeradores.
- La inclusión de temas nuevos debería hacerse previa incorporación de los mismos a pruebas piloto que permitan dilucidar las ventajas y limitaciones de las preguntas respectivas y evaluar la mejor manera de formularlas.
- Además de la incorporación del enfoque de género a la boleta censal no debería descartarse la posibilidad de implementar por muestra, en forma conjunta con los censos, un módulo dedicado a la equidad de género en algún tema específico (educación, salud, economía, actividad en el hogar, u otros).
- Dado que el censo se realiza aproximadamente cada diez años este podría servir asimismo como marco muestral para la realización de estudios y la recopilación de información de género en el período inter censal (encuestas especiales, estudios en profundidad, módulos de encuestas, etc.).

El proceso de decidir qué aspectos de la equidad de género es deseable medir a través del censo de población y vivienda de un país implica una voluntad política de considerar cuáles aspectos de la misma son los más relevantes en un momento dado, y una concertación con otras instituciones nacionales acerca de qué medidas de política son susceptibles de ser tomadas para promover cambios positivos en la sociedad que tengan un real impacto en las vidas de las personas.

Bibliografía

- Almérás, Diane y otros (2002), *Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución*, Serie *Mujer y Desarrollo* No. 40 (LC/L.1744-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.56.
- Amar D., Mauricio (2007), *Participación política y paridad de género en Chile*, Serie *Estudios* No. 11, Santiago de Chile, Biblioteca del Congreso Nacional.
- Barrantes Monge, Melba (2006), “Género, vejez y salud”, *Acta Bioethica*, vol. 12, no 2, Santiago de Chile.
- Blat Gimeno, Amparo (1994), “Informe sobre la igualdad de oportunidades educativas entre los sexos”, *Revista Iberoamericana de Educación*, No 6, Madrid, España.

- Bonder, Gloria (1994), “Mujer y Educación en América Latina: hacia la igualdad de oportunidades”, *Revista Iberoamericana de Educación* No. 6, Madrid, OEA.
- Bravo, Loreto y Nieves Rico (comps.) (2001), *Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina* (LC/L.1667-P/E), Serie Seminarios y Conferencias No. 20, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.201.
- Caribbean Association for Feminist Research and Action (2001), *Hacia un Entendimiento de Género y VIH/SIDA*, UNIFEM, [en línea], <http://www.cafr.org/spip.php?article508>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *Consenso de Quito, Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Quito, Ecuador, Naciones Unidas.
- (2005), *Panorama Social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E.), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- (2004), *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 19-21 noviembre* (LC/L.2079), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- (1993), *Cambios en el perfil de la familia: la experiencia regional*, Serie Libros de la CEPAL No. 36 (LC/G.1761-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.7.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), División de Asuntos de Género (en línea), “Estadísticas e Indicadores de Género”, [en línea] www.cepal.org
- (2006), *Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género* (LC/R.2136), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- (1999). *Indicadores de género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing* (LC/L.1186.), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL/CELADE/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2004), *Conmemoración del décimo aniversario de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Acciones emprendidas para la implementación del programa de acción en América Latina y el Caribe*, Serie Población y Desarrollo No. 55 (LC/L.2064-/Rev.1-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.78.
- Dávila Díaz, Mónica (2004), “Indicadores de Género”, documento presentado a las Jornadas de la Unidad de Igualdad y Género “Mainstreaming de género: Conceptos, estrategias políticas y técnicas”, Sevilla, España, Universidad de Oviedo.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) (sin fecha), “El enfoque de género”, [en línea] <http://www.fao.org/Gender/static/Method/2stats1.htm>
- Godoy, Lorena (2004), *Entender la pobreza desde una perspectiva de género*, Serie Mujer y Desarrollo No. 52 (LC/L.2063-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.7
- Graham, Wendy y William Brass (1988), “Field performance of the sisterhood method for measuring maternal mortality”, Documento presentado al Seminario Recolección y Procesamiento de Datos Demográficos en América Latina, IUSSP/CELADE, mayo, Santiago de Chile.
- IFAD (International Fund for Agricultural Development) (en línea), “Definiciones”, http://www.ifad.org/gender/glossary_s.htm.
- IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (2004), *Convención CEDAW y Protocolo Facultativo*, [en línea], http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/CEDAW%20Y%20Pf.htm.
- (en línea), “Glosario de términos sobre género y derechos humanos”, http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/glosario_genero.pdf
- Isis International (en línea), “Conferencias sobre la Mujer”, <http://www.isis.cl/temas/conf/beijing.htm>
- INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres de México) y otros (2003), *El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre familia, hogares y vivienda en México*, México, INMUJERES.
- INMUJERES/SENARMA (Instituto Nacional de las Mujeres de México/ Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de México) (2003), “Equidad de género y medio ambiente”, [en línea], http://www.conama.cl/ciudadaniaambiental/1312/articles-4343976_recurso_1.pdf

- Milosavljevic, Vivian (2007), *Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina, Cuadernos de la CEPAL* No. 92 (LC/G.2321-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.132
- Naciones Unidas (2007), *Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Vivienda. Revisión 2. Comisión de Estadística*, enviado por el grupo de Expertos de las Naciones Unidas del Programa Mundial de Censos de Población y Vivienda del 2010, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- ____ (2005a), *Documento Final de la Cumbre Mundial 2005*. (A/RES/60/1), Resolución aprobada por la Asamblea General, Nueva York, [en línea] <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>. Publicación de Naciones Unidas.
- ____ (2005b), *Objetivos del Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe*, (LC/G.2331), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- ____ (2000), *Las cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer, 1975 a 1995: Una perspectiva histórica. Mujer 2000, Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI*, Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la Plataforma de Acción de Beijing, Nueva York, [en línea], <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>
- ____ (1996), *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995*, (A/CONF.177/20/Rev.1), Nueva York. [en línea] <http://www.eclac.cl/mujer/publicaciones/sinsigla/xml/3/6193/Plataforma.pdf>. Publicación de las Naciones Unidas
- ____ (1993), *Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena*, [en línea], [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument)
- ____ (1989), *Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, CEDAW - Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Octavo periodo de sesiones, [en línea], <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
- ____ (1979), *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, [en línea], <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Oliveira, Orlandina de y Marina Ariza (1999), “Un recorrido por los estudios de género en México: consideraciones sobre áreas prioritarias”, Taller Género y Desarrollo, CIID/IDRC, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 6/7 septiembre, Montevideo.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1999), “Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector salud”, Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo, 18a. Sesión, 8-9 de febrero.
- OPS, Hoja informativa (sin fecha), “El género y la infección por el VIH/SIDA”, División de Género, Etnia y Salud, [en línea], <http://www.paho.org/spanish/DPM/GPP/GH/Gender&HIVisp.pdf>.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (en línea), “Conceptos básicos”, http://www.pnud.org.co/img_upload/196a010e5069f0db02ea92181c5b8aec/Ideas%20basicas.pdf
- PNUD Cuba (en línea), “Áreas temáticas, ejes transversales”, <http://www.undp.org/cu/ejes.html>
- PNUMA (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente) (2004), *La Mujer y el Medio Ambiente*, Nairobi, Kenia, PNUMA, Colección de publicaciones sobre políticas. Publicación de las Naciones Unidas.
- Rico, Nieves (1996), *Formación de recursos humanos femeninos: prioridad del crecimiento y de la equidad*, Serie *Mujer y Desarrollo*, No. 15 (LC/L.947), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de Naciones Unidas.
- Rodríguez, Jorge (2003), “Pobreza, ingresos y género: usando los censos de la década 2000”, documento presentado al Grupo de Discusión Pobreza y Género, CEPAL, Santiago de Chile, junio 2003.
- Salles, Vania y María de la Paz López (2005), “Viviendas pobres en México: un estudio desde la óptica de género”, documento presentado a la reunión del grupo de Trabajo sobre Pobreza y Política Sociales, Buenos Aires, CLACSO, Octubre de 2004.
- Spears, Suzanne A. (2004), “El Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”, [en línea], http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/CEDAW%20Y%20Pf/PROT%20COLO%20Facultativo%20-04comp.pdf
- UNFPA (Fondo de las Naciones Unidas para la Población) (2008), *Estado de la población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos*, Nueva York, UNFPA. Publicación de las Naciones Unidas.
- ____ (2005a), *Estado de la población mundial 2005. La promesa de la igualdad*, Nueva York, UNFPA. Publicación de las Naciones Unidas.

- ___ (2005b), “ICPD At ten: The World reaffirms Cairo”, [en línea], http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/404_filename_reaffirming_cairo.pdf
- ___ (En línea), *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, [en línea] http://149.120.32.2/icpd/icpd-programme_spa.cfm#ch4; <http://unfpa.onu.org.do/cipd>.
- USAID (United States Agency for International Development) (1996), “Glosario de términos sobre género”, San José de Costa Rica, Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, [en línea] http://74.125.47.132/search?q=cache:yyuwS6OtjZwJ:www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/glosario_genero.pdf+centro+nacional+desarrollo+mujer+familia+usaid&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=cl
- Zavala de Cosío, María Eugenia (2004), “Impacto sobre la fecundidad de los cambios en los sistemas de género”, CEPAL/CELADE, *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.

V. Comentarios al documento “Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda”

Jimena Arias³

Vivian Milosavljevic⁴

1. Comentarios de Jimena Arias

El objetivo del trabajo presentado por Susana Schkolnik fue “*el de tratar la inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda con el fin de que la información obtenida permita identificar las brechas o inequidades de género que es necesario tener en consideración para el diseño y monitoreo de políticas, planes y programas de los países y para el cumplimiento y rendición de cuentas acerca de los compromisos internacionales asumidos por los países y por los organismos internacionales*” (CEPAL, División de Asuntos de Género, 2006).

En esa línea, el objetivo de este comentario es retomar algunos de los temas mencionados en el trabajo de Susana Schkolnik, además de intentar tratar de sumar otros elementos a esta reflexión sobre los censos y

³ Funcionaria de la División de Asuntos de Género de la CEPAL.

⁴ Funcionaria de la División de Asuntos de Género de la CEPAL.

la inclusión del enfoque de género. Para quienes han tenido oportunidad de leer el documento, el capítulo 5 de éste es central para analizar el potencial de los censos para aportar al tema.

En el año 2010 se iniciará la próxima ronda de censos de población y vivienda en la región y entiendo que todavía tenemos la oportunidad de realizar un análisis con miras a la mayor inclusión de un enfoque de género en los censos, y más allá de ello en la estadística en general.

La inclusión del enfoque de género en un censo claramente consiste en algo más que rephrasear la redacción de preguntas, incluir nuevas o tablas de distribución de variables para hombres y mujeres. Para la División de Asuntos de Género, el término género se refiere a “*las normas, reglas, costumbres y prácticas a partir de las cuales las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, niños y niñas, se traducen en diferencias socialmente construidas*”.

Esta inclusión debe corregir la invisibilización histórica de las mujeres en las fuentes de datos donde por años la situación de estas ocupó un segundo plano que daba cuenta de la “*desvalorización que hace la sociedad de las actividades realizadas por las mujeres, considerándolas como naturales, tales como el concepto generalizado sobre los oficios domésticos, el cuidado de niños, adultos mayores o de animales, que son percibidos como parte de los roles de la mujer*” (USAID, 1996), y donde la hegemonía masculina y el patriarcado dominaban hasta la estadística. Como recordaran hasta hace muy poco tiempo en ningún país se discutía respecto del sexo del jefe de hogar.

Siguiendo las recomendaciones internacionales hay una estructura básica en los censos pero no todos los países preguntan lo mismo. También, y de acuerdo a los intereses de cada país se incorporan preguntas que en un momento dado son de especial interés.

En este sentido, los censos han recogido en parte los cambios sociales y han ido incorporando de forma progresiva una variedad amplia de temas a través de preguntas innovadoras y de manera experimental en algunos casos. Los temas no básicos responden a intereses específicos de cada país, como se muestra en el artículo de Susana Schkolnik.

Si como se plantea las fuentes de datos sociales y demográficos reflejan los avances, también deberían permitir el monitoreo de los progresos o retrocesos en materia de derechos humanos. En ese sentido, es importante rescatar el interés que me producen los censos que preguntan por aspectos vinculados a derechos humanos y ejercicio de ciudadanía. Países como Bolivia y Paraguay preguntan a las personas si tienen inscripción de nacimiento en el registro civil, y adicionalmente en el caso de Paraguay se pregunta si la persona tiene cédula de identidad. No hay marco de derechos si no se garantiza el derecho a la identidad ni ejercicio de la ciudadanía sin partida de nacimiento o documento nacional de identidad. Por otra parte, el documento nacional de identidad constituye el modo de acceso al derecho al voto y a la percepción del beneficio de un programa social. Para estos países, el poder cuantificar el déficit de documentación personal debe constituir una cuestión central al momento de seleccionar las preguntas que realizará el censo y ello no quiere decir que en el futuro se continúen realizando. Es de esperar que como resultado de su inclusión y el análisis de los datos se pongan en marcha programas destinados a mejorar dicha situación.

Una precondition para el adelanto de la sociedad es el adelanto de las mujeres y solo así se podrá construir una sociedad más justa y equitativa. Los censos permiten, entre otras cosas, que para cada década se pueda tener un panorama de cómo impactaron las políticas modificando situaciones clave o, en palabras del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), “poner de manifiesto todas las esferas en que a la mujer se le niega la igualdad con el hombre”.

El sexo es condición sine qua non de un estudio de género y la edad, que permite agrupar a la población en grupos. Asimismo, es también es una variable central que permite identificar la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra la población.

1.1 Los censos como proceso

Los censos deben considerarse como un todo, un proceso que consta de distintas etapas, y por ello la importancia de que cada una de las etapas debe estar atravesada por el enfoque de género. De esa manera, la perspectiva de género no consiste en incluir una pregunta en el cuestionario, puesto que tiene que estar presente en todo el proceso para alcanzar la idea de transversalidad. De nada sirve, por ejemplo, con incluir la pregunta y procesarla y luego no publicar y/o difundir los datos.

Como se señala en el trabajo de Susana Schkolnik, el censo tiene la ventajas de poseer una cobertura universal y el hecho que no tiene limitación estructural para proporcionar información con sensibilidad de género, aunque tampoco pueden incluirse miles de preguntas ya que esto implicaría agregar tiempo a la entrevista y a cada una de las etapas subsiguientes.

En cuanto a la etapa de producción de un censo, en el proceso de diseño del cuestionario se debe evitar expresamente el uso de sesgos sexistas en la formulación de las preguntas que puedan inferir las respuestas. Este punto se asocia directamente con la capacitación que reciben las personas que luego tomarán la tarea de visitar las viviendas el día de realización del censo.

Otro de los riesgos es asumir que los hogares con jefa mujer son incompletos. La jefatura femenina no va en línea de la ausencia del varón, en muchos hogares las parejas han tomado la decisión de que la jefatura del hogar recaiga sobre la mujer y esto es una realidad en crecimiento y que da cuenta de dinámicas ya no tan nuevas al interior de las familias.

La capacitación de los censistas es otro tema clave para garantizar la calidad de un censo y el riesgo es que una mala capacitación pueda contaminar o sesgar las respuestas, como el tomar por hecho que el jefe es un varón o que una jefa mujer no tiene pareja.

Los censos son una foto del país cada diez años, y la captación que éstos hacen de las dimensiones del mundo público y privado están condicionadas por la percepción de las actividades que hombres y mujeres realizan en la vida. Es decir que hay mayor disponibilidad para captar aspectos públicos considerados tradicionalmente masculinos como los que tienen que ver con el mercado de trabajo así como sesgos respecto de las posiciones jerárquicas que los hombres se supone que ocupan en la estructura de los hogares, por ejemplo, imputaciones que frente a una figura masculina en el hogar lo declaran automáticamente como jefe.

Adicionalmente, el número de viviendas a visitar y la duración promedio de cada entrevista pueden generar una sobrecarga de trabajo de los censistas que conspira contra la calidad en el relevamiento de la información.

Algunas situaciones críticas que ocurren al momento de la entrevista censal son:

- Dinámicas familiares que se expresan en la elección del informante;
- Cambios culturales en las familias que pueden quedar invisibilizados;
- Que la respuesta al cuestionario de empleados e inquilinos que ocupan la misma vivienda sea respondida por el jefe del hogar para ahorrar tiempo.

Si bien no se menciona en el trabajo, seguramente es un tema que la autora tiene presente, y está relacionado con la difusión pública respecto de la importancia que tiene para nuestras sociedades la realización de un censo.

En ocasión del censo 2001 en Argentina se realizó un movimiento en boicot a éste. Ello no es bueno y por es importante sensibilizar a la población respecto de la importancia del censo como oportunidad para conocer quienes viven en un país, en qué condiciones y para orientar el diseño de nuevas políticas públicas. Asimismo, es necesario transmitir los usos que se pueden hacer de la información censal y por supuesto garantizar el secreto estadístico.

La publicación y accesibilidad a los resultados definitivos y su difusión son clave para que los investigadores y los encargados de la toma de decisiones puedan utilizar este valioso insumo.

1.2 Sobre los periodos intercensales

Un segundo tema de relevancia es cómo complementar la inclusión de género en los censos en los periodos intercensales. La importancia del diseño de una estrategia de seguimiento a través de encuestas de hogares. Aquí vuelve a ser central la cuestión del trabajo de las oficinas nacionales de estadística (ONEs) y de los Ministerios de Asuntos de la Mujer de la región.

Ejemplo de ello es que países que realizan encuestas sobre uso del tiempo pueden también avanzar y dar un salto en ocasión de un censo. Equidad de género, autonomía, empoderamiento e igualdad de oportunidades son los requerimientos para salir del subdesarrollo y superar la pobreza y son temas que pueden ser abordados por los censos. Pueden orientar políticas destinadas a la eliminación de las brechas de género en la sociedad.

Siguiendo el texto, la invisibilización del trabajo femenino es un tema aún no resuelto por los censos, puesto que no hay preguntas para el trabajo doméstico y por ello no se puede hacer más que una aproximación rudimentaria al tema de la autonomía económica de las mujeres.

1.3 El actor ausente

El problema del “actor ausente”, en otras palabras, de los mecanismos para el adelanto de la mujer, se omite en el trabajo de Susana Schkolnik. Con diferente rango y alojados en distintas áreas de los poderes ejecutivos de los países, estos mecanismos se constituyen en los organismos rectores de las políticas públicas para lograr la igualdad en todas las esferas entre mujeres y hombres.

Como a todos seguramente me resulta imposible concebir que éstos pueden estar ausentes o al margen cuando se diseñan preguntas que están asociadas a los temas de género o bien cuando se examina la relación entre los temas censales y los temas de género. En este sentido el aporte que los mecanismos hacen o pueden hacer al proceso es central o por lo menos debería serlo.

Esta ausencia puede estar asociada a dos cuestiones, por un lado a la falta de coordinación entre áreas de gobierno, y por el otro, a las propias debilidades que tienen los mecanismos.

La inclusión de estos enfoques es lenta en la región y están directamente vinculados a la permeabilidad de quienes manejan estas fuentes y también a temas financieros pero si los mecanismos para el adelanto de la mujer no toman un rol activo es mucho más difícil.

1.4 Otros usuarios de la información censal

La utilidad de la información estadística y censal es conocida, y el uso que de esta se hace también. Al respecto, es importante mencionar que la disponibilidad de la información censal también es útil para los gobiernos locales, puesto que son un elemento que puede orientar y ayudar a decidir el rumbo de las políticas y programas a nivel municipal. La inclusión de preguntas no tradicionales del tipo “*conoce a cuántas cuadras de su vivienda esta la guardería pública más cercana o a cuántas cuadras de su vivienda se encuentra el centro de actividades para adultos mayores*”, pueden contribuir a la relocalización, creación o cierre de estos dispositivos en función de un análisis que tenga en cuenta la estructura de edades de la localidad y la demanda de determinados servicios de cuidado.

1.5 Sobre los compromisos internacionales

En el trabajo se mencionan distintas instancias internacionales de las que emanan recomendaciones con miras a incorporar el enfoque de género. Como se señala, la IV Conferencia de la Mujer, que tuvo lugar en Beijing en el año 1995 marcó un importante hito en el desarrollo de las Estadísticas de Género ya que por primera vez un instrumento internacional trató en extenso el asunto de la producción y difusión de

estas. Los gobiernos acordaron entonces un conjunto de acciones con el fin de “generar y difundir datos desglosados en género e información para la planificación y evaluación” en las doce áreas de la plataforma de acción.

En 1999, la CEPAL elaboró un sistema de indicadores de género para el seguimiento y la evaluación del programa de Acción Regional y la Plataforma de Acción de Beijing (CEPAL, División de Asuntos de Género, 1999), luego de lo cual se abrió un proceso de coordinación entre las agencias de Naciones Unidas y los gobiernos de América Latina y el Caribe, el que se consolidó en la Trigésima primera reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Santiago de Chile, 2000), donde los países miembros acordaron armonizar las estadísticas desagregadas por sexo e impulsar la cooperación entre los organismos nacionales de la mujer y los institutos de estadísticas respectivos.

En la Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Ciudad de México, 2004) los gobiernos reafirmaron su decisión de “reconocer el valor económico del trabajo doméstico y productivo no remunerado, e implementar políticas que permitan conciliar la vida familiar y laboral, involucrando a hombres y mujeres en este proceso”. En la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer (Quito, 2007), este acuerdo fue reforzado en el Consenso de Quito y los países miembros se comprometieron en “desarrollar instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y hombres, especialmente encuestas de uso del tiempo para hacerlo visible y reconocer su valor, incorporar sus resultados al sistema de cuentas nacionales y diseñar políticas económicas y sociales en consecuencia”.

También en el Consenso de Quito, los países miembros solicitaron a la CEPAL que, junto con otras organizaciones de Naciones Unidas, “colabore con los Estados que así lo soliciten en el seguimiento de los acuerdos adoptados mediante la creación de un observatorio de igualdad que contribuya al fortalecimiento de los mecanismos nacionales de género”. En el mismo período, la Cuarta Conferencia Estadística de las Américas (Santiago de Chile, 2007) acordó incluir en sus objetivos estratégicos la promoción y el desarrollo de las estadísticas de género y asignó a la División de Asuntos de Género de la CEPAL la secretaría técnica de un nuevo grupo de trabajo sobre las estadísticas de género, creado “*con el propósito de alentar los esfuerzos para sistematizar la información estadística nacional con enfoque de género (...) y el envío sistemático y regular a la CEPAL de la información estadística correspondiente para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio*”⁵.

La CEPAL articula los mandatos de la CEA y del Consenso de Quito con la coordinación de la puesta en marcha del Observatorio de Igualdad de Género en América Latina y el Caribe⁶ Presentado en julio de 2009, se ha llevado a cabo con la cooperación interinstitucional del Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer (INSTRAW), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB). La creación del Observatorio no sólo fortalece el rol de los mecanismos nacionales para el adelanto de las mujeres a nivel nacional sino que pone énfasis en el papel de los indicadores de género como herramienta de monitoreo de los resultados y seguimiento de las políticas públicas.

En el ejemplo específico del Observatorio, los indicadores de autonomía económica y financiera se podrían beneficiar de las modificaciones propuestas y así obtener un indicador calculado a partir de información censal y no de encuestas. Algunos ejemplos:

Para autonomía física:

⁵ Al respecto, véase CEPAL (2007), párrafo 11.

⁶ www.cepal.org/oig

- Demanda insatisfecha de planificación familiar: porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero que no están usando un método de planificación familiar

Para autonomía económica:

- Población sin ingresos propios por sexo
- Tiempo total de trabajo: número total de horas destinadas al trabajo remunerado y al doméstico no remunerado, desagregada por sexo

La División de Asuntos de Género brinda además asistencia técnica a los institutos nacionales de estadística de la región en el marco de distintos proyectos extra-presupuestarios financiados por distintas agencias de cooperación orientados a fomentar la generación de estadísticas de género y la implementación por parte de los países de sistemas de indicadores de género en el ámbito de los sistemas de información social, incluyendo el asesoramiento sobre la preparación de encuestas o módulos sobre el uso del tiempo para la medición del trabajo no remunerado.

En 2007 se publicó la primera versión del libro “Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina”, producto de una labor de procesamiento y compilación de los indicadores de género homogéneos y comparables a nivel de la región.

Aunque ha habido progresos en los últimos cinco años, muchos países de América Latina y especialmente en el Caribe carecen de una capacidad estadística suficiente para generar información en temas claves como la participación de las mujeres en todos los niveles de toma de decisiones, la pobreza con una perspectiva de género, el trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres, el uso del tiempo y la violencia contra las mujeres. Esto dificulta el conocimiento de las brechas de género según pertenencia étnica, discapacidad, y condición de migrante, refugiado/a y desplazado/a, entre otros. En esa línea la Oficina subregional de la CEPAL para el Caribe, además, se encuentra desarrollando actividades con vistas a completar la información para los países del Caribe ya integrada en la base de datos, incorporando nuevos períodos y ampliando la cobertura de las estadísticas de género a otros países.

Finalmente, quiero señalar un punto de desacuerdo con el trabajo y es que las mujeres que representamos el 50 por ciento en nuestras sociedades no queremos ser consideradas como un grupo tradicionalmente vulnerable.

En síntesis, inclusión del enfoque de género en los censos de población y vivienda es algo posible con la intervención de especialistas y de los institutos nacionales de estadística.

2. Comentarios de Vivian Milosavljevic

Los censos nacionales de población y de vivienda se realizan habitualmente cada 10 años y constituyen la operación estadísticas de mayor envergadura que debe realizar un país. Son la fuente primaria más importante y amplia de información estadística, y sus resultados suministran los antecedentes básicos acerca de las viviendas, los hogares y las personas necesarios para el diseño e implementación de políticas y programas, así como para la toma de decisiones acerca de la inversiones públicas y privadas, estudios académicos y de organismos nacionales e internacionales.

A la vez, los censos proveen el marco o universo para la elaboración de muestras representativas que permitan investigar en profundidad, mediante encuestas específicas, temas de interés referidos a las viviendas, los hogares o a las personas. Constituyen, además, el único instrumento capaz de proporcionar datos para niveles geográficos menores o pequeños, así como también la base para las investigaciones que se realizan en los campos tanto académicos como gubernamentales y en los diferentes sectores económicos y sociales de un país.

Por otra parte, la inclusión de preguntas específicas permite medir fenómenos que, por su naturaleza, son difíciles de identificar, como la migración interna y la internacional. Entre las principales variables contenidas en los censos y que ofrecen un gran potencial para calcular indicadores de género se cuentan las siguientes (CEPAL/CELADE 1999):

- Educación: analfabetismo; nivel de instrucción; asistencia escolar.
- Fecundidad y salud reproductiva: hijos nacidos en el último año; control de embarazo.
- Grupos vulnerables: raza/etnia, discapacitados, migrantes.
- Ocupación: condición de actividad; ocupación; categoría ocupacional; rama de actividad.
- Pobreza: estratos socioocupacionales; estratos de pobreza mediante el método de necesidades básicas insatisfechas.
- Condiciones sanitarias y medio ambiente: origen del agua; servicios sanitarios; alumbrado; eliminación de basura.

Los censos poseen la virtud de realizar análisis desagregados para la población rural y en especial para la población indígena, en las cuales siempre que es posible se realiza un análisis específico de la situación de hombres y mujeres, considerando que en la región uno de los problemas frecuentes es la falta de este nivel de información para apreciar que los efectos del lugar de residencia, etnia y sexo y como se conjugan para profundizar las inequidades de género.

2.1 Identificación de núcleos secundarios en el hogar

Los hogares donde la mujer es viuda, separada o madre soltera también suelen encontrarse con mayor probabilidad entre los pobres, lo que sería visible estadísticamente si se preguntara por jefatura de núcleo.

Actualmente, sólo unas pocas encuestas de hogares preguntan por núcleos familiares al interior del hogar. De esta forma, no es posible caracterizar a las familias y relacionarlos con sus propios descendientes. La caracterización familiar es de gran importancia para el análisis de género, pues se vincula directamente con los estilos y modos de vida de hombres y mujeres, con sus trayectorias laborales, el acceso a los recursos y con las restricciones y posibilidades de realizar distintas actividades.

Los países de América Latina en su mayoría están transitando hacia un proceso de envejecimiento demográfico con mayor o menor intensidad, aunado a una disminución en las tasas de fecundidad. La especificidad de género en el envejecimiento demográfico, se evidencia con una mayor cantidad de mujeres que de hombres, debido a la mayor esperanza de vida femenina. Las adultas mayores por la baja tasa de participación que tuvieron en su edad activa, suelen no estar protegida por la seguridad social y con frecuencia reciben montos menores por concepto de jubilaciones y pensiones; paralelamente, muchas de estas mujeres están afectadas por enfermedades crónicas e invalidantes y llegan a la vejez con una mala calidad de salud y de vida. Un porcentaje importante de ellas vive sola, otro tanto desarrolla labores domésticas y de cuidado en hogares extensos, y algunas necesitan ellas mismas ser cuidadas.

La conformación familiar de los hogares donde están insertos los adultos mayores, contribuirá a conocer cuáles son los arreglos familiares y las actividades que desempeñan estas personas.

Otro tema es el escenario que viven las madres adolescentes, en que la fecundidad de las mujeres viene decreciendo fuertemente, aun un alto contingente de adolescentes son madres o están embarazadas. Esta situación limita fuertemente la capacidad de inserción laboral de estas jóvenes, como la continuación de sus estudios, así como las oportunidades de salud y bienestar de la madre y su hijos e hijas. Identificar los núcleos familiares permitirá relacionar a las madres con sus hijos, y caracterizar la situación de estas jóvenes, con quienes viven y cuál es su condición de actividad, niveles de escolaridad, etc.

Otro aspecto importante a considerar en el vínculo entre madres e hijos (as), específicamente con la pregunta de relación de parentesco respecto a la jefatura de hogar. No es posible vincular directamente a la madre con sus hijos, salvo en el caso de las jefaturas femeninas. Un indicador que da cuenta de la importancia de este hecho, se refiere a que las mujeres en general tienen una mayor tasa de actividad doméstica (dedicación exclusiva a las labores domésticas), cuando conviven con niños en edad preescolar en el hogar. Asimismo las mujeres ocupadas con remuneración muestran que cuando conviven con preescolares también disminuyen su jornada laboral, lo que señala en forma indirecta que las responsabilidades del cuidado están directamente ligadas a las distintas formas de inserción laboral femenina. Por ello, relacionar directamente a las madres con sus hijos permitiría caracterizar mejor estos indicadores.

2.2 Servicio doméstico que trabaja en el hogar entrevistado

Actualmente la mayoría de las encuestas de hogares existentes pregunta por la presencia de servicio doméstico puertas adentro y de familiares de éstos que residen dentro del hogar entrevistado. Esta pregunta tiene por finalidad excluir a estas personas como miembros del hogar y no asignarles la misma clasificación socioeconómica del hogar en cuestión; sin embargo, entre las formas más frecuentes de servicio doméstico se encuentra el trabajo puertas afuera.

Incluir una pregunta que permita conocer si en el hogar trabajan personas que realizan servicio doméstico y/o de cuidado ya sea por días u horas o puertas afuera o adentro, permite conocer las distintas estrategias que utilizan las mujeres para acceder al mercado laboral y/o destinar tiempo para otras actividades, la caracterización de los hogares, su composición, su estratificación socioeconómica y territorial, en conjunción con otras características relevantes de las mujeres del hogar, mostrarán los efectos de la contratación de servicios domésticos y valorarán la importancia del trabajo doméstico tanto remunerado como no remunerado que realizan gran parte de las mujeres, y reconocer que las labores del hogar y de cuidado constituyen una necesidad básica, así como su contribución al desarrollo.

2.3 Sesgos de género en la población económicamente inactiva

Las mujeres tienden a considerarse a sí mismas como amas de casa, subestimando el tipo de trabajo económico que realizan. Esto es particularmente cierto en la agricultura, donde las campesinas suelen recibir trabajos no retribuidos en la explotación familiar. De esa manera, las actividades económicas como plantar, cosechar o desgranar, son vistas sólo como tareas domésticas porque el concepto de trabajo se percibe como un “empleo remunerado”.

Los sesgos frecuentes en los encuestadores radican en que parten del supuesto de que el hombre es quien gana el sustento para la familia, y los encuestadores, particularmente cuando son hombres, con frecuencia se inclinan a clasificar a las mujeres como amas de casa.

Para comprender las diferencias entre hombres y mujeres dentro del mercado laboral, las estadísticas del trabajo deben identificar, entre otras cosas, los siguientes aspectos: i) si el trabajo se realiza en combinación con quehaceres domésticos o no; ii) actividades múltiples; e iii) el contexto y ubicación de actividades de trabajo, por ejemplo el trabajo que se realiza en casa.

Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *Informe de la Cuarta Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL (LC/L.2795)*, Santiago de Chile, CEPAL, Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), División de Asuntos de Género (en línea), “Estadísticas e Indicadores de Género”, (1999). *Indicadores de género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001*

y la *Plataforma de Acción de Beijing* (LC/L.1186.), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.

___ (2006), *Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género* (LC/R.2136), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.

CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (1999), *América Latina aspectos conceptuales de los censos del 2000*, Serie *Manuales*, No. 1 (LC/L.1204-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9.

USAID (United States Agency for International Development) (1996), “Glosario de términos sobre género”, San José de Costa Rica, Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, [en línea] http://74.125.47.132/search?q=cache:yyuwS6OtjZwJ:www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/glosario_genero.pdf+centro+nacional+desarrollo+mujer+familia+usaid&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=cl

VI. La experiencia regional reciente en temas vinculados a demografía y salud en los censos de población y vivienda

Juan Chackiel⁷

Introducción

La salud y la demografía presentan una interacción permanente en varios indicadores y variables que les son propias, por lo que además de tener componentes comunes (el más notorio de ellos, la mortalidad), son determinantes mutuos de sus tendencias en el tiempo. La población es el sujeto y objeto de atención en salud, y ésta tiene necesariamente que considerar elementos como el volumen, crecimiento y distribución de la población en el territorio. En ese sentido, los componentes del cambio demográfico necesarios para prever las necesidades en salud son la fecundidad, la mortalidad, las migraciones y la estructura por edades de la población. Más aún, la variación en las tendencias de los dos primeros se debe en gran parte a lo que suceda con la salud de la población. La propia transición demográfica es contemporánea de la transición epidemiológica, y se inicia principalmente con el descenso de la mortalidad en la niñez debido a los avances en el campo de la

⁷ Consultor del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)

medicina y de la atención primaria en salud. Por otra parte, la fecundidad, que expresa la capacidad reproductiva de la población, tiene como factores próximos que determinan su tendencia las acciones que se desarrollan en el sector salud en relación a los programas de planificación familiar y de salud reproductiva. De esta manera, la transición demográfica, que principia fundamentalmente por acción de una mayor sobrevivencia de los niños y continúa con la disminución de la fecundidad, se expresa como consecuencia en una transformación de una estructura por edades cada vez más envejecida, la cual tiene un impacto sobre los perfiles epidemiológicos.

Con este marco de referencia, siendo el censo de población la fuente demográfica por excelencia, se exponen una serie de temas en que se recoge, o se intenta recoger, información que se vincula, directa o indirectamente, con el campo de la salud de los países de la región.

En la literatura clásica sobre los censos, se los define como la fuente que permite conocer el estado de la población en un momento determinando, siendo por ello común asemejarlos a una fotografía de la realidad demográfica de un país. Técnicamente, se afirma que reflejan el stock de una población y sus características principales, por lo que realizan un corte transversal en el tiempo. En contraste, las fuentes de flujo permiten el análisis longitudinal, siendo los registros de estadísticas vitales, por su naturaleza de fuente continua, un ejemplo de ello.

Por otra parte, por ser una operación universal y periódica, que se recoge en un breve plazo, usualmente se considera que el censo entrega una información más bien general sobre los temas demográficos y socioeconómicos prioritarios, pero no es una fuente adecuada para estudios en profundidad. Sin embargo, son de utilidad para estos últimos, pues se los utiliza como marco para muestras de encuestas de diversa índole, que cumplen con los requisitos de profundizar en los temas, asegurar un cuestionario más apropiado y recoger la información con personal especializado en el tema específico. Lo que se ha realizado con las encuestas de salud reproductiva o las de demografía y salud es el mejor ejemplo de ello, pues es una forma que demostraría la utilidad de recoger la historia de nacimientos y de otros acontecimientos de salud materno infantil⁸, aspectos que no sería posible incluir en un censo de población.

Sin embargo, por su capacidad para cubrir a toda la población de un país, el censo resulta atractivo como instrumento útil para relevar cierta información en países en que las fuentes lógicas no son confiables. Así sucedió por ejemplo con las preguntas destinadas a estimar la fecundidad y la mortalidad, apoyadas en el desarrollo de metodologías de cálculo indirecto de las tasas e indicadores respectivos. Actualmente, a excepción de un sólo país, en todos los censos de la década del 2000 que se realizaron en la región se incluyó el módulo con preguntas sobre estos dos tópicos a las mujeres que entraron en el intervalo de edad fértil.

Como fuente alternativa a los registros continuos para el análisis de información de flujo, se requiere al menos de una observación retrospectiva de los acontecimientos, lo que el censo ha venido incorporando en varios casos, a pesar de las limitaciones que tiene. Así, para ciertas preguntas retrospectivas, en general se consideran períodos de referencia acotados, como por ejemplo, sucesos ocurridos el año anterior o en los cinco años antes del empadronamiento. Además de que no hay absoluta garantía de que el censo tendrá una mejor cobertura que los registros correspondientes, se suma el problema de delimitar correctamente la ocurrencia de los hechos dentro del período de referencia y la necesidad de acudir a la memoria, a veces de muchos años, para informarlo (Leguina, 1973). Ello no ocurriría de la misma manera con la inscripción en el registro civil de los hechos de interés si ésta se hiciera dentro de los plazos establecidos, para lo cual se requiere crear condiciones adecuadas de acceso y la educación cívica que incentiven a las personas a tomar la decisión de hacerlo.

Entre otras cosas, el censo, como fuente alternativa y subsidiaria de las necesidades de información sobre salud y otros tópicos, tiene limitaciones fundamentales como la falta de espacio para desarrollar temas complejos y la insuficiencia de empadronadores e informantes especializados o

⁸ Para una revisión en línea de las encuestas de salud sexual y reproductiva realizadas en la región, véase www.measuredhs.com/

calificados en los temas del sector en cuestión, en este caso salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de su sistema de información, reconoce que la inclusión de temas adicionales de salud en los censos sólo es posible si se trata de un pequeño número de preguntas⁹. No cabe duda que las fuentes más apropiadas son los registros de estadísticas vitales y hospitalarias, así como las encuestas y megaencuestas especializadas en ciertas áreas de la salud. De todas maneras, debido a las insuficiencias de éstos, sobre todo en el caso de los registros administrativos, podría ser atendible la incorporación de algunas preguntas que, como se sugiere hacer en estas operaciones masivas, sean posibles de formular de una manera sencilla y de forma que no se produzcan problemas de interpretación de lo que se desea averiguar.

Las Naciones Unidas (2008), en sus recomendaciones acerca de la confección del cuestionario, señalaron la importancia que tiene el censo para la obtención de estadísticas a nivel de áreas pequeñas, sobre todo para la gestión de los gobiernos locales. El manejo de datos desagregados, facilitado por las nuevas tecnologías de almacenamiento y procesamiento de grandes bases de datos, como REDATAM—software desarrollado por CEPAL/CELADE¹⁰—, genera una demanda adicional al censo en cuanto a incluir la recolección de información requerida por nuevos usuarios. En ese sentido, considerando la situación de países con registros administrativos deficientes, los responsables del levantamiento censal han estado abiertos a introducir temas emergentes. Para ello, en las recomendaciones se manifiesta al menos dos requisitos: a) evitar preguntas ofensivas o de naturaleza confidencial, que sea éticamente reprochable o que ponga en riesgo el llenado del resto del cuestionario; y b) que se realicen pruebas en terreno de las nuevas propuestas, tanto en censos experimentales como en las llamadas encuestas piloto.

El presente trabajo tiene como propósito analizar la experiencia regional de la inclusión en los censos de temas demográficos relacionados con la salud de las personas, la cual constituye un derecho humano reconocido por la Constitución de la OMS y por varios tratados internacionales. Como marco general, en la sección 1 se intenta brevemente identificar los datos estadísticos y las fuentes apropiadas que se requieren en el sector salud para satisfacer las necesidades de su funcionamiento administrativo y de servicio a la demanda de la población, además del seguimiento y evaluación de políticas y programas. Respecto a los datos demográficos atinentes a salud, la sección 2 principalmente se concentra en sexo y edad. En tanto, en las secciones 3 a 6 se analiza con mayor detalle la inclusión y la aplicación de procedimientos de estimación a partir de las preguntas sobre fecundidad y mortalidad, que fueron incorporándose crecientemente desde la década de 1960. Finalmente, se dedica un espacio a preguntas sobre salud o relacionadas que emergieron recientemente, de las cuales algunas se han mantenido, e incluso aumentado su presencia, en tanto otras tienen una escasa representación en los censos.

1. Los datos requeridos por el sector salud

1.1 La información demográfica y de salud

En esta sección se intentan identificar aquellas variables demográficas que se requieren en el sector salud como insumos para el cumplimiento de sus fines, así como por su papel para estimar la demanda al sector y definir las metas en materia de políticas y programas. Además, como ya se planteó en la introducción, ciertos componentes demográficos influyen directamente en el campo de la salud, produciendo una fuerte interdependencia entre las tendencias de ambos. En ese caso, se mencionó el ejemplo de la mortalidad y la fecundidad, variables que a la demografía, en un sentido restringido, le interesan porque son dos componentes del crecimiento natural de la población, mientras en el ámbito de la salud se lo ve desde el punto de vista de asegurar a toda la población el cumplimiento de uno de sus derechos esenciales, el que se refiere a la vida.

Según la OMS (2006), en el ámbito de la salud se cuenta con dos tipos de fuentes de datos. Por un lado, los que generan estimaciones concernientes a la población, en las que se incluye el censo, las

⁹ OMS (2006); Red de la Métrica de Salud, Versión 1.65, Borrador, [en línea] www.who.int/healthmetrics/

¹⁰ www.eclac.org/redatam/

estadísticas vitales y las encuestas de hogares. Por otra parte, las que se vinculan a servicios de salud y los registros administrativos, considerando los sistemas de vigilancia, los registros de centros de salud y administrativos, y las encuestas.

Respecto a los aspectos que interesa estudiar, teniendo en cuenta el compromiso de conocer el estado de salud de la población y la respuesta a tales condiciones (Frenk et al, 1994), se podrían identificar las necesidades de información, al menos en los siguientes temas:

- i) Poblaciones expuestas al riesgo de enfermarse y morir según sexo y edad, tanto a nivel nacional como desagregada geográficamente (demanda). A los componentes del cambio y las estructuras de la población, hay que agregar las migraciones, que además de ser un factor más de cambio, son importantes como medio de difusión de enfermedades. Fuente principal: Censos de población (cuadro VI.6); y para ciertos segmentos de la población, encuestas especializadas como por ejemplo SABE¹¹ en el caso de los adultos mayores.
- ii) Nacimientos –natalidad- y defunciones –mortalidad general, morbilidad y mortalidad por causas. Fuentes: registros administrativos, en particular las estadísticas vitales y hospitalarias, y los censos, aunque de una manera subsidiaria (cuadros VI.7 y VI.8).
- iii) Salud reproductiva: fecundidad general y adolescente, anticoncepción, VIH/SIDA, complicaciones del embarazo y el parto, mortalidad materna, etc. Fuentes: encuestas por muestreo tales como las Encuestas de Demografía y Salud (DHS)¹², estadísticas vitales y censos (cuadro VI.8).

Las dos primeras necesidades de información tienen una relación más directa con la dinámica demográfica y los cambios epidemiológicos, y la tercera se relaciona con un área determinada de salud que tiene consecuencias sociales y demográficas que le han dado una connotación relevante en la agenda del sector.

1.2 Otras demandas de datos en el sector salud

En la literatura especializada no se encuentra fácilmente una exhaustiva sistematización estándar de las necesidades de datos estadísticos del sector salud, lo que en parte se debe a la diversidad de componentes que incluye. Por ello, se hace muy difícil elaborar una clasificación completa, tanto por la cantidad de componentes como por la variedad de especialidades, contenidos y estructuras de los programas e infraestructuras desarrolladas. Un aporte en ese sentido lo constituye la documentación de la Red Métrica de la OMS (2006). Con esos antecedentes, una aproximación podría ser la de los temas que se esbozan a continuación:

- i) Condiciones económicas y sociales, tales como ingreso, necesidades básicas insatisfechas y nivel de educación. Serían de alguna manera la contraparte socioeconómica de los determinantes demográficos del punto (i) del capítulo 1.1. Fuente principal: censos (cuadro VI.6) y encuestas especializadas.
- ii) Saneamiento ambiental y condiciones sanitarias: morbilidad y factores de riesgo. Fuentes: encuestas y preguntas de vivienda y hogar en el censo (cuadro VI.9).
- iii) El enfoque de riesgo epidemiológico de daños a la salud, que pueden ser en parte algunos de los factores mencionados: biológicos (edad y sexo); ambientales, de estilos de vida, calidad de la atención en salud, sociales, culturales y económicos. Fuentes: además del censo y las encuestas continuas de hogares, se han diseñado encuestas especializadas de casos y controles.

¹¹ Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, [en línea] www.paho.org.

¹² Demographic and Health Survey, auspiciada por USAID, [en línea] www.measuredhs.com.

- iv) También hay interés por el estudio específico de ciertos temas emergentes, aunque no necesariamente nuevos, como son la discapacidad (cuadro VI.10), el VIH-SIDA y la mortalidad materna (cuadro VI.8). Fuentes: registros, encuestas especializadas y censos.
- v) Cobertura de seguridad social y de salud, recursos humanos, y atención pública y privada. Fuentes: registros del sistema de salud, encuestas especializadas y censos (preguntas aisladas y algunas emergentes, en cuadros VI.11 y VI.12).
- vi) Por último, existe un área muy relevante, referida a la parte financiera, administrativa y de gestión, la que se encuentra relacionada con el presupuesto público en salud, y los gastos privados, que corresponden al Ministerio de Salud, los Ministerios de Economía y Finanzas, los organismos fiscalizadores y a las autoridades del Estado. Este aspecto, aunque muy importante, escapa a las posibilidades del censo, aunque los encargados de ello son potenciales usuarios de los datos de población, y de la información estadística antes mencionada.

2. La experiencia regional acerca de preguntas censales tradicionales sobre demografía y salud

En esta sección se presentan algunos temas tradicionalmente vinculados con el campo de la demografía y salud, sobre los que se recoge o se intenta recoger información en los censos de población y vivienda de los países de la región, como parte del módulo de preguntas a las personas. No se pretende incluir toda la nutrida información de los censos, sino sobre todo aquella de carácter demográfico que está más directamente vinculada con el quehacer del campo de la salud.

2.1 Población por sexo y edad: diferencias en los riesgos de enfermarse y morir, proceso de envejecimiento y población centenaria

La población según el sexo y la edad permite identificar las personas expuestas al riesgo de enfermarse y morir por las diversas causas de defunción. Las tendencias demográficas que se expresan en la estructura por sexo y edades de la población son también en parte causales de la transición epidemiológica. Allí se refleja el cambio en la importancia relativa de la demanda en salud de las distintas etapas del ciclo de vida, las que tienen sus propias especificidades. En este sentido, la información de población por sexo y edades se requiere en toda su extensión por edades simples, es decir desde 0 años hasta más allá de los 100 años.

Las cifras de población se necesitan tanto en valores absolutos como relativos, y además forman parte de las tasas de prevalencia de enfermedades y de mortalidad, incorporándose como denominadores (expuestos al riesgo) de las mismas. Asimismo, esta información se requiere desagregada geográficamente en las regiones administrativas y las áreas que maneja el sector salud y según zona de residencia (urbana y rural). Sobre esto último, debe consignarse que en general no exige la incorporación de preguntas adicionales en el cuestionario, sino que basta el procesamiento adecuado y de un acceso amplio a las bases de microdatos por parte de los programadores locales. Asimismo, la incorporación al análisis de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) permite su uso en tareas epidemiológicas como la vigilancia en salud, la determinación de necesidades, programación y evaluación de servicios¹³.

¹³ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) para este propósito cuenta con el programa SIGEPI (Sistema de Información Geográfica en Epidemiología y Salud Pública), [en línea] <http://ais.paho.org/sigepi/index.asp?xml=difusion.htm>

2.1.1 La edad cumplida en el último cumpleaños

La edad puede recogerse a partir de dos preguntas: la edad en años cumplidos y la fecha de nacimiento. Salvo un solo caso, los demás países de la región incluyeron en la década de censos de 2000 la pregunta de edad en años cumplidos, a pesar de que pareciera ser un dato menos preciso¹⁴. Posiblemente, el argumento para esta elección se relaciona con que el informante conoce más la edad que el año de nacimiento de los miembros del hogar. Ahora bien, cerca de la mitad de los países formularon ambas preguntas para que, en caso de que haya diferencias, se pueda tratar de determinar mejor el dato¹⁵.

Si bien la edad se pregunta en todos los censos de población, es necesario en primer lugar prever la posibilidad de que el empadronador disponga de 3 dígitos para anotar la edad, sobre todo en aquellos países con elevada esperanza de vida al nacimiento. Esto es muy importante para poder hacer estimaciones de la mortalidad hasta edades muy avanzadas y para entregar información acerca de la población centenaria. Ello implica no solamente recoger los datos de las personas de 100 años y más, sino que también codificarlos con tres dígitos al procesar la información e incorporarlo a las bases de microdatos. En los censos de la década de 2000 la experiencia fue alentadora ya que 14 de los 19 países que hicieron censos preguntaron ya sea la edad con la opción de tres dígitos en la respuesta, o bien la pregunta de la fecha de nacimiento (cuadro VI.6). Asimismo, once países han dejado un espacio de tres dígitos para la respuesta a la edad en años cumplidos

En la mayoría de los países se encuentran errores en la declaración de la edad, que en ocasiones pueden estar afectando seriamente la información. Un caso muy conocido es la “exageración de la edad” de los adultos mayores, que de ser así estaría produciendo una sobreestimación de las personas en edades avanzadas y una subestimación de la mortalidad en esas edades. Si bien persiste la polémica acerca de si ello es producto de un error de información, o bien estamos frente a un patrón de mortalidad favorable de las personas de edad en los países latinoamericanos, lo importante para dilucidar el problema es hacer los esfuerzos por recoger bien la edad y el sexo en los censos. Disponer de la información de edad de los centenarios, como se mencionó antes, será de gran utilidad para investigar este problema.

Otro error muy estudiado es el de la preferencia por edades terminadas en determinados dígitos, que corresponden fundamentalmente al 0 y el 5, luego a los dígitos pares y finalmente el rechazo por los dígitos adyacentes a los más preferidos. Este tipo de error se incrementa con la edad, probablemente porque el no tener clara la información se relaciona con el pasado más remoto, lo que conduce a un dato aproximado. Asimismo, en el caso de los adultos mayores, sobresale por su preferencia la edad de 60 años, quizás por ser un valor que culturalmente no se considera ni tan viejo, ni tan joven. De todas maneras, la forma en que se da la preferencia de dígitos favorece también la exageración de la edad porque provendrían más personas de edades menores que de edades mayores. Sin embargo, cabe mencionar que con el tiempo este error ha ido disminuyendo en los países, lo que ha sido documentado por Del Popolo (2000) y Romero y Freitez (2008).

El tema de la exageración de la edad en los adultos mayores, así como el incremento de los mismos por efecto de las tendencias demográficas de las últimas décadas es de interés primordial para el sector salud. Las tasas de crecimiento media anuales de los adultos mayores son del orden del 3 y 4 por ciento, pues los que están en esa etapa del ciclo de vida nacieron en una época de alta fecundidad que en varios países de la región fue coincidente con la llegada de inmigrantes europeos (Chackiel, 2004). Es más, todo esto se vincula fuertemente con las transformaciones del sistema de salud de muchos países de la región, que han creado sistemas de protección social para enfrentar la creciente demanda de atención de enfermedades crónicas de costosos diagnósticos y tratamiento. Además, de las cifras que el censo arroje en relación a la población de adultos mayores, es importante analizar las peculiaridades del

¹⁴ Las Naciones Unidas (2008) recomiendan usar la fecha de nacimiento y considera menos precisa la averiguación directa de la edad y expone una serie de razones para fundamentarlo. Por algunas de las razones, pareciera que son mayormente válidas para otras regiones del mundo.

¹⁵ El programa de consistencia de datos puede usar ambas preguntas y a partir del resto de la información determinar la edad más probable en los casos dudosos.

proceso, entre ellas la más elevada proporción de mujeres en la población de esas edades y el envejecimiento de los propios adultos mayores. Con esto último nos referimos a la importancia relativa que va adquiriendo lo que algunos denominan la cuarta edad, en la que se requieren mayores y más costosos cuidados de salud y arreglos residenciales.

Otros ejemplos de patrones de error en la información de la edad que pueden estar presentes son la tendencia al rejuvenecimiento de las mujeres adultas y la omisión diferencial de niños pequeños y de hombres en edades centrales. En los principios y recomendaciones de Naciones Unidas (2008), se exponen las dificultades para lograr la edad correcta de los menores de un año, los que según algunas culturas son declarados con un año cumplido. En ese sentido, no está demás insistir en que se hagan todos los esfuerzos posibles para recoger bien el dato, considerando que esa es la información básica con la que se determinan las demandas de prevención y atención en salud. Entre otras, hay dos recomendaciones básicas de Naciones Unidas (2008) que es importante destacar: a) respecto a la edad, es conveniente incluirla en los censos de prueba para determinar cuál de los dos procedimientos es más apropiado y con base en ello tomar la decisión de qué pregunta incluir; y b) los empadronadores, que probablemente tendrán que anotar una estimación de la edad, deben recibir entrenamiento en determinadas técnicas para facilitar la obtención de una buena aproximación.

2.1.2 El sexo

La identificación del sexo, aunque no asegura una incorporación plena de una perspectiva de género en los censos, al menos permite la clasificación de las otras variables incluidas en el cuestionario. Desde ya, permite al menos considerar el universo afectado por posibles daños a la salud que son propios de mujeres y de hombres. Por otra parte, respecto a la mujer, brinda una rica información sobre el grupo de edad avanzada, que se ve expuesto a una vulnerabilidad múltiple en los últimos años de su vida, la que si bien es más prolongada que la de los hombres, requiere de mayor atención en el campo de la salud física y mental. Un estudio que aborda con profundidad la inclusión del enfoque de género en el censo, ha sido elaborado por Susana Schkolnik (2009a) con motivo de la preparación de los censos de la década de 2010.

Por otra parte, se debe poner atención en que los errores de omisión y de contenido no son iguales entre hombres y mujeres. La omisión por lo general es superior en el sexo masculino debido a que por mayor ausencia del hogar, está más expuesto a no ser empadronado, y puede ser más omitido por razones de ocultamiento de las autoridades por motivos de conflictos sociopolíticos. Estos errores son más probables en las personas en edad activa, pero en niños de corta edad puede ser que por razones culturales sean mejor censados los varones. También afecta la información el hecho de que la tendencia a declarar una edad errónea es más alta entre las mujeres, entre ellas la de exagerar la edad de la población adulta mayor. Además, podría haber una tendencia a agregarse años en la adolescencia temprana y a declararse menor en edades superiores a los 30 o 35 años.

En conclusión, tanto la edad como el sexo son preguntas ineludibles en un censo de población para todo el universo, incluyéndose en los países que hacen muestreo en terreno, tanto en el formulario ampliado como en el básico. En general, poco se debate acerca de cómo recoger mejor este tema en los foros sobre censos, pero no por eso es menor su importancia, puesto que en términos prácticos es esencial para todos los análisis, considerando que casi todas las variables que se estudian son clasificadas por sexo y edad. En el ámbito de la salud este aspecto es sin duda relevante, y es positivo que la tendencia a través del tiempo haya mostrado mejorías en la declaración de la edad, según resulta de los indicadores de preferencia de dígitos (Romero y Freitez, 2008).

2.2. Otras preguntas a las personas comúnmente incluidas en los censos

Además del sexo y la edad, existen otras características de las personas generalmente incluidas en los censos, y que podrían ser importantes para la programación en salud, ya sea para identificar a las personas con mayores riesgos de contraer ciertas enfermedades, o por su incidencia en las condiciones

de vida. En el cuadro VI.6 se puede ver que prácticamente todos los países incorporaron, en la década de censos de 2000, una o más preguntas de los siguientes temas: relación de parentesco con el jefe (a) de hogar, estado civil, origen étnico, residencia anterior¹⁶, alfabetismo y educación y población activa. En cinco casos también se preguntó acerca de los ingresos a las personas.

Estos temas demográficos y socioeconómicos tradicionales, que no están exentos de dificultades, presentan diferencias en la forma en que se han incluido en los diferentes países, en ocasiones por necesidades diversas y en otros casos por razones culturales. Además, en algunos tópicos se trata de una sola pregunta, como por ejemplo estado civil, y en otros de secciones de varias preguntas como en educación y población activa. En relación a la forma de determinar la población económicamente activa, por ejemplo, un número importante de países tratan de captar a las personas que están en el mercado informal, tratando fundamentalmente de rescatar el trabajo femenino, muchas veces realizado en el hogar. En el mismo bloque, tres países recogieron información sobre si se hacen aportes para la previsión social por jubilación (cuadro VI.6).

Un caso que merece un comentario especial, es el de la identificación del origen étnico de las personas, investigación que se ha extendido a casi todos los países, incluyendo a indígenas y en algunos casos a afrodescendientes. En la década censal de 2000, solamente dos países no lo incluyeron. Es importante tener en cuenta esta información a la hora de programar los planes combinados de la medicina occidental con la medicina alternativa propia de las etnias originarias, debido a que en muchos países existen programas de integración de las orientaciones de ambas culturas.

3. La información retrospectiva para estimar la fecundidad y la mortalidad en la niñez

3.1. Antecedentes

Las estadísticas vitales son la fuente directa y natural para obtener estimaciones de mortalidad y fecundidad¹⁷, pero en gran parte de los países de América Latina están afectadas por un fuerte subregistro, lo que hace necesaria una evaluación minuciosa. En muchos casos, incluso deben ser sustituidas por otras fuentes, en particular por los censos de población (Tacla, 2009). Con este fin, se han desarrollado una serie de procedimientos de estimación indirecta, entre los cuales pueden mencionarse el uso de datos provenientes de preguntas retrospectivas incluidas en censos y encuestas.

Con anterioridad a 1960 se incluyeron preguntas de este tipo en muy escasas ocasiones, pero en ocho censos de América Latina de esa década se averiguó por ejemplo el total de hijos nacidos vivos, los sobrevivientes de éstos, y la fecha del último nacimiento de las mujeres que superaron el límite inferior de edad del período fértil. Con el pasar de los años, su uso se ha ido generalizando y en sus últimos censos todos los países de la región, a excepción de uno, las han incorporado (cuadros VI.7 y VI.8).

Las décadas de 1960 y 1970 fueron muy fructíferas en términos de proponer una batería de preguntas para ser incluidas en censos y encuestas para estimaciones demográficas indirectas del nacimiento y sobrevivencia de hijos, aunque no todas ellas hayan sido exitosas en alcanzar el objetivo. En ese sentido, debe reconocerse el aporte de destacados demógrafos, como son los casos de Giorgio Mortara (1941), que investigó fecundidad y mortalidad infantil a partir del censo de Brasil de 1940; William Brass (1968;1974); Ansley Coale, como responsable de la publicación del Manual IV de Naciones Unidas (1967), entre otras publicaciones; y John Blacker, todos ya desaparecidos. Estos esfuerzos fueron proseguidos por otros demógrafos más jóvenes en ese entonces, que aportaron su creatividad en el Manual X de Naciones Unidas (1983). América Latina se benefició en forma

¹⁶ La forma más común de recoger este dato es a través de preguntar por la residencia en una fecha fija anterior al censo, y en menor medida, preguntar acerca de la residencia anterior y la duración de la residencia actual.

¹⁷ Al decir que son la fuente natural se refiere a nacimientos y defunciones, pero también se requieren de los denominadores de las tasas respectivas, que son en general proporcionados por los censos de población.

importante de todo ese esfuerzo, teniendo en el CELADE un efecto de enriquecimiento y diseminación de estas propuestas, destacándose en este campo el profesor Jorge Somoza (1981), quien lideró el desarrollo de encuestas demográficas, las que fueron un verdadero laboratorio, previo a la incorporación de preguntas en los censos.

Estos procedimientos indirectos constituyen, en muchos casos, la única fuente independiente de obtención de información sobre fecundidad y mortalidad, y por lo tanto una de las pocas formas de conocer el orden de magnitud de los errores contenidos en los registros. Sin embargo, como información recogida en el terreno, está también sujeta a múltiples errores y sesgos que hacen necesario evaluar los datos obtenidos, lo que implica un análisis cuidadoso de la información y un conocimiento de los supuestos en que están sustentados los métodos utilizados.

Como su nombre lo indica, se trata de preguntas que indagan un hecho de interés en un período de referencia determinado, aunque no siempre fijo. Por ejemplo, la pregunta ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? no tiene un período fijo, sino que para cada mujer es diferente, pues se refiere al intervalo de vida fértil que lleva cada mujer desde que llegó a la edad que se considera como inicio. Es conveniente aclarar que las preguntas retrospectivas no son un fenómeno nuevo, pues muchos de los temas incluidos en censos se investigan de esa manera. Así, por ejemplo la fecha de nacimiento es un hecho ubicado en el pasado, y para recoger datos de la población económicamente activa se averigua lo que hizo, por ejemplo, en la semana anterior, y algo similar se repite en otros temas. La diferencia es que con los registros de nacimientos y defunciones las oficinas de registro civil recogen los hechos cada vez que se produce un acontecimiento.

Si bien la idea es averiguar por el total de hijos e hijas, es necesario determinar si las preguntas se harán anotando los dos sexos, o bien solamente se anotará el total de ambos sexos. Del punto de vista del uso de la información para la formulación de las políticas de salud, no cabe duda que conocer la mortalidad en la niñez diferencial entre hombres y mujeres es sumamente importante y, por ello las Naciones Unidas (2008) lo considera deseable, además que supone que mejoraría la recolección del dato, tal como se expone más adelante.

3.2. Las preguntas

Las preguntas para estimar la fecundidad y la mortalidad en la niñez estuvieron presentes en los censos realizados desde mediados del siglo XX, aunque no todas han permanecido con la misma frecuencia. Estas preguntas se constituyeron en un módulo para mujeres a partir del inicio del período fértil:

- i) Número total de hijos (as) nacidos vivos para mujeres que han entrado al período fértil.
- ii) Número total de hijos (as) que están con vida al momento de la entrevista.
- iii) Fecha del último hijo (a) nacido vivo.
- iv) Si está con vida el último hijo (a) nacido vivo al momento de la entrevista.

Esta batería de preguntas coincide con los tópicos sobre el tema que incluyen las recomendaciones de Naciones Unidas (2008), como aquellos que se han investigado a partir de la recolección directa del cuestionario, a diferencia de los que son derivados, que surgen de alguna tabulación específica.

La edad de inicio del período fértil en que se comienza a preguntar la fecundidad de las mujeres en los censos de la década de 2000 es menor a la estándar usada generalmente hasta esa instancia, que era 15 años. En la última década de censos, 14 de los 19 países que levantaron censo iniciaron el bloque de estas preguntas para mujeres de generalmente 12 y 13 años de edad, lo que responde mejor a la demanda por datos acerca de la fecundidad de adolescentes. De todas maneras, por tratarse de un número de casos relativamente bajo, está sujeto a errores aleatorios, y además la información de mujeres menores de 20 años está afectada por una alta tasa de no respuestas y de

respuestas sesgadas. Más adelante se analizarán sus efectos sobre la aplicación de los procedimientos de estimación de la fecundidad.

Como puede verse, la idea es incluir pocas preguntas, muy concretas y simples de responder. Se supone que con estas características pueden funcionar mejor, en circunstancias en que las condiciones de recolección de los datos no sean favorables. Dado que en general los censos son de mejor calidad que los registros vitales, se piensa que estas preguntas sencillas y de bajo costo son una alternativa razonable para obtener un conocimiento inmediato de la situación aproximada de los países que no tienen estadísticas vitales confiables. Sin embargo, aún los países que cuentan con buenos registros se verían beneficiados con estas preguntas, pues las estimaciones que de ellas se derivan pueden referirse a cualquier subpoblación identificable en el censo; en otras palabras puede obtenerse la fecundidad y la mortalidad según variables geográficas y socioeconómicas, tales como nivel de instrucción de la madre, residencia urbano-rural y origen étnico, lo que no siempre es posible en la actualidad mediante las estadísticas vitales. Además, la ventaja del censo es que ofrece una clara correspondencia entre el numerador y denominador de las tasas por provenir de la misma fuente. En cambio, en las estadísticas vitales existe el problema de que no siempre hay una unidad de criterios de clasificación de los hechos en el numerador con los expuestos a ellos en el denominador según la variable de clasificación seleccionada¹⁸, o bien las fuentes involucradas difieren en su cobertura.

3.3 Limitaciones en el funcionamiento de las preguntas

De todas maneras, es necesario aclarar que los procedimientos basados en estas preguntas no son la panacea en cuanto a otorgar una solución definitiva al problema del conocimiento de los niveles y tendencias de estas variables demográficas y de salud. Entre otras, se pueden considerar las siguientes limitaciones¹⁹:

3.3.1 Se averiguan hechos del pasado, lo que acarrea algunos problemas:

- i) El informante puede tener dificultades para ubicar los acontecimientos en el tiempo, considerando que quien responde es muchas veces una tercera persona²⁰.
- ii) En algunos casos no se obtienen estimaciones para el momento actual, salvo que se cumpla el supuesto de estabilidad de la población en estudio, es decir de constancia en la tendencia de la fecundidad y la mortalidad. Sin embargo, la experiencia de la región ha sido la de un fuerte cambio en las tendencias demográficas desde la segunda mitad de la década de 1970.
- iii) Por la misma razón anterior, en poblaciones en que hay migraciones, puede ser que los acontecimientos ocurridos en el pasado hayan sucedido en otro lado, aunque se atribuye la estimación al lugar en que se hizo el empadronamiento. Esto último, en el fondo, es el no cumplimiento de un supuesto más de estabilidad, ya que para que no ocurriera debiera tratarse de una población cerrada.

Una advertencia que es apropiada de formular se refiere a que los datos recogidos a partir de las preguntas sobre fecundidad y mortalidad no están pensados para ser utilizados directamente como el número de nacimientos o defunciones tal como vienen del terreno, sino que requerirán ciertas correcciones. Quienes sugirieron la inclusión de estas preguntas, lo hicieron luego de desarrollar procedimientos de estimación de indicadores, tales como las tasas de fecundidad por edades, la tasa global de fecundidad, la probabilidad de morir en la infancia, por medio de la combinación apropiada de diversos datos y supuestos básicos. Ejemplos de estos métodos se describen más adelante y se pueden

¹⁸ Por ejemplo en el censo para calcular la tasa de fecundidad del grupo de mujeres de 20-24 años de edad, el numerador son los nacimientos declarados idealmente por las propias mujeres y en el denominador, el número de mujeres censadas en ese grupo. En cambio, en estadísticas vitales son los nacimientos inscritos en el registro de mujeres de 20-24 mujeres y el denominador provendría del censo que es otra fuente.

¹⁹ Muchas de las limitaciones son también válidas para las otras variables investigadas en los censos.

²⁰ Este problema no existe en las encuestas especializadas sobre la fecundidad, ya que las entrevistadas son directamente las mujeres sobre acontecimientos propios.

consultar en mayor detalle en el Manual X de Naciones Unidas (1983). Recién con posterioridad a la obtención de tasas estimadas, por ejemplo de fecundidad, se está en condiciones de aplicarlas a la población femenina en edad fértil, también corregida, y así derivar los nacimientos corregidos del último año. La comparación de estos últimos con los declarados en el censo y con los registrados en las estadísticas vitales, proporcionarán los porcentajes de omisión de ambas fuentes.

3.3.2 La calidad de la información en los censos

En las últimas décadas, no se ha observado una mejoría clara en la calidad de los censos de población en la mayoría de los países; es más, en varios casos podría haber un aumento en los porcentajes de omisión (Tacla, 2006).

También hay errores en la declaración de este tipo de información, así como altos porcentajes de falta de respuesta. En parte ello sucede por desconocimiento del informante, o bien se trata de información que se considera confidencial o se oculta deliberadamente. Esto último, por ejemplo, puede suceder con nacimientos de madres solteras, sobre todo adolescentes.

La preocupación mayor es que dicha falta de respuesta muchas veces es imputada por medios automáticos, provocando sesgos en los datos así procesados, ya que es probable que la ausencia de declaración se concentre en mujeres que precisamente corresponden a las que no han tenido hijos. En la sección siguiente, se hace mención de la existencia de métodos analíticos para estudiar estos casos (Naciones Unidas, 1983), lo que favorece la opción de evitar la asignación automática de hijos.

3.3.3 Formulación y diagramación de las preguntas

Las recomendaciones de Naciones Unidas (2008) hacen hincapié en la importancia de una buena preparación del cuestionario, con el fin de recoger lo más fielmente posible el dato que se desea recabar. Consecuentemente con ello, analizan una serie de propuestas sobre la forma de introducir las preguntas retrospectivas destinadas a estimar la fecundidad y la mortalidad en la niñez: hijos nacidos vivos, hijos sobrevivientes al momento del censo y fecha del último nacimiento. De todas maneras, indican que en adelante habrá países que utilizarán medios magnéticos y en cierta proporción Internet para recolectar cierta proporción de la información. En ese caso, algunas de las recomendaciones o sugerencias permanecerán, sobre todo la forma en que se hace la pregunta para que ésta no sea ambigua o no produzca rechazo, pero es probable que en algunos aspectos puedan diferir al usar un instrumento de otra naturaleza. Lo que sí variará es la forma de captura de la respuesta, así como los chequeos para asegurar una declaración consistente y revertir respuestas incorrectas en el propio terreno.

Como la secuencia de los bloques de preguntas a las personas, en función de la edad, parte de todas las personas y se hace cada vez más acotada, las preguntas a mujeres de 12 u otra edad y más están al final de la entrevista. En adición a ello, muchos países incluyen una pregunta filtro acerca de si ha tenido algún hijo o hija nacido vivo, siendo las respuestas posibles, “sí” o “no”. En caso de que la respuesta sea “no”, se acaban las preguntas para esa mujer. Esta aproximación tiene dos argumentos en contra, el primero de ellos referido al incentivo a terminar rápido, de modo que el empadronador anote “no” y evite hacer las pocas preguntas que le restarían. El segundo argumento en contra es que se puede inducir a una respuesta negativa en aquellos casos en que haya un cierto deseo de no brindar la información, por ejemplo de madres solteras jóvenes. Una alternativa plausible para evitar ambos problemas es que la primera pregunta sea acerca de cuántos hijos tuvo la mujer, y que en la respuesta tenga obligatoriamente que poner un número. En ese caso, si anota cero, también actuaría como filtro y sería el final de la entrevista a esa persona.

Existe un debate sobre cuán favorable es preguntar en forma breve sobre el total de hijos nacidos vivos y el de hijos sobrevivientes, o bien anotar todas las opciones posibles, es decir tener una secuencia de preguntas que equivale a llenar una pequeña matriz de 3 por 4:

	Varones	Mujeres	Total
Hijos nacidos vivos			
Hijos sobrevivientes			
Hijos fallecidos			
Total			

Los argumentos a favor de este método son que, en primer lugar, permite recoger una información más rica, al anotar cada sexo por separado. En segundo lugar, permite al informante recordar mejor el número de hijos, sin dejar fuera, por ejemplo, a los fallecidos. Finalmente, da la oportunidad de hacer una corrección de las inconsistencias en el propio terreno. Este último argumento incluso ha llevado a plantear que además los hijos sobrevivientes podrían dividirse entre los que viven en el hogar y los que viven fuera del hogar. Los argumentos en contra de esta opción, apelan a la mayor complejidad de la pregunta, la ocupación de un mayor espacio en la boleta censal, en desmedro de otras preguntas, y la dificultad que se produce en el momento del análisis de inconsistencias el por hecho de que el total difiera de la suma de las partes.

3.4 Fecha del último nacimiento vivo

La pregunta acerca de la fecha del último nacido vivo, que es parte del bloque respectivo, se considera separadamente. Hasta ahora su utilización principal ha sido derivar una mejor recolección de los nacimientos de los 12 meses previos al censo para estimar las tasas de fecundidad actuales, tal como se verá en la sección siguiente. Con esta pregunta se evitan los errores del período de referencia por parte del informante. En cuanto al sexo, solamente Brasil, que trae un mayor detalle, incluye el sexo del último nacimiento vivo.

Al igual que en la década de 1980 y 1990 (Hakkert, 2002), en los censos del 2000 aproximadamente la mitad de los países incluyeron una pregunta sobre la sobrevivencia del último nacimiento (cuadro VI.8). Probablemente ello se hizo porque es muy sencillo hacer una estimación de la probabilidad de morir en el primer año de vida; sin embargo, la experiencia es que el dato generalmente está muy subestimado. Puede que esta estimación esté afectada por el hecho de que se declara como último hijo al menor sobreviviente, algo similar al subregistro de las estadísticas vitales en que en algunos países no se inscriben las defunciones ocurridas en niños fallecidos a las pocas horas o días después del nacimiento.

4. Estimación indirecta de la fecundidad: la prueba de los datos

Con la información obtenida de las preguntas sobre el total de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad fértil y la fecha del último hijo nacido vivo, mencionadas en la sección anterior, se obtiene la siguiente información:

- i) Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad por grupos quinquenales (N_i), siendo $i=1$ para el grupo 15-19, $i=2$ para 20-24, ..., $i=7$ para 45-49.
- ii) Número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres para los mismos grupos quinquenales de edad (HNV) $_i$.
- iii) Número de hijos nacidos vivos en el último año anterior al censo para los mismos grupos de edad ($HNUA$) $_i$, provenientes de la pregunta sobre fecha de nacimiento del último nacido vivo.

A partir de estos datos (véase cuadro VI.1), se está en condiciones de estimar dos indicadores de la fecundidad por grupos quinquenales de edad entre 15 y 49 años: el número medio de hijos por mujer de acuerdo a los grupos de edad de las mujeres, y las tasas de fecundidad para los mismos grupos.

4.1 Fecundidad retrospectiva y actual

La **paridez media** o número medio de hijos por mujer para los siete grupos quinquenales de edades, se define como: $P(i)=(HNV)_i/N_i$, lo que **representa la fecundidad retrospectiva** porque a medida que aumenta la edad de las mujeres, expresa el número de hijos de una experiencia más larga en el tiempo.

La **tasa de fecundidad por grupos de edades** quinquenales, $f(i)$, para los mismos siete grupos quinquenales, que representan la **fecundidad actual**: $f(i)=(HNUA)_i/N_i$. La suma de estas tasas multiplicada por 5 conduce a la tasa global de fecundidad²¹. Esta sería la estimación preliminar acerca de la fecundidad para el año anterior al censo.

CUADRO VI.1
NICARAGUA: MUJERES, HIJOS NACIDOS VIVOS E HIJOS SOBREVIVIENTES EN EL ÚLTIMO AÑO ANTES DEL CENSO, POR GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRES, CENSO DE 2005.

Grupos de edad	Índice	Total de mujeres	Hijos nacidos vivos	Hijos nacidos en el último año	Número medio de hijos	Tasas de fecundidad
	i	N_i	$(HNV)_i$	$(HNUA)_i$	$P(i)$	$f(i)$
1	2	3	4	5	6	7
15-19	1	292 485	71 202	26 582	0,24	0,0909
20-24	2	273 519	283 187	40 986	1,04	0,1498
25-29	3	212 884	417 885	28 182	1,96	0,1324
30-34	4	176 968	500 119	16 977	2,83	0,0959
35-39	5	157 812	567 334	8 838	3,59	0,0560
40-44	6	132 124	566 335	2 891	4,29	0,0219
45-49	7	106 902	542 591	578	5,08	0,0054
TGF preliminar						2,76

Fuente: CEPAL/CELADE y UNFPA (2007)

Para el cálculo de estos indicadores se tropieza con la primera dificultad, la que se refiere a que para un número más o menos importante de mujeres no se pudo recoger la información requerida. El problema es cómo determinar el denominador de la paridez y de las tasas de fecundidad; es decir, si se consideran solamente las mujeres con declaración, lo que supone que tienen la misma fecundidad de las que no declararon, o bien se toma el total de mujeres censadas, lo que equivale a suponer que las que no declaran tienen cero hijos. En el manual de estimaciones indirectas de Naciones Unidas (1983) se plantea la utilización del Método de El Badry que, bajo ciertas circunstancias, permite delimitar un denominador intermedio, el cual ha demostrado que en América Latina generalmente equivale a considerar a todas las mujeres en el denominador. Una advertencia en relación a este asunto, es la necesidad de evitar que durante la tarea de consistencia y procesamiento de datos se asignen hijos a las mujeres, pues se podrían introducir sesgos no deseables en la información.

Obtenidas la paridez media y las tasas de fecundidad por edades (cuadro VI.2, columnas 3 y 4), se hacen ciertos supuestos, apoyados en la experiencia de varias pruebas de terreno, acerca de errores y virtudes que afectarían estas estimaciones preliminares. Se supone que las tasas de fecundidad por edades se encuentran afectadas por una subestimación que es constante con la edad; es decir, se considera erróneo el nivel o intensidad, pero se acepta la estructura de las tasas por grupos de edad. En el caso de la paridez media, se supone que la declaración no es buena en las edades de ambos extremos del período fértil, puesto que no se tendría una buena declaración de los hijos tenidos en la adolescencia

²¹ La tasa global de fecundidad representa el número medio de hijos de una cohorte sintética de mujeres sometidas a las tasas por edades de un período dado durante su vida fértil y que no está sometida a mortalidad. En este caso se refiere al año anterior al censo.

(15-19 años) y en las edades mayores a 35 años. En las primeras no se declararía bien por tratarse de un tema sensible, ya sea por ser una mujer soltera o por ocultar el embarazo en el caso de una joven, mientras que en las mujeres mayores por un problema de omisión de hijos nacidos hace muchos años y que probablemente fallecieron a una corta edad. En ese caso las parideces medias que tendrían el nivel de la fecundidad estimada como correcta estarían entre los 20 y los 35 años.

4.2 La razón P/F

En ese contexto, la primera etapa del procedimiento es calcular con las $f(i)$ acumuladas por edades, lo que sería un valor equivalente a la paridez media suponiendo que la fecundidad en todas las edades es la del año anterior al censo²². A este valor sintético lo denominamos $F(i)$, el que sería igual a $P(i)$ si los datos fueran correctos y la fecundidad fuera constante durante los 35 años anteriores al censo. De esta manera, un método de evaluar los errores y el supuesto de fecundidad constante sería a través del análisis de la tendencia del cociente $P(i)/F(i)$ (gráfico VI.1).

$P(i)$ y $F(i)$ serían iguales en el caso de que la fecundidad se hubiese mantenido constante en los últimos treinta y cinco años y si no hubiese errores en la recolección de los datos. Las diferencias por una u otra causa entre ambas medidas pueden ser examinadas a través de la relación empírica $P(i)/F(i)$ (cuadro VI.2, columna 7), la cual de cumplirse las condiciones mencionadas sería igual a 1 para todos los grupos de edades. El comportamiento de $P(i)/F(i)$ con la edad de las mujeres se apartaría de la unidad, ya sea por el no cumplimiento de los supuestos y/o por los errores que pudieran afectar a la estimación de cada uno de sus componentes. En el caso más probable de que la fecundidad esté descendiendo, la tendencia de este cociente sería creciente con la edad. Esto último ocurriría por efecto de que la $P(i)$ de edades superiores reflejaría el promedio de hijos de un pasado más lejano de fecundidad más alta, mientras que se espera que en los grupos de edades jóvenes la relación sea más cercana a la unidad. Esta sería la situación de Nicaragua, según se observa en la columna 6 del cuadro VI.2 y en el gráfico VI.1.

CUADRO VI.2
NICARAGUA: ESTIMACIÓN DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDADES Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD A PARTIR DE PREGUNTAS RETROSPECTIVAS, CENSO DE 2005

Grupos de edad	Índice	Paridez media	Tasa de fecundidad	Paridez sintética	Razón	Tasas de fecundidad	
						convencional	corregida
	i	P (i)	f(i)	F(i)	P (i)/F(i)	f (i)	fl (i)
1	2	3	4	5	6	7	8
15-19	1	0,24	0,091	0,208	1,168	0,1077	0,1179
20-24	2	1,04	0,150	0,897	1,155	0,1477	0,1616
25-29	3	1,96	0,132	1,616	1,215	0,1291	0,1412
30-34	4	2,83	0,096	2,172	1,301	0,0918	0,1004
35-39	5	3,59	0,056	2,527	1,423	0,0525	0,0575
40-44	6	4,29	0,022	2,696	1,590	0,0196	0,0214
45-49	7	5,08	0,005	2,755	1,842	0,0040	0,0044
Tasa global de fecundidad						2,76	3,02

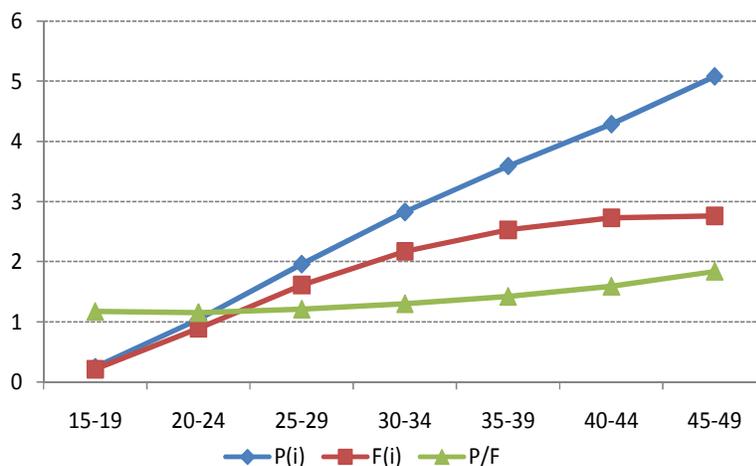
Fuente: Cuadro VI.1

Nota: Factor de corrección propuesto por Hill: $(P(2)/F(2)) - ((P(3)/F(3)) - (P(2)/F(2))) = 1,09$

²² Para obtener el valor $F(i)$ es necesario hacer una interpolación a los valores acumulados de las tasas $f(i)$, para que representen la mitad del intervalo quinquenal de edades, en lugar del punto superior del mismo (Naciones Unidas, 1983).

La corrección sugerida por el procedimiento clásico es de 1,155 tomando la razón de 20-24, o 1,185 si se promedia con el 1,21 de 25-29, lo que conduce a una tasa global de fecundidad de 3,2 hijos por mujer. Además, se aplicó un procedimiento, propuesto por Hill et al (2001), para derivar un factor de corrección extrapolando la estimación correspondiente a 2,5 años antes del censo, y así corregir por el efecto de no cumplimiento del supuesto de fecundidad constante. Este factor se obtiene como $(P(2)/F(2)) - ((P(3)/F(3)) - (P(2)/F(2)))$ y conduce a una corrección de 1,09 y la tasa global de fecundidad de 3,0 hijos por mujer. El resultado, tal como se espera, es de una tasa menor, ya que la forma clásica de corregir sobrestima la corrección al ser creciente la razón hasta valores muy altos, lo que indica una fuerte baja de la fecundidad en Nicaragua. Esto corrobora el hecho de que el orden de magnitud de la tasa global de fecundidad de Nicaragua, en esos años, era aproximadamente de 3 hijos por mujer, para lo que los datos crudos del censo se corrigieron en aproximadamente un 10 por ciento. Esta conclusión es coherente con dos encuestas especializadas, una que estimó para el año 1998 en 3,6 y otra para 2001 en 3,2²³.

GRÁFICO VI.1
NICARAGUA: PARIDEZ MEDIA RETROSPECTIVA P(i), SINTÉTICA F(i) Y RAZÓN P/F POR GRUPOS
QUINQUENALES DE EDAD, CENSO DE 2005
(número de hijos por mujer)



Fuente: cuadro VI.2

Nota: La escala de la ordenada del gráfico se refiere a hijos por mujer en el caso de la paridez y al factor de corrección en el caso de la razón P/F.

Con estas estimaciones de fecundidad se está en condiciones de corregir los nacimientos. La manera más sencilla es corregir los nacimientos del último año declarados en el censo, utilizando el factor P/F, lo que conlleva el supuesto de que dicho valor se aplica solamente a los nacimientos que son el numerador de las tasas de fecundidad. En ese caso, el supuesto implícito es que los censos no tienen problemas de cobertura. Una posibilidad más laboriosa, pero que de todas maneras se hace necesaria, es trabajar con la conciliación censal para establecer una población corregida, y de esa manera calcular los nacimientos multiplicando las tasas de fecundidad estimadas por la población femenina también corregida.

De esta aplicación se sacarían dos lecciones importantes: a) que en países que no disponen de datos confiables, el censo es un instrumento válido para obtener una estimación del orden de magnitud de la variable en estudio, pero no se puede esperar precisión; y b) que este tipo de datos recogidos por censos y encuestas no pueden ser usados por usuarios no capacitados, puesto que se requiere del manejo

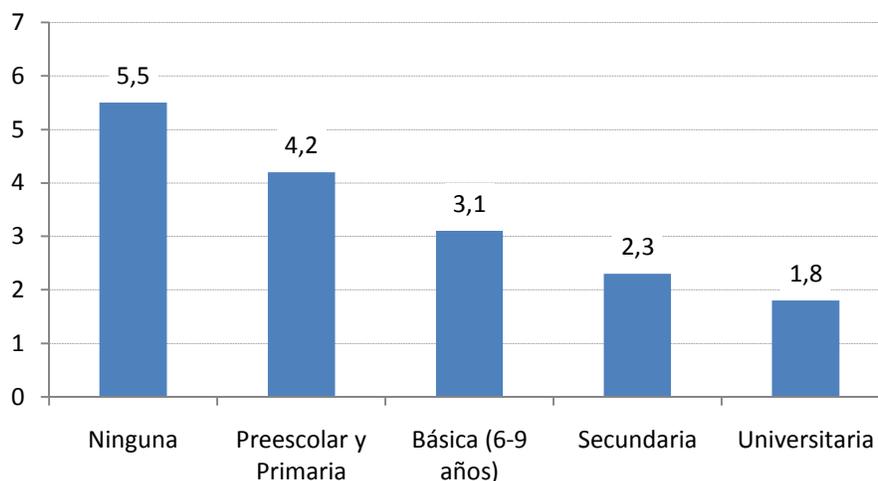
²³ ENDESA1998 y 2001.

de técnicas de evaluación y estimación, por lo que habría que considerar la utilidad de distribuir este tipo de información, sin advertir de dicha situación.

4.3 El potencial de los diferenciales

El gráfico VI.2 es una muestra elocuente de las posibilidades de explotación de las preguntas retrospectivas en los censos. Haití es un ejemplo de un país que dispone de estadísticas vitales de muy mala calidad y por lo tanto se tiene que recurrir al censo para tener alguna estimación del orden de magnitud de sus parámetros demográficos, así como en otros campos. Haití es un país con una tasa global de fecundidad de 4 hijos por mujer, según el censo y otras encuestas especializadas, pero en el gráfico se aprecia que hay una brecha muy grande si lo referimos al nivel de instrucción. Pero gracias al censo, además de las diferencias en el indicador, se sabe que las mujeres sin instrucción más aquellas con educación preescolar y primaria constituyen un 67 por ciento que tiene más de 4 hijos, mientras que el grupo con una fecundidad similar a países desarrollados (1,8 hijos) constituyen solamente el 1 por ciento del total de mujeres en edad fértil. Las primeras son aproximadamente 1,5 millones de mujeres y las universitarias algo más de 25.000, aunque también se acerca a una fecundidad del nivel de reemplazo el segundo grupo con mayor estudio, que representa un 16 por ciento. De todas maneras, estos análisis que permite realizar un censo -a pesar de que la información debe ser rigurosamente evaluada- no es posible lograrlos con encuestas, porque requiere de muestras muy grandes.

GRÁFICO VI.2
HAITÍ: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE, CENSO DE 2003
(número de hijos por mujer)



Fuente: IHSI, UNFPA Y CEPAL/CELADE (2007)

Dada la posibilidad de trabajar con estos datos, nuestra sugerencia es que aquellos países que tienen buenas estadísticas vitales tendrían dos motivos para pensar en incluir estas preguntas. Por un lado, disponer de una fuente independiente de las estimaciones de nacimientos, y muertes, para evaluar los registros; al tiempo que facilita la realización de estudios desagregados con la identificación que permita hacer el censo, para apoyar la formulación y seguimientos de políticas referidas a grupos vulnerables. Un motivo adicional que surge de esta propuesta es la derivación de preguntas adosadas a la de los hijos tenidos, por ejemplo para averiguar donde fue atendido el parto, quién atendió y si se registró el nacimiento.

4.4 La fecundidad adolescente: un subproducto a evaluar

Como se aprecia en el cuadro VI.2, el procedimiento tiene como productos las tasas de fecundidad por edades y la tasa global de fecundidad correspondiente. En ese sentido, la tasa correspondiente a las mujeres menores de 20 años corresponde a la fecundidad adolescente, un tema que forma parte de las prioridades en materia de salud reproductiva, por la significación social que tiene para la madre y el hijo. En primer lugar, basta hacer una búsqueda de la literatura disponible, para apreciar una extensa explotación de esta información, lo que sin duda revela una sentida demanda. En los estudios generalmente se aprecia la ventaja del censo para desagregar la información según estratos sociales de diversa forma, hecho que es muy complejo realizarlo con las estadísticas vitales.

Sin embargo, como ya mencionamos al analizar las preguntas retrospectivas para estimar la fecundidad, se trata de un tramo de edades que presenta varios desafíos relacionados con problemas de la información, algunos de los cuales se listan a continuación:

- i) Hay algunos países que preguntan a partir de los 15 años y pierden información de niñas menores de esa edad. Sin embargo, cada vez más se está preguntando desde los 12 y 13 años.
- ii) En general, se aprecia un porcentaje más elevado de falta de respuesta en esas edades, con un comportamiento que tiende a descender en las edades superiores. Eso puede estar ligado a que se relaciona con la actividad sexual de jóvenes, generalmente solteras, lo que se considera un tema privado y sensible.
- iii) Si bien el censo presenta una gran potencialidad al permitir el análisis de la fecundidad por edades simples, las edades a que nos estamos refiriendo pueden estar afectadas por errores en la declaración de la edad, fundamentalmente en mujeres y probablemente tendientes a agregarse años. Lo anterior podría estar en parte relacionado con la conducta sexual y reproductiva de las jóvenes.

En síntesis, dada la importancia social que surge de las estadísticas, aunque precarias, acerca del aumento de nacimientos provenientes de adolescentes y sus consecuencias, y considerando que para el censo no resulta ningún costo adicional, pues la pregunta de edad y de hijos ya viene siendo incorporada, se insta a seguir usando con mucho cuidado la información censal y analizando si hay alguna manera de mejorar la recolección de este dato.

4.5 Atención al parto e inscripción del nacimiento

Unos pocos países adosan a la pregunta de la fecha de nacimiento del último hijo, alguna pregunta relacionada con las condiciones que rodearon a ese parto (cuadro VI.7). Esa información puede ser de mucha utilidad para mejorar dichas condiciones, pero debe tenerse cuidado con el posible sesgo de selectividad de la respuesta. Entre las preguntas hechas alguna vez está el lugar donde se practicó el parto (establecimiento de salud, domicilio, otro lugar), el profesional que lo atendió (médico, enfermera, partera, la propia mujer, otra persona). Cabría constatar el uso que se ha hecho de estos datos en los pocos países que pusieron este tipo de opciones.

Vinculada a la pregunta del nacimiento del último hijo está la de si se practicó la inscripción en el registro civil (cuadro VI.12), como una forma de estudiar las características de aquellos hogares que son responsables de la no inscripción y también la búsqueda de algún factor de corrección de los datos de registros de nacimientos. En este caso sería interesante conocer la forma de utilización de los resultados obtenidos.

En la misma línea, hay países que requieren la información sobre la inscripción en el registro civil de todas las personas. También algunos pocos países preguntaron por la tenencia de documento de identidad a todas las personas del hogar, a veces ligada con la nacionalidad de la persona. Al respecto, las opciones podrían ser si tiene cédula nacional, extranjera o no tiene.

5. Estimación indirecta de la mortalidad en la niñez

5.1 La información básica

Para estimar la mortalidad en la niñez, la información más usada es la que proviene de los nacidos vivos declarados por las mujeres en edad fértil, y la de los hijos sobrevivientes al momento del censo. Estas dos preguntas ya se analizaron en la sección 3, y en ese sentido son válidos los comentarios hechos acerca de sus limitaciones y planteos respecto a qué aspectos incluir y cómo diagramar en el cuestionario. Sigue siendo válido, y probablemente con mayor razón, el interés y la posibilidad de anotar los nacimientos y los hijos sobrevivientes de hombres y mujeres separados, así como los argumentos en pro y en contra de hacerlo. También están presentes los problemas de memoria por tratarse de hechos del pasado y las omisiones, sean deliberadas o no, que afectan las declaraciones de mujeres en las edades extremas del período reproductivo.

Como se mencionó antes, para determinar la mortalidad en la niñez también se recurre a un procedimiento de estimación indirecta, que fue originalmente desarrollado por Brass (1974), y que posteriormente fue modificado por Trussell (1975), además de otras aproximaciones que se detallan en el Manual X de Naciones Unidas (1983). La información básica que se requiere es:

- i) Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad por grupos quinquenales (N_i), siendo $i=1$ para el grupo 15-19, $i=2$ para 20-24, ..., $i=7$ para 45-49.
- ii) Número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres para los mismos grupos quinquenales de edad (HNV) $_i$.
- iii) Número de hijos sobrevivientes (HS) $_i$ o fallecidos (HF) $_i$ de los nacidos vivos declarados por las mujeres para los mismos grupos de edades.

La experiencia de la región es muy amplia respecto a estas preguntas, que al igual que las de fecundidad. En ese sentido, todos los países, a excepción de uno, las incluyeron en los censos de las décadas de 1990 y 2000 (cuadro VI.8).

5.2 Desarrollo del procedimiento

De una manera directa se puede calcular un primer indicador de mortalidad en la niñez, la proporción de hijos muertos de los hijos tenidos por las mujeres de cada grupo quinquenal, dentro del período fértil:

$$D(i) = (HF)_i / (HNV)_i \text{ ó } D(i) = ((HNV)_i - (HS)_i) / (HNV)_i$$

En el cuadro VI.3 se presenta la información básica requerida y el cálculo de la proporción recién definida, usando para ello el ejemplo de la población indígena censada en Panamá en el año 2000 (Chackiel, 2005).

Esta proporción, así como la $P(i)/F(i)$ en la fecundidad, puede dar algún indicio de problemas en la información, pues tiene un patrón de comportamiento esperado según la edad de la madre. En la medida que se consideran madres mayores, se refieren a niños más grandes, por lo que las proporciones $D(i)$ tienen que ir creciendo, dado el hecho de que aumenta el tiempo en que están expuestos al riesgo de morir. Así, cualquier irregularidad en su tendencia creciente debe evaluarse el porqué se produce.

CUADRO VI.3
PANAMÁ: POBLACIÓN FEMENINA INDÍGENA, HIJOS NACIDOS VIVOS, HIJOS SOBREVIVIENTES Y
PROPORCIÓN DE HIJOS MUERTOS POR GRUPO DE EDAD DE LAS MUJERES, CENSO DE 2000

Grupos de edad	Índice	Número de mujeres indígenas	Hijos nacidos vivos	Hijos sobrevivientes	D(i)
1	2	3	4	5	7
15-19	1	15.310	8.238	7.841	0,04819
20-24	2	12.311	23.378	21.797	0,06763
25-29	3	10.813	35.192	32.678	0,07144
30-34	4	8.135	36.542	33.603	0,08043
35-39	5	6.750	36.037	32.770	0,09066
40-44	6	5.786	35.451	31.417	0,11379
45-49	7	4.041	26.601	22.972	0,13642

Fuente: Chackiel (2005)

Si bien éste es un indicador de la mortalidad de niños, tiene dos dificultades que el procedimiento de estimación supera.

- i) D(i) no es una medida convencional de la mortalidad, por lo que no sería fácil utilizarla.
- ii) D(i) está referido a la edad de las madres, es decir proporción de hijos actualmente vivos, de los nacidos vivos de mujeres de edad i. En ese sentido, la intención original de Brass (1974) fue constatar la existencia de una asociación entre esa proporción para cada edad, con la probabilidad de morir de los niños desde el nacimiento hasta una edad x determinada q(x).

Luego, mediante modelos estadísticos, Brass encontró una relación de este tipo:

$$q(x) = k(i) \times D(i)$$

$$(1) q(1) = k(1) \times D(1)$$

$$(2) q(2) = k(2) \times D(2)$$

$$(3) q(3) = k(3) \times D(3)$$

$$(4) q(5) = k(4) \times D(4)$$

$$(5) q(10) = k(5) \times D(5)$$

$$(6) q(15) = k(6) \times D(6)$$

$$(7) q(20) = k(7) \times D(7)$$

En ese sentido, k(i) es un factor muy próximo a uno que permite transformar las proporciones de niños muertos de mujeres de edad i en las probabilidades de morir del nacimiento hasta una edad exacta x. El valor de k(i) depende fundamentalmente de la estructura de la fecundidad por edades, en el sentido de que cuando más temprano tenga una mujer sus hijos, mayor será el tiempo de exposición al riesgo de morir de ellos²⁴. De esta manera se obtienen los valores de D(i) y las q(x), que son las probabilidades de morir desde el nacimiento hasta la edad 1, 2, 3, 5, 10, 15, y 20 (cuadro VI.4, columna 6). Ahora bien, como cada una de esas probabilidades se refiere a hijos de madres de distintas edades, son representativas de un momento diferente en el tiempo, por lo que también se propone el cálculo de la fecha aproximada de vigencia de cada probabilidad (columna 4 del cuadro VI.4), que depende también

²⁴ Este factor se calcula mediante un modelo desarrollado por Trussell (1975), entrando con los valores de P(1)/P(2) y P(2)/P(3), que son parámetros de la estructura inicial del comienzo de la fecundidad.

de cuán temprana o tardía es la fecundidad. Por ello, Trussell (1975) propone modelos de regresión a los que se entra con los mismos parámetros mencionados en la llamada 13.

Como este trabajo tiene por propósito analizar la experiencia de la región en el uso de los censos para estimar, entre otras cosas, la fecundidad y la mortalidad en la niñez, es del caso destacar por un lado la necesidad de que la información recogida sea utilizada por usuarios especializados en estos procedimientos, así como la interacción que existe entre las variables, cuya información tiene importancia para la estimación de las demás. Un ejemplo de lo anterior es el uso de las razones de la paridez media para la aplicación de la mortalidad de niños, como una forma de tomar en cuenta si el comienzo de la fecundidad es más o menos tardío.

Si bien se lograron estimaciones de probabilidades de morir de niños para distintos momentos en el tiempo, todavía no es posible tener una tendencia, pues cada probabilidad cubre un rango de edades distintas. Para ello es necesario un paso adicional, que consiste en transformarlas en una medida equivalente comparable. La solución es sencilla, pues se trata de usar modelos de mortalidad disponibles y desde $q(1)$ a $q(20)$ derivar una medida común, como por ejemplo la probabilidad de morir hasta el primer año de vida, es decir, la mortalidad infantil (cuadro VI.4, columna 8). El modelo generalmente utilizado es el de Coale y Demeny (Naciones Unidas, 1983) en una de sus cuatro familias, que indican patrones de mortalidad diferentes, por lo que hay que seleccionar el que es más apropiado. En caso de no tener indicios para seleccionar, se toma el modelo Oeste, por representar un promedio mundial. En el gráfico VI.3 se presenta un resultado de lo estimado para Panamá con el censo de 2000.

CUADRO VI.4
PANAMÁ: POBLACIÓN INDIGENA, MÉTODO DE ESTIMACIÓN DE LAS PROBABILIDADES DE MORIR EN LA NIÑEZ A PARTIR DE PREGUNTAS RETROSPECTIVAS, CENSO DE 2000

Grupos de edad	Índice	D (I)	K (I)	Edad X	q (x)	Fecha	q (1)
1	2	3	4	5	6	7	8
15-19	1	0,04819	0,8215	1	0,03959	Nov, 1998	0,03959
20-24	2	0,06763	0,9499	2	0,06424	Abr, 1997	0,05560
25-29	3	0,07144	0,9593	3	0,06853	Mar, 1995	0,05560
30-34	4	0,08043	0,9891	5	0,07955	Ene, 1993	0,05918
35-39	5	0,09066	1,0140	10	0,09193	Jul, 1990	0,06215
40-44	6	0,11379	1,0038	15	0,11422	Ene, 1988	0,07116
45-49	7	0,13642	0,9955	20	0,13581	Mar, 1985	0,07687

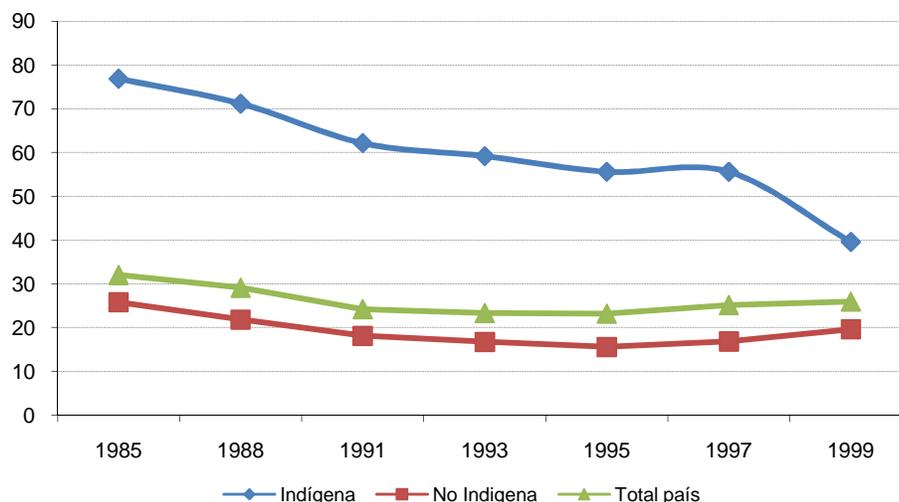
Fuente: Cuadro VI.3

Nota: $P(1)/P(2) = 0,2834$; $P(2)/P(3) = 0,5835$. Para la determinación de las columnas (4), (7) y (8) se utilizó la familia Oeste de Coale y Demeny.

Aunque no son indicadores muy usados, hay quienes prefieren derivar de las distintas $q(x)$ el valor de $q(2)$ o $q(5)$, dado que los resultados son más robustos. El último de los valores mencionados, tiene ventajas adicionales, por ser un indicador que desde hace algunos años está siendo utilizado por el sistema de Naciones Unidas para la fijación de metas de reducción de la mortalidad en la infancia y el seguimiento de las mismas.

GRÁFICO VI.3
PANAMÁ: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN POBLACIÓN TOTAL, INDÍGENA Y NO INDÍGENA,
1985-2000

(número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos)



Fuente: Elaboración del autor a partir de bases de microdatos censales, con REDATAM

5.3 Los problemas encontrados en las aplicaciones

La búsqueda de una estimación de la tendencia de la mortalidad en la niñez a través de estos datos tiene algunas restricciones que involucran fundamentalmente a las edades extremas.

- i) Los grupos de edades mayores tienen dificultades con la declaración de los hijos nacidos vivos y de los hijos muertos, lo que se relativiza por el hecho de que el cálculo de $D(x)$ afecta tanto el numerador como el denominador. Pero esta compensación es sólo parcial, pues es probable que las declaraciones de hijos muertos sean proporcionalmente mayores que la de hijos nacidos vivos, ya que puede haber una tendencia a no declarar a los hijos que han fallecido, sobre todo si ocurrió a pocas horas o días de nacer. Este tipo de errores se notaría en una subestimación de proporción de hijos muertos en las edades superiores, considerando que muchos casos se ubican en un pasado más lejano.
- ii) Las adolescentes, por los argumentos ya mencionados, pueden presentar problemas de declaración de la información. En primer lugar porque el nacimiento y la muerte son temas sensibles y socialmente puede existir una tendencia a no declarar los eventos. También aquí está presente el problema de la aleatoriedad del resultado por ser un número de casos, que aunque importante por sus consecuencias sociales, se pueden considerar estadísticamente escasos. Probablemente eso es lo que se ve en el gráfico VI.3, que muestra para la población indígena de Panamá una tendencia errática en el caso de los dos grupos de edad más jóvenes.
- iii) Adicionalmente, el procedimiento tiene un supuesto que no se cumple estrictamente, el cual refiere a que la mortalidad que se logra de cada grupo de edad es representativa de todas las edades. Ello puede ser así en el caso del final del período fértil en que las mujeres han atravesado todas las edades. Sin embargo, en el grupo 15-19 y en parte 20-24 de madres jóvenes, solamente recogen una experiencia de mortalidad relativamente más elevada, probablemente por razones biológicas y sociales. En ese caso, suele apreciarse en el resultado una mortalidad mayor, tal como se aprecia para no indígenas y el total del país.

5.4 Cómo seleccionar los resultados más confiables

Si bien las estimaciones indirectas sólo pretenden dar un orden de magnitud del indicador deseado, no es indiferente la selección que se hace del resultado más apropiado. En este caso particular, dadas las restricciones antes descritas, se han considerado los siguientes resultados como los más robustos:

- i) El Programa de Investigación de la Mortalidad Infantil en América latina (IMIAL), llevado a cabo por el CELADE durante varios años (Behm. y Primante, 1978), hizo una extensa explotación de los censos de la región considerando los diferenciales socioeconómicos, demográficos y étnicos. El indicador seleccionado fue la probabilidad de morir hasta los dos años de vida obtenida a partir de la información de mujeres de 20-24 a 30-34 años, la que se supone es una edad más confiable, aunque en promedio se refiere a unos 5 años antes del censo.
- ii) Otra posibilidad sería utilizar el promedio de las estimaciones de la $q(1)$ ó $q(5)$, por ejemplo, que provienen de hijos de mujeres de 20-24 y 25-29. Eso se haría para que no esté todo el peso en una edad muy joven de madres que pueda sobrestimar la mortalidad en la niñez, aunque ello signifique que la mortalidad estimada corresponda a aproximadamente un año más atrás (unos cuatro años antes del censo).
- iii) Finalmente, se está utilizando la tendencia estimada a través de $q(1)$ o $q(5)$, pero solamente entre las edades más confiables, lo que excluye definitivamente las que provienen de 15-19 y en algunos casos 20-24, además de la posible subestimación de las provenientes de 35 años en adelante (gráfico VI.4).

De acuerdo a los resultados de la última columna del cuadro VI.4, la mortalidad infantil de la población indígena de Panamá para 1996 es de 56 por mil nacidos vivos²⁵. Luego, para tener el número absoluto de defunciones infantiles o de menores de 5 años de edad, se aplicaron las probabilidades estimadas a los nacimientos corregidos del período, con lo que se podría calcular el subregistro de las estadísticas vitales (Tacla, 2009).

5.5 La tendencia a más largo plazo

No hay que perder la perspectiva de que lo que se obtiene es el orden de magnitud de la mortalidad infantil o en la niñez, pues sus aplicaciones usualmente se utilizan debido a que no se dispone de mejores datos, o bien para estudiar diferenciales entre sectores identificables en los censos. El gráfico VI.4, que utiliza datos de cuatro censos de Chile, muestra claramente que en ese caso los censos no pueden suplantar a las estadísticas vitales para estimar su mortalidad infantil. Sin embargo, se puede apreciar que a grandes líneas, sobre todo las edades jóvenes, son bastante coincidentes con la tendencia general, exceptuando el tramo de edad 15-19 en los censos de 1982 y 1992²⁶.

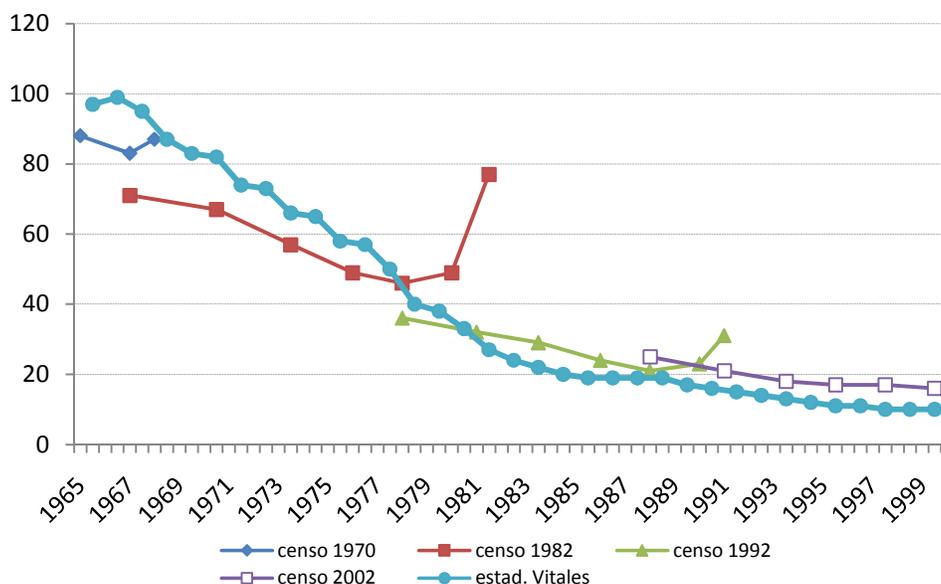
Si solamente se desea obtener la estimación nacional, se podría en este caso no utilizar las preguntas del módulo sobre fecundidad y mortalidad en la niñez en Chile, pero la riqueza de la pregunta no es menor si se considera la posibilidad de estudiar la mortalidad en la niñez por áreas geográficas pequeñas o por estratos sociales identificando, por ejemplo, los grupos vulnerables construidos con otras variables del censo.

²⁵ Se adoptó el criterio de promediar las estimaciones provenientes de mujeres de 20-24 y 25-29.

²⁶ Para el censo de 1970 se dispuso solamente de los tres puntos informados por mujeres de los 3 grupos quinquenales de edades considerados más confiables (20 a 34 años).

GRÁFICO VI.4
CHILE: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, ESTIMADA A PARTIR DE CENSOS Y ESTADÍSTICAS
VITALES, 1965-2000

(número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos)

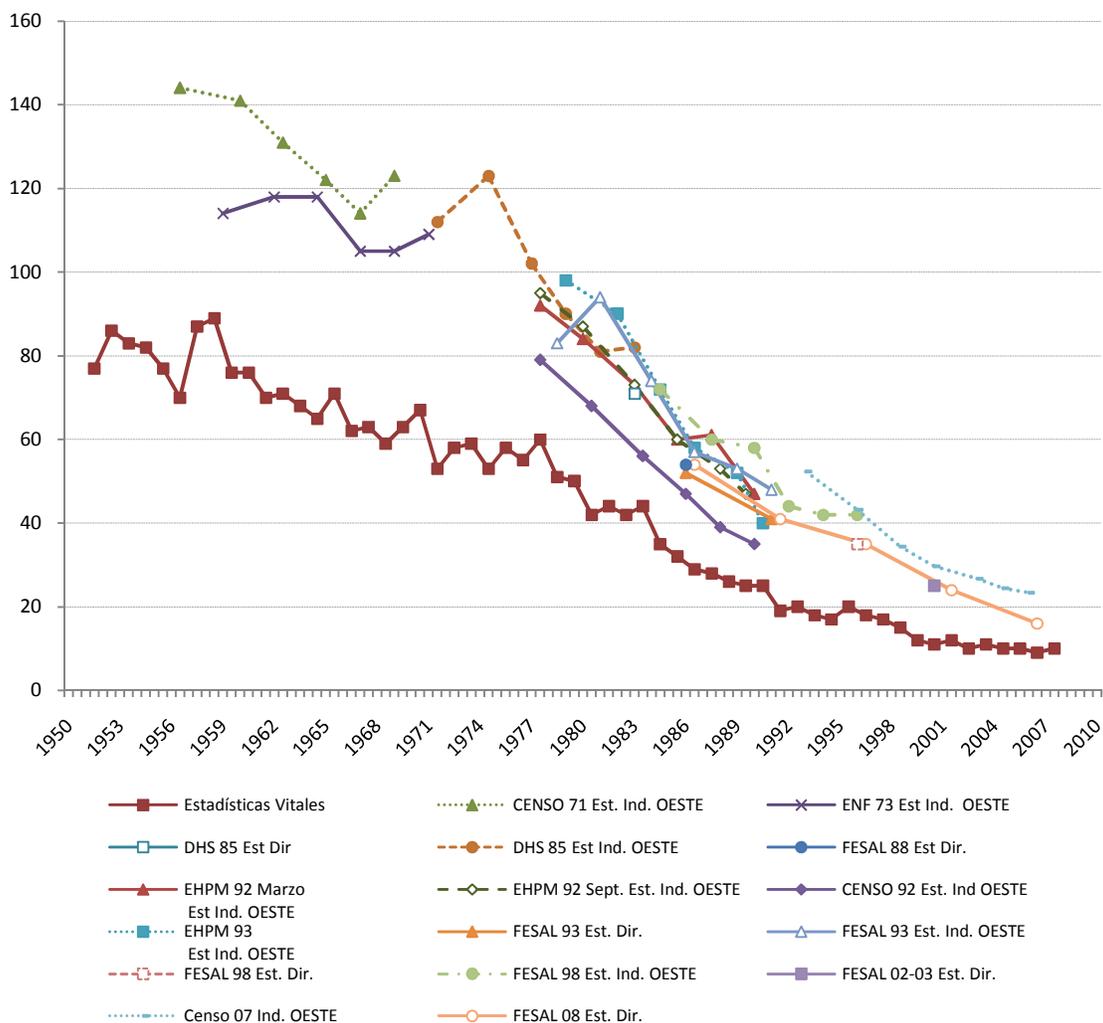


Fuente: CEPAL/CELADE e Interagency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, OMS, Banco Mundial, PNUD), [en línea] www.childmortality.org

En el gráfico VI.5 se presenta el caso de El Salvador que, en contraste con Chile, posee estadísticas vitales incompletas. En dicho caso se puede observar que los procedimientos indirectos dan estimaciones superiores a las estadísticas vitales, las que podrían utilizarse para preparar estimaciones ajustadas, dejando de lado los casos muy desviados como las estimaciones especialmente bajas del censo de 1992. También se puede apreciar una tendencia convergente, que sin duda puede deberse a una real caída de la mortalidad infantil, y en parte a variaciones de la calidad de los registros en la captación de muertes de niños. En el período analizado el censo ha podido registrar una diferencia de la mortalidad infantil de 80 por mil aproximadamente en estadísticas vitales, a 140 a partir de métodos indirectos, y valores menores que 20 en los últimos años de este siglo. Sin embargo, según se aprecia de la comparación de los registros con el censo de 2007, aún persisten las diferencias relativas.

GRÁFICO VI.5
EL SALVADOR: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, ESTIMADA A PARTIR DE CENSOS Y
ESTADÍSTICAS VITALES, 1950-2010

(número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos)



Fuente: CEPAL/CELADE e Interagency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, OMS, Banco Mundial, PNUD), [en línea] www.childmortality.org

5.6 Una alternativa atractiva pero todavía inconducente

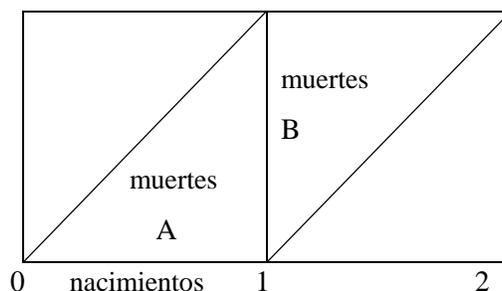
Como se mencionó en la sección 3, en que se analizaron las preguntas retrospectivas, varios países han intentado obtener una estimación rápida y actual de la mortalidad en la infancia a partir de la pregunta sobre la fecha del último nacido vivo y sobrevivencia de los nacidos en el último año antes del censo. Esta aproximación, de funcionar, nos daría la tasa de mortalidad infantil actual, que en las tres últimas décadas de censos 8 países han incorporado las preguntas pertinentes.

El simple cociente entre el número de hijos sobrevivientes y los nacimientos del último año nos entrega el cálculo de una probabilidad de morir parcial durante el primer año de vida, que corresponde a la exposición al riesgo de muerte de los nacidos en un año, durante lo que sigue del mismo año. Es decir,

como se ve en el esquema siguiente, si el censo ocurrió en el momento 1, los que tienen 1 año de edad están representados por la línea divisoria entre los triángulos A y B:

Los nacimientos del último año se representan por la línea entre 0 y 1, y las defunciones ocurridas en el año anterior al censo son los que fallecieron en el triángulo A. Para tener todas las muertes menores de un año de nacidos entre 0 y 1 faltarían los que fallecieron en el triángulo B. A representa predominantemente a muertes neonatales y B a postneonatales, y según sea la mortalidad del país tienen proporciones relativamente conocidas²⁷. Luego, conocidas las muertes A, se pueden calcular las B y tener la probabilidad de morir en el primer año de vida como la relación:

$$q(1) = \text{defunciones (A+B)} / \text{nacimientos (0,1)}$$



Sin embargo, a pesar de que los países han confiado en esta información, no hay conocimiento de resultados medianamente aceptables, debido a que las repuestas a la sobrevivencia del último hijo están muy subestimadas, probablemente por las razones expuestas en la sección 3.

6. Estimación indirecta de la mortalidad adulta

Para la mortalidad adulta, los censos de la década de 2000 recabaron la siguiente información (véase el cuadro VI.8)

- i) Una pregunta que se ha hecho, dirigida a todas las personas, es si está su madre viva al momento de la entrevista (para estimar la mortalidad adulta femenina).
- ii) En la sección sobre el hogar, se pregunta el número de fallecidos en un período de referencia relativamente breve, y algunas características, tales como sexo y edad.

Las preguntas sobre mortalidad adulta aquí mencionadas tienen sus propias características, si bien les caben algunos de los comentarios que se expresaron en la sección 3 sobre las preguntas retrospectivas de fecundidad y mortalidad en la niñez. Estas últimas serán retomadas y ampliadas al presentar los procedimientos de estimación.

6.1 Estimación de la mortalidad adulta femenina a partir de la pregunta sobre orfandad materna

La información acerca de orfandad materna se inscribe entre las preguntas retrospectivas clásicas, acerca de la sobrevivencia de algún pariente cercano, tal como la de hijos y de una serie de otros ejemplos (padre, esposo y esposa y abuelos entre otros) que se han probado en censos y múltiples encuestas en la segunda mitad del siglo XX. Se podría decir que la pregunta de orfandad materna, que se expresa como “¿Está la madre de.....viva? fue, después de hijos sobrevivientes, la más promisoría por ser quizás la

²⁷ En la simbología de las tablas de mortalidad lo que acá llamamos muertes A, se denominan “alfa” y lo que indicamos como B son las muertes “delta”. A la proporción de muertes delta sobre el total de defunciones de menores de un año se llama factor de separación (fo) y es variable según el nivel de la mortalidad (Ortega, 1982).

persona más cercana de quien se conoce generalmente su condición de supervivencia, así como por aquello de que “madre hay una sola”.

En los censos de las décadas de 1980, y sobre todo de 1990, esta pregunta cobró gran interés y expectativa, ya que se incluyeron en 7 y 10 censos respectivamente (Hakkert, 2002); sin embargo, sólo tres censos de la década del 2000 la tuvieron presente en su cuestionario (cuadro VI.8). En las recomendaciones de Naciones Unidas (2008), la pregunta sobre orfandad de madre y padre está recomendada sólo como tópico adicional, constatando que hay países que la incluyen para tener una alternativa de estimación indirecta de la mortalidad adulta. El indicador directo que se calcula con la información de personas que tienen su madre viva, es la proporción de hijos e hijas que tienen su madre viva, clasificadas por grupos de edades. Se insiste en el hecho de que se trata de la madre biológica, pues pueden darse muchos casos que reporten equivocadamente acerca de la madre por adopción.

Brevemente, el procedimiento consiste en transformar las proporciones con madre viva, en indicadores de la tabla de mortalidad, que expresan la probabilidad de sobrevivir desde los 25 años hasta 25 +N, siendo N = 20 para el grupo 15-19, N=25 para 20-24, ..., N=50 para 45-49²⁸. Uno de los temas que se encaró con posterioridad al desarrollo original del procedimiento (Brass, 1974) fue la adjudicación del momento en el tiempo que correspondería a cada estimación. Los creadores del procedimiento y sus variantes, determinan el tiempo a que hay que asignar la probabilidad de sobrevivir de las madres, en base a regresiones, por ejemplo entrando con la edad media de las madres al tener sus hijos.

En CELADE, que tuvo la oportunidad de analizar varias encuestas, se incluyó una pregunta adicional a los que tenían su madre fallecida, que fue la fecha de fallecimiento, así se obtuvo un dato directamente del terreno (Chackiel y Orellana, 1985).

De todas maneras, los resultados no han sido convincentes, por lo que parece oportuno enumerar una serie de errores y sesgos que presentan los datos censados:

- Un primer sesgo importante es que lo que se obtiene son las estimaciones de mortalidad que representan a mujeres que son madres, y no a todas las mujeres.
- Otro sesgo presente es la posible asociación de las muertes de madres e hijos, que son los informantes. Podría ser que fuera más probable que los hijos sobrevivientes tuvieran a su madre también con vida, ya sea por razones genéticas o de condiciones de vida. Esto es más notorio en las edades mayores, pues habría menos hijos para informar sobre la condición de la madre.
- También se puede producir el sesgo de sobre representación de aquellas madres que han tenido más hijos en el país, pues en ese caso habría más informantes que responden sobre ellas, lo que puede estar asociado a la mortalidad de las que tuvieron más alta fecundidad.

Algunos de estos sesgos, pueden superarse con preguntas adicionales, de modo de evitar la duplicación de informantes preguntando al entrevistado si es el hijo o hija mayor con vida. De todas maneras, estas respuestas pueden estar afectadas por otros sesgos. Como resultado de los problemas que experimentan estas estimaciones, y dado que los estimadores más confiables se ubican a muchos años antes del censo, y que en algunas culturas está muy presente la adopción y la posibilidad de informarlo como hijo biológico, se continuaron buscando otras alternativas, como la que se indica en el punto siguiente.

6.2 Información sobre muertes ocurridas en el hogar en un período de referencia (por ejemplo, 12 meses antes del censo)

La sentida demanda por tener información de la mortalidad por edades, en particular la que se obtiene de las preguntas sobre la mortalidad de parientes cercanos, condujo a otras alternativas. La más usada e investigada es la inclusión en el módulo del hogar de preguntas sobre defunciones ocurridas, en un período

²⁸ Estas probabilidades de sobrevivir se calculan con ecuaciones de regresión para cada grupo quinquenal de la población de 15 a 49 años (Naciones Unidas, 1983).

de referencia fijo, a personas que fueron miembros del mismo. En la década de 1990 se preguntó en 7 países (Hakkert, 2002) y en la del 2000 en 8 (cuadro VI.8), aunque en dos de los países la pregunta está formulada sólo para investigar la posible mortalidad materna, a través de la pregunta por alguna muerte en el hogar, si ésta fue mujer y si murió durante el embarazo, el parto o el puerperio. En otros tres países, el interés por las causas maternas surge de una derivación de las muertes ocurridas en el hogar.

A pesar de que en América Latina la experiencia con esta pregunta fue limitada en sus resultados, quizás por el hecho de que el método es aplicable con muertes incompletas de estadísticas vitales, las Naciones Unidas (2008) consideran que es posible recoger el dato sin errores serios. Además, existen procedimientos, como el que veremos a continuación, que permiten estimar indirectamente la mortalidad.

La información de las defunciones por sexo y edades (numerador), complementada con la población para las mismas categorías (denominador), constituyen los datos básicos para calcular las tasas centrales de mortalidad por edades para cada sexo, que luego permiten elaborar tablas de mortalidad con todas sus funciones (Ortega, 1982). Para ello, se recurre a las probabilidades de morir en los primeros años que puede obtenerse de las fuentes apropiadas ya analizadas. Pero, como nuestro interés está puesto en países con datos que tienen deficiencias, también en este caso se hace una serie de supuestos que permiten aplicar un procedimiento de corrección de las tasas de mortalidad adultas calculadas con los datos tal como vienen del terreno (Brass, 1977).

El supuesto más importante es que las tasas de mortalidad de todos los grupos de edades, a partir de una edad determinada de 5 años en adelante, están afectadas por un error proporcionalmente constante. Esto significa que la estructura por edades de las defunciones y de la población censada sería correcta, y que el nivel podría estar afectado por un error, que es el que se pretende estimar. Un aspecto interesante de este procedimiento es que es posible aplicarlo con defunciones provenientes de censos, pero también de estadísticas vitales. Por ello, solamente tendría validez incluir la pregunta en el censo, en los países que no disponen de buenos registros.

El segundo supuesto es que la población tendría un crecimiento constante en el tiempo y según la edad, y que la población es cerrada a las migraciones, lo que es parte del supuesto de que la población es de tipo estable. Estos supuestos, aparentemente muy rígidos, han llevado a estudios de robustez del método y también al desarrollo de variantes que son menos exigentes en sus supuestos, pero más complejos de aplicarlos y a veces de interpretarlos (Naciones Unidas, 1983).

6.3 El procedimiento

El nombre en inglés del procedimiento es “Growth balance equation”, es decir, una ecuación del crecimiento:

$$r = b - d$$

(Tasa de crecimiento igual a tasa de natalidad menos tasa de mortalidad. No se incluye tasas migratorias porque el supuesto es de migración nula).

Esta ecuación se puede escribir de la siguiente manera: $b = r + d$

Lo que es igual a: $B/N = r + D/N$, siendo B, D y N los nacimientos, D las muertes y N la población total.

Ahora bien, podríamos expresar en general esta ecuación para una población de x y más años de edad; es decir, que las tasas de natalidad y de mortalidad serían tasas parciales de entrada y salida de esa población. La ecuación quedaría así:

$$N(x)/N(x+) = r + (D(x+)/N(x+))$$

Siendo, $N(x)$ – población a la edad x exacta²⁹
 $N(x+)$ – población de x y más años de edad
 r – tasa de crecimiento medio anual de la población de x y más años de edad
 $D(x+)$ – defunciones de x y más años de edad

Si consideramos datos reales, el factor de corrección por errores de cobertura de la población censada (c) y el de las defunciones (e) serían constantes con la edad. Esto implicaría que el factor de corrección de las tasas de mortalidad (f) también sería constante con la edad ($f = c/e$).

Con estos supuestos se llega a la ecuación fundamental del método:

$$N(x)/N(x+) = r + f D(x+)/N(x+)$$

Esta es una ecuación de una recta, cuyos coeficientes son la tasa de crecimiento de la población y el factor de corrección de las tasas parciales de mortalidad de x y más años ($x = 5, 10, 15, 20, \dots$). El significado de f es el siguiente:

- i) Si f es igual a 1 se refiere a que no hay errores, pero también puede ser que se compensen los errores de subregistro de defunciones con los de omisión censal, es decir que $c=e$.
- ii) Si f es mayor que 1, el factor de corrección de las defunciones es superior al del censo, resultado que es el generalmente esperado.
- iii) Si f es menor que 1, el resultado sería el inverso a (ii), es decir habría mayor omisión censal que porcentaje de no declaración de defunciones.

Si se grafican los puntos de la abscisa y la ordenada, se puede ajustar la recta de regresión y así estimar ambos valores. En el cuadro VI.5 y el gráfico VI.6 se presentan para la población indígena de Panamá, con datos del censo 2000, todos los valores necesarios para analizar en primer lugar si se alinean los puntos, antes de proceder al ajuste correspondiente.

Por medio del ajuste de la recta, por un procedimiento estadístico clásico³⁰, se logran las estimaciones de f y r . El factor de corrección resultante del ajuste es $f = 1.15$, lo que implica que hay una subdeclaración de las defunciones censadas que es superior a la omisión de población censada en las edades consideradas.

²⁹ Así como la población de edad exacta 0 puede considerarse como los nacimientos, la población de edad exacta x se pueden considerar como el contingente de entrada a la población de x y más años de edad. Su cálculo aproximado, sería $N(x) = (N(x-5, x-1) + N(x, x+4))/10$.

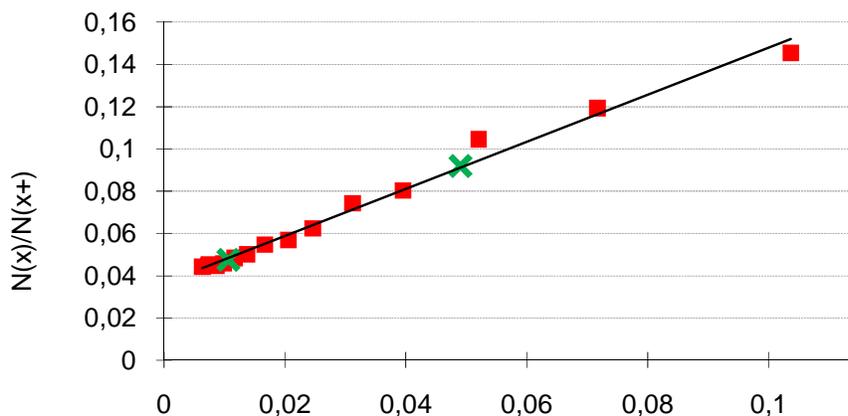
³⁰ El ajuste puede hacerse por mínimos cuadrados, aunque en esta aplicación se realizó por semipromedios.

CUADRO VI.5
PANAMÁ: POBLACIÓN INDÍGENA DE AMBOS SEXOS, MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS MUERTES PARA LA ESTIMACIÓN DE TASAS DE MORTALIDAD POR EDADES, CENSO DE 2000

Grupos de edad	N(X,X+4)	D(X,X+4)	N (X+)	D (X+)	N (x)	N(X)/N(X+)	D (x+)/N(x+)	Ajuste	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5-9	44 914	157	231 654	1 333					
10-14	37 449	68	186 740	1 176	8 236,3	0,04411	0,00630	0,04751	0,01061
15-19	29 919	73	149 291	1 108	6 736,8	0,04513	0,00742		
20-24	23 410	91	119 372	1 035	5 332,9	0,04467	0,00867		
25-29	20 464	64	95 962	944	4 387,4	0,04572	0,00984		
30-34	16 052	63	75 498	880	3 651,6	0,04837	0,01166		
35-39	13 642	55	59 446	817	2 969,4	0,04995	0,01374		
40-44	11 386	54	45 804	762	2 502,8	0,05464	0,01664	0,09186	0,04904
45-49	8 209	63	34 418	708	1 959,5	0,05693	0,02057		
50-54	8 121	81	26 209	645	1 633,0	0,06231	0,02461		
55-59	5 307	59	18 088	564	1 342,8	0,07424	0,03118		
60-64	4 956	98	12 781	505	1 026,3	0,08030	0,03951		
65-69	3 222	77	7 825	407	817,8	0,10451	0,05201		
70-74	2 269	88	4 603	330	549,1	0,11929	0,07169	0,14546	0,10368
75-79	1 126	52	2 334	242	339,5				
80 y más	1 208	190	1 208	190					
								f	r
								1,15	0,035

Fuente: Chackiel, 2005.

GRÁFICO VI.6
PANAMÁ: POBLACIÓN INDÍGENA, REGRESIÓN LÍNEAL DEL MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS MUERTES, CENSO DE 2000



Fuente: Cuadro VI.5.

La tasa de crecimiento resultante es relativamente alta, 0,035, pero en general éste no parece ser un método robusto para su estimación, tanto por el incumplimiento del supuesto de estabilidad, como por ser relativamente sensible a la selección de los puntos que se usen en el ajuste. Respecto a los problemas probables del procedimiento, se pueden hacer las siguientes consideraciones:

- i) Naciones Unidas (2008), señala que existe una subestimación esperada de las defunciones recogidas en los censos de población, la cual provendría de los hogares unipersonales y de aquellos que se disuelven, a veces producto del mismo fallecimiento, y por lo tanto no hay quien los declare.
- ii) Respecto al supuesto de población cerrada, Brass ha mencionado que habría una cierta compensación, porque la ausencia de población en el denominador se vería compensado por el hecho de que los migrantes se llevan consigo su deceso también a otros países.
- iii) El supuesto de estabilidad que más podría afectar el procedimiento serían los descensos fuertes de la fecundidad, lo que se notaría en los puntos correspondientes a las edades jóvenes. Según el Manual X (Naciones Unidas, 1983), la forma de examinar ese aspecto es observar si hay un alineamiento razonable de los puntos.
- iv) Otro aspecto que puede estar presente es el no cumplimiento del supuesto de errores constantes en todas las edades. Ello podría estar afectando tanto a las defunciones como a la población, y no se referiría solamente a las omisiones, sino que también podría jugar un papel distorsionador la mala declaración de la edad de las defunciones o de la población. Al menos la preferencia de dígitos no sería un problema muy serio porque se suaviza en la medida que se trabaja con poblaciones y defunciones acumuladas.
- v) Finalmente, suele ocurrir que la estimación de f sea sensible a la selección de los puntos, en los casos en que se aprecien dos líneas rectas con la primera parte de los puntos y con la parte final de los puntos. En el ejemplo del gráfico VI.3, se puede ver que los tres últimos puntos, si no se consideran los anteriores, conducirían a una f probablemente menor.

6.4 La corrección del subregistro de las defunciones de los registros de estadísticas vitales

Luego de corregir las tasas de mortalidad por edades de 5 años y más, usando el factor de f , en este caso igual a 1,15, se combina con las tasas de mortalidad en la niñez (sección 5) y, de esta manera, se está en condiciones de calcular una tabla de mortalidad (Chackiel, 2005). Ahora bien, el factor f por definición es la relación de los factores de corrección de defunciones (en el numerador), y del correspondiente a la población que va en el denominador. Lo más lógico es que, ya sea por un procedimiento directo (encuesta post censal) o por la conciliación censal, se establezca el factor de corrección de la población, y de esa forma se pueda derivar el número de defunciones estimadas como correctas.

Cuando la defunción que se declaró en el módulo de hogares va acompañada en ocasiones de la pregunta acerca de si la misma se inscribió en el Registro Civil (cuadro VI.12), se ha propuesto utilizar ese dato para realizar una corrección de las defunciones declaradas. Para ello, se toma como supuesto el que la razón de defunciones no inscritas declaradas en el censo respecto a las que si se inscribieron es la misma que ocurre con los registros de defunciones. Si ello es así, el producto de las defunciones inscritas en el registro civil por dicha razón conduce a una estimación de las defunciones corregidas. Como detrás de esta idea está el supuesto de que esa razón es válida para los registros, y que solamente se omiten de declarar las no inscritas, sería conveniente explorar más el cumplimiento de esta hipótesis.

7. Temas emergentes o de más escasa experiencia

A continuación se presentan someramente dos iniciativas de uso del censo para obtener cierta información que es importante para la programación de salud. Ambos son tópicos importantes y han ido cobrando presencia en los censos: la mortalidad y la discapacidad.

Respecto a otros temas, se sugiere explorar más el uso que se ha hecho de la información recogida en preguntas incluidas en pocos países, como por ejemplo atención al parto del último nacido vivo o de las defunciones ocurridas en los hogares, así como el registro civil de esos eventos (cuadro VI.12). Mayor atención requerían los estudios en 6 países de los resultados de los censos 2000, los que suministran datos acerca de la afiliación de las personas a la seguridad social, particularmente a los seguros de salud (cuadro VI.11).

7.1 Mortalidad materna

Como una continuación de la sección anterior, también se ha considerado al censo como la fuente ideal para estimar las muertes por causas maternas, incluyendo la llamada razón de mortalidad materna (RMM)³¹. El indicador, al tratarse de un evento raro, se expresa por 10.000 o 100.000 nacimientos, por lo que no es posible estimarlo en forma confiable a través de encuestas. Con esa intención, 5 países han incorporado de una u otra manera una consulta en el módulo de hogar para calcular las muertes por esas causas. En tres países, aprovecharon para cada defunción, la opción de preguntar sobre cada una de las mujeres fallecidas en edad fértil si el hecho ocurrió durante el embarazo, el parto o el puerperio. Ello, bajo el supuesto de que si ocurrió en alguna de esas ocasiones se debió a una causa materna, se puede calcular la razón de muerte materna dividiendo por el número de nacidos en el último año.

Sin embargo, cabe advertir que dos países hicieron la pregunta mencionada pero dando espacio solamente para una mujer, lo que solamente daría como resultado los hogares en que ocurrió al menos un fallecimiento por esta causa. En uno de los países, se usó esa información para elaborar el marco muestral para una encuesta posterior. Como la RMM es un evento relativamente raro, unos pocos casos que se omitan, puede tener un impacto importante en el resultado.

En realidad lo complicado de la estimación de la tasa de mortalidad materna a través del censo, es por un lado el supuesto de que los errores de cobertura son proporcionalmente iguales para las defunciones del numerador que para los nacimientos del denominador. El otro supuesto que se puede hacer es aplicarles a defunciones y nacimientos las mismas correcciones que fueron derivadas para el total de cada uno de los eventos, lo que significa en el caso de las muertes maternas suponer que tiene los mismos errores de cobertura que el total de las defunciones. Más complicado es tratar de hacer estimaciones a niveles desagregados, pues tratándose de pocos casos puede estar afectados por errores aleatorios, aunque en razón de que el censo cubre el universo total tiene ventajas en ese sentido frente a las encuestas.

El trabajo de terreno no está exento de problemas, y se recomienda hacer todos los esfuerzos por captar los datos que se solicitan. Sin duda, lo más complejo es recoger las muertes por causas maternas, considerando que son empadronadores no especializados en estos temas y que el informante no es necesariamente la persona más indicada para proporcionarlo. Un ejemplo de ello fue observado a través de la información cruda, previa a la limpieza de la base de datos, en que en un país arrojaba un número importante de hombres y niños a los cuales se les realizó la pregunta, pues entendían, entre otras distorsiones, que se preguntaba por la condición del informante al momento de la defunción.

³¹ Defunciones por causas maternas dividido los nacimientos ocurridos en el mismo período, por ejemplo en un año.

La metodología de estimación de la tasa sugerida por Hill et al (2001), consiste en utilizar el método indirecto de estimación de los nacimientos de la razón P/F para corregir el denominador³², y para las defunciones maternas aplicar a las declaradas el mismo factor *f* que se estimó para la mortalidad adulta en la sección anterior. Si bien ello tiene supuestos implícitos discutibles, como lo anotan los autores, es una aproximación interesante para lograr una estimación que tome en cuenta la falta de declaración de ambos hechos utilizados en el indicador.

Cabe consignar que un país introdujo en los censos 2000 una pregunta para las personas acerca de las hermanas muertas durante el embarazo, parto o puerperio (cuadro VI.8). Esta forma de investigar fue planteada previamente a la anterior, y sería la primera vez que se incluyó en un censo de la región. La metodología está expuesta en Graham et al (1988), y también en CELADE se estuvo haciendo trabajos al respecto sobre una serie de pruebas de campo exploratorio (Wong et al, 1990). Esta aproximación tiene problemas de exigencias complejas en la recolección de datos, entre las cuales se encuentra el que las hermanas sean hijas de la misma madre, que no se incluya la entrevistada, y que hayan sobrevivido hasta el comienzo de la edad fértil. Además, para la información más confiable que se obtiene se estima que corresponde a unos 10 años antes del censo.

7.2 La discapacidad

La discapacidad es quizás la información que ha tenido un crecimiento mayor en su presencia en los censos de población, pues ya sea una pregunta a la persona o al hogar, de una manera u otra, todos los países lo han incluido en la década de 2000 (cuadro VI.10). En gran parte ello se debe a que su inclusión es la consecuencia de una sentida demanda por la falta de otras fuentes, en particular de registros confiables de la población discapacitada.

Además, dada la importancia del tema, en varios países se han dictado leyes indicando la obligación de introducir el tema en los censos de población. No son ajenos a ello los organismos internacionales, y en los principios y recomendaciones que formularon las Naciones Unidas (2008) para los censos se le ha dado gran importancia al tema, al que se le dedican aproximadamente 4 páginas (párrafo 2350 hasta el 2380). Además, la incorporación al censo contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Es muy difícil poder abarcar en una o dos preguntas la información deseada sobre la discapacidad, atendiendo al tipo y grado de severidad de la misma. Por ello, es necesario previamente concordar en aquello deseable y lo factible de obtener de un censo de población, considerando que el empadronador no está preparado en un tema que es propio de la especialidad de salud, y que el tema no se agota con una o dos preguntas. Esos son los motivos por los cuales algunos países optaron por preguntar por los hogares en los que haya personas con discapacidad, para realizar encuestas con posterioridad. Ello está previsto en las recomendaciones de Naciones Unidas, con la advertencia de que hay que considerar salvaguardar la confidencialidad de la información.

El tema de la discapacidad puede enfocarse desde el punto de vista de las deficiencias físicas o mentales de las personas, o bien de los impedimentos y limitaciones que ello implica. En general, en los censos se prefiere identificar como discapacitados al grupo de personas que experimenta limitaciones en las funciones básicas, tales como caminar, oír, ver, aún cuando pueda desempeñarse con ayuda de ciertos apoyos o un ambiente apropiado. Naciones Unidas (2008) recomienda como una clasificación razonable de discapacidad, la identificación de cuatro categorías: discapacidad para caminar, para ver, para oír y limitaciones cognitivas.

En el caso de preguntarse por deficiencias, como sordera y ceguera, hay países que para evitar ambigüedades en las respuestas, se han referido a la discapacidad total, como la sordera y la ceguera total. Además, se debe contemplar entre las posibilidades de respuesta el que una persona adolezca más

³² Hill propuso una modificación al método para calcular la razón P/F de modo que la estimación de la fecundidad no se vea afectada por el supuesto de fecundidad constante en el tiempo (sección III).

de una discapacidad. Lo esencial es hacer pruebas de terreno que permitan definir la forma más apropiada de la clasificación de las discapacidades y cómo diagramar y redactar la o las preguntas que irán al censo definitivo. Cabe destacar que los países del MERCOSUR se encuentran avocados a realizar pruebas pilotos sobre el tópico, como las que realizaron Argentina, Brasil y Paraguay por un lado, y Uruguay por otro.

Finalmente, la identificación de los discapacitados en los censos permite cruzar la información con todas las variables de interés incluidas en la boleta, ya sea de vivienda, hogar y personas. En ese sentido, se pueden realizar estudios relacionados de discapacidad y pobreza, de equipamiento del hogar en relación a las necesidades requeridas por la población en estudio y otros. Para la planificación de la atención en salud de los discapacitados, resulta de especial interés la distribución territorial de los mismos, lo que constituye un argumento para que su investigación se realice a través de los censos de población y vivienda.

Para más detalles sobre la discapacidad en el marco de los temas a incluir en los censos de población y vivienda de la década de 2010, se recomienda consultar el documento preparado por Schkolnik (2009b).

8. Conclusiones

8.1 La demanda de información y las fuentes

La demanda de información requerida por el sector salud para cumplir con sus fines proviene de múltiples fuentes y cubre un amplio espectro de variables relacionadas con el contexto socioeconómico, demográfico, cultural y ambiental en que se desenvuelven los habitantes de un país. Entre los diversos datos relacionados con la determinación de la demanda de los individuos en esa materia, así como en la respuesta de la sociedad a través de las políticas y programas de acción, es esencial el aporte de la demografía. En particular, en el marco de la interrelación entre la transición demográfica y la epidemiológica, se destacan las tendencias de la mortalidad y la fecundidad, y su impacto sobre el crecimiento y distribución por sexo y edades de la población.

Las fuentes de la información demográfica y de salud, en primera instancia, están constituidas por los censos y registros de estadísticas vitales. Los primeros aportan fundamentalmente los datos referidos al stock y las características de la población del universo aproximadamente cada diez años, mientras que los registros captan los nacimientos, defunciones y otros eventos, los que se recogen en forma continua. Para estudios en profundidad de ciertos tópicos de salud, tales como la salud reproductiva, la situación de los adultos mayores, la discapacidad, la prevalencia del VIH/SIDA, y otros, es frecuente recurrir a encuestas cuyas muestras son proporcionadas por los censos³³. Sin embargo, debido a las múltiples deficiencias de cobertura y calidad de los datos provenientes de registros civiles, así como la limitación de las encuestas, que no permiten desagregar la información a nivel de áreas menores o estratos de la población, hay una constante demanda a los censos por incluir preguntas adicionales a las que tradicionalmente se realizan, tanto en el cuestionario de vivienda y hogares, como en el de las personas.

De ese modo, además de proporcionar la información tradicional como el sexo y la edad, en la historia reciente de los censos se han incorporado crecientemente, desde la década de 1960, preguntas sobre fecundidad, mortalidad en la niñez y mortalidad adulta. En relación a las preguntas tradicionales que se han mencionado, la experiencia en la región es que en muchos países la declaración de los datos adolece de limitaciones, por lo que hay una serie de recomendaciones para recoger mejor la información, así como someter a los datos a evaluación y corrección de la información si es necesario.

³³ También se cuenta en los países con las encuestas continuas de hogares a las que se puede adosar un módulo con solicitud de información sobre salud.

8.2 Edad y sexo

En cuanto a la edad, además de otros errores de declaración, se recomienda prestar atención a la enumeración de los adultos mayores, en particular en los siguientes aspectos: a) recoger y procesar la información más allá de los 100 años de edad, lo que implica dar espacio para anotar tres dígitos o utilizar la fecha de nacimiento para calcular la edad; y b) considerar la forma de evitar los dos errores de declaración que más afecta a las edades mayores, esto es, la preferencia de dígitos y la tendencia probable a reportar una edad exagerada. Las Naciones Unidas recomiendan además que se hagan pruebas para saber cuál de las dos formas de obtener el dato (edad cumplida o fecha de nacimiento) brinda mejores resultados, y dar un entrenamiento a los empadronadores acerca de técnicas adecuadas para estimar la edad en el caso de que ésta no sea declarada o haya contradicción cuando se incluyan ambas formas de obtenerla.

La declaración del sexo, si bien puede presentar menos problemas, se ve afectada por las diferencias de género en cuanto a los errores de cobertura y de contenido. De este modo, tanto los hombres como las mujeres presentan patrones de errores peculiares, tales como la omisión diferencial, los patrones diversos de error en la declaración de la edad, o en otros tópicos como sus características económicas. Eso está presente también en salud, tanto por factores biológicos como socioeconómicos.

8.3 La fecundidad y la mortalidad en la niñez

Las preguntas realizadas a las mujeres en edad fértil sobre los hijos tenidos, los hijos sobrevivientes y la fecha de nacimiento del último hijo, se han afianzado en los censos de la década de 2000, a pesar de las deficiencias que puede tener la información básica, y del no cumplimiento de algunos de los supuestos de los procedimientos de estimación de la fecundidad y la mortalidad en la niñez. La experiencia regional indica que las estimaciones de los censos son superiores a las que se obtienen con las estadísticas vitales, aunque representan un orden de magnitud de los indicadores respectivos. Al mismo tiempo, la posibilidad de realizar estimaciones indirectas de fecundidad y mortalidad en la niñez para subdivisiones de la población que es posible identificar en el censo, hace atractivo también incluirlas en los países con buenas estadísticas vitales. En estas últimas, generalmente, no se tiene la riqueza de variables que es posible cruzar en un censo.

En este aspecto, uno de los errores más identificados son los que provienen de la declaración de mujeres en ambos extremos del período fértil. Las mayores porque tienen que declarar hechos de un pasado más lejano, a veces no tenidos en cuenta, y las más jóvenes por las sensibilidades que puede tener el tema de su vida sexual, siendo además, probablemente madres solteras. Por ello, para las menores de 20 años y a veces de 20-24 se tienen resultados menos confiables. En ese sentido, los procedimientos de estimación, que tienen en cuenta esos problemas, como también el no cumplimiento de algunos supuestos, han demostrado una robustez razonable que se manifiesta en innumerables estudios disponibles con los datos censales. Las recomendaciones de Naciones Unidas hacen hincapié en la forma de hacer las preguntas en el cuestionario y presenta una serie de propuestas, muy simples, que además ayudan al informante a no dejar fuera ningún hijo nacido vivo y fallecido, considerando además con el mismo propósito a los hijos de cada uno de los sexos separadamente.

En cuanto a la fecundidad, a partir de las preguntas sobre hijos nacidos vivos y nacimientos del último año se tienen como productos las tasas por edades y la tasa global de fecundidad, y como subproducto se obtiene la tasa de fecundidad de las adolescentes, que son objeto de una explotación bastante extensa, por considerarse que su posible aumento constituye un problema social par el futuro de la madre y el (la) recién nacido (a). Sin embargo, como ya se mencionó en parte, la información de esas edades está sujeta a limitaciones, que se reflejan en ausencia de repuestas, errores de declaración de la edad, y respuestas deliberadamente incorrectas. De todas maneras, dado el interés de estudiar este segmento de la población, y que no es necesaria ninguna pregunta adicional, se sugiere continuar trabajando con la información, teniendo presentes los problemas mencionados, y buscando la forma de superarlos.

Por otra parte, en términos de mortalidad en la niñez, a partir de hijos nacidos vivos y sobrevivientes, se obtienen las probabilidades de morir desde el nacimiento hasta una edad x , por ejemplo 1 o 5 años. Menos éxito ha tenido la estimación de mortalidad infantil a través de la información de los hijos del último año combinada con una pregunta acerca de la sobrevivencia de ese hijo a la fecha del censo. Sin embargo, por lo promisorio que parece ser la simplicidad de la pregunta y la estimación casi directa de la tasa de mortalidad infantil, aún hay 8 países que la incluyen, a pesar que en general hay evidencias de que arrojan valores notoriamente bajos.

8.4 La mortalidad adulta

Respecto a la mortalidad adulta, las preguntas retrospectivas a las personas, particularmente la referida a la sobrevivencia de la madre, sólo tres países la incluyeron en los censos de la década de 2000, a diferencia de los censos de la década de 1990, en la que fue investigada en la mitad de los países de la región. La razón, además de los sesgos producidos por la respuesta sobre madres adoptivas y la autocorrelación entre las muertes de madres e hijos, es que los resultados se atribuyen a varios años antes de la fecha censal. Las Naciones Unidas no recomiendan su inclusión, sino que la clasifica entre las preguntas adicionales quedando sujeto a las decisiones de los países.

Ante la fuerte demanda de estimaciones confiables de la mortalidad adulta, se desarrollaron varios procedimientos que utilizan las defunciones por sexo y edad de un período de referencia, en general de un año. La información puede provenir de los registros de estadísticas vitales, del censo o de encuestas. En el censo y encuestas, a la pregunta acerca de las defunciones ocurridas en el hogar en ese período, se le agregan la edad, el sexo, y algunos países incluyen alguna pregunta adicional, como por ejemplo en el primer caso si la defunción ocurrió por causas maternas.

Los supuestos fundamentales del método aplicado en este documento son que el error en las tasas de mortalidad calculadas es constante con la edad, que la población es cerrada y que la tasa de crecimiento de la población es constante por grupos de edades y en el tiempo. Lo importante es considerar que la recolección directa de las muertes en el hogar generalmente está afectada por la subdeclaración, y en ese sentido no es recomendable el uso directo del dato, sino que requiere la aplicación de un procedimiento que permite estimar las tasas de mortalidad, luego de derivar un factor de corrección para tal efecto. Las Naciones Unidas recomiendan la inclusión de la pregunta, pero señalan que hay una subestimación esperada que puede provenir de hogares unipersonales o de hogares que se disuelven al ocurrir el fallecimiento de uno de sus miembros. Dicho procedimiento ofrece la posibilidad de analizar si el resultado es confiable, o si puede estar afectado por errores de recolección o por el no cumplimiento de alguno de los supuestos.

8.5 Temas adicionales emergentes o de escasa presencia en censos

Finalmente, es importante resaltar que hay dos temas de salud que han sido propuestos por su relevancia social: la mortalidad materna y las discapacidades. Asimismo, en varios censos de la década de 2000 se introdujeron en forma menos frecuente ciertas preguntas, como la afiliación a seguridad social o de salud, u otras que implicaron pocos recursos adicionales por ser adosadas a otra información ya requerida, como por ejemplo el lugar de atención del parto del último nacimiento, quién lo atendió y si fue inscripto en el registro civil. Asimismo, este último aspecto se averiguó en pocos casos para las muertes ocurridas en el hogar.

La mortalidad materna se intentó obtener investigando a partir de las defunciones de miembros del hogar, preguntando si ésta ocurrió en el embarazo, parto o puerperio. De acuerdo a algunas observaciones de cuestionarios llegados del terreno, así como de procesamientos de bases de datos sin corrección, se puede postular que la pregunta no siempre se entendió correctamente. También habría que analizar más las posibilidades del cálculo de la razón de mortalidad materna; es decir, considerar los posibles errores y correcciones del numerador y denominador de dicho indicador. De todas maneras, los

valores que se han estimado por esta metodología son ampliamente mayores que los derivados de las estadísticas vitales. Si bien se podría sugerir recabar esta información a través de encuestas, se tiene la dificultad de que, por ser un evento raro, se necesitaría una muestra muy grande, y difícilmente sería representativa de poblaciones subnacionales. Al respecto, una posición razonable es seguir buscando la forma más adecuada de preguntar y someterla a pruebas de terreno.

La investigación sobre discapacidad ha sido la que ha tenido un mayor crecimiento en los censos, y actualmente todos los países la incluyen, y en algunos casos con más de una pregunta, por ejemplo solicitando la causa de la misma. No cabe duda que tanto en los países como en los organismos internacionales existe una fuerte demanda por incluirla en los censos, habida cuenta de la falta de registros confiables. Quizás la limitación mayor del censo para investigar el tema está en la poca capacitación de los empadronadores para determinar con una sola pregunta la existencia y severidad de la discapacidad. Ello ha conducido a que en un par de países se incluyera la pregunta en el módulo de hogar, para que sirva de marco muestral con el fin de realizar una encuesta en profundidad y con entrevistadores con los conocimientos y entrenamiento acorde a una entrevista sobre salud.

8.6 Reflexión final

El censo de población y vivienda, pese a sus limitaciones, es la fuente de datos central de los sistemas de estadística nacionales, que se componen también de registros administrativos, de las encuestas continuas de hogares y de encuestas especializadas sobre diversos temas, cuyo marco muestral proviene del propio censo. Su carácter universal lo hace representativo de las divisiones geográficas menores y con ello es un instrumento, muchas veces único, para la generación de políticas y programas de desarrollo local, entre ellos los referidos a la prevención y atención en salud. Las poblaciones identificables en los censos, a partir de las variables que se incluyen, permiten la generación de datos sobre los expuestos a diferentes riesgos de enfermarse y morir, así como determinar los recursos humanos y la infraestructura necesaria tanto nacional, como desagregada geográficamente. A eso se agrega la demanda de generación de información que es propia de registros continuos, pero que en muchos países no proporcionan datos confiables.

Todo lo anterior, unido a la mayor democratización de los datos, facilitado por la disponibilidad de bases de microdatos al alcance de los usuarios, favorece una demanda por incluir cada vez más preguntas en el cuestionario, que ahora puede ser de papel o virtual. En todo caso, se recomienda evitar preguntas que atenten contra la ética y la privacidad, o que pongan en riesgo la continuación de la entrevista y, en todo caso, someter las nuevas propuestas a pruebas de terreno, previo a su incorporación.

CUADRO VI.6
AMÉRICA LATINA: SELECCIÓN DE PREGUNTAS GENERALES A LAS PERSONAS EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Relación de parentesco	sexo	Edad o fecha de nacimiento	Estado civil	Origen étnico	Residencia anterior	Alfabetismo y educación	Población activa	Ingresos
Argentina	X	X	X	X	X ^b	X	X	X ^c	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X	X	X	X	X	X	X	X	
Brasil ^a	AB	AB	AB	A	A	A	AB ^d	A ^c	A
Chile	X	X	X	X	X	X	X	X	
Colombia ^a	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB ^c	
Costa Rica	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cuba	X	X	X	X	X	X	X	X	
Ecuador	X	X	X	X	X	X	X	X	
El Salvador	X	X	X	X	X	X	X	X	
Guatemala	X	X	X	X	X	X	X	X	
Haití	X	X	X	X		X	X	X	
Honduras	X	X	X	X	X	X	X	X	
México ^a	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB	AB
Nicaragua	X	X	X	X	X	X	X	X	
Panamá	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Paraguay	X	X	X	X	X	X	X	X	
Perú	X	X	X	X	X	X	X	X	
República Dominicana	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Venezuela (República Bolivariana de)	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En los casos de Brasil, Colombia y México: A = cuestionario ampliado; B = cuestionario básico

^b La pregunta se realizó a escala de hogar.

^c Aporta a jubilación. En el caso de Colombia, esta pregunta fue incorporada en el cuestionario ampliado.

^d En el cuestionario básico sólo fue analfabetismo.

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

CUADRO VI.7
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE FECUNDIDAD EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Hijos nacidos vivos	Fecha último nacimiento	Lugar de atención al parto	Quien atendió el parto	Inscripción al registro civil	Hijos nacidos muertos	Edad al primer hijo	Año en que nació primer hijo
Argentina	X	X						
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X	X	X	X				
Brasil ^a	A	A				A		
Chile	X	X						
Colombia ^a	AB	AB						A
Costa Rica	X							
Cuba								
Ecuador	X	X						
El Salvador	X	X						
Guatemala	X	X						
Haití	X	X						
Honduras	X	X						
México ^a	AB	AB						
Nicaragua	X	X	X		X			
Panamá	X	X						
Paraguay	X	X						
Perú	X	X					X	
República Dominicana	X	X						
Venezuela (República Bolivariana de)	X	X						

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En los casos de Brasil, Colombia y México: A = cuestionario ampliado; B = cuestionario básico

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

CUADRO VI.8
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE MORTALIDAD EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Hogar			Personas							
	Defunciones en el hogar	Inscripción al registro civil	Muertes maternas	Orfandad materna	Mortalidad materna c	Hijos nacidos vivos	Hijos vivos o muertos	Fecha último nacimiento	Último hijo vivo	Edad al primer hijo	Hijos nacidos muertos
Argentina						X	X	X			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X ^b		X ^b			X	X	X			
Brasil ^a						A	A	A	A		A
Chile						X	X	X			
Colombia ^a	AB	AB				AB	AB	AB			
Costa Rica						X	X				
Cuba											
Ecuador						X	X	X	X		
El Salvador	X		X			X	X	X	X		
Guatemala				X		X	X	X	X		
Haití	X			X		X	X	X			
Honduras	X		X			X	X	X	X		
México ^a						AB	AB	AB	AB		
Nicaragua	X		X			X	X	X			
Panamá	X					X	X	X	X		
Paraguay	X ^b		X ^b			X	X	X			
Perú						X	X	X			
República Dominicana				X	X	X	X	X	X		
Venezuela (República Bolivariana de)						X	X	X			

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En los casos de Brasil, Colombia y México: A = cuestionario ampliado; B = cuestionario básico

^b pregunta por una persona.

^c hermanas fallecidas por causas maternas.

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

CUADRO VI.9
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SELECCIONADAS SOBRE CONDICIONES DE VIVIENDA Y HOGAR EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Vivienda				Hogar					
	Materiales	Fuentes de contaminación	tenencia	Origen del agua	Servicio higiénico	Alcantarillado	Hacinamiento	Combustible para cocinar	Eliminación de basura	Equipamiento
Argentina	X ^c		X	X ^c	X	X	X	X		X
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X		X	X	X ^b	X ^b	X	X ^b		X
Brasil ^a			AB	AB	AB ^b	AB	A		AB	A
Chile	X		X	X	X ^b	X ^b	X	X		X
Colombia ^a	A	AB	A	X ^c	X ^b	AB ^b	A	A	A ^b	A
Costa Rica	X		X	X	X	X ^b	X ^b	X ^b		X ^b
Cuba	X			X	X	X ^b	X ^b	X ^b		X ^b
Ecuador	X		X	X	X	X ^b	X	X	X ^b	
El Salvador	X		X	X ^c	X	X	X ^b	X	X	X
Guatemala	X		X	X ^c	X	X ^b	X	X	X ^b	
Haití	X		X	X	X		X	X	X ^b	X
Honduras	X		X	X	X	X	X	X	X ^b	
México ^a	AB		AB	AB	AB ^b	AB ^b	AB ^b	AB ^b	A ^b	AB ^b
Nicaragua	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Panamá	X		X	X	X	X	X	X	X ^b	X
Paraguay	X		X	X	X	X ^b	X	X	X ^b	X
Perú	X		X	X	X	X ^b	X	X		X
República Dominicana	X	X	X	X ^c	X		X	X	X	X
Venezuela (República Bolivariana de)	X		X	X	X ^b	X ^b	X ^b	X ^b	X ^b	X

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En los casos de Brasil, Colombia y México: A = cuestionario ampliado; B = cuestionario básico.

^b vivienda

^c hogar

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

CUADRO VI.10
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Hogar			Vivienda		
	Limitaciones	Deficiencias	Mixto	Limitaciones	Deficiencias	Mixto
Argentina		X				
Bolivia (Estado Plurinacional de)		X				
Brasil ^a						A ^b
Chile					X	
Colombia ^a				A ^c B		
Costa Rica					X	
Cuba					X	
Ecuador						X
El Salvador				X ^c		
Guatemala		X				
Haití					X	
Honduras		X				
México ^a				A ^c B		
Nicaragua	X					
Panamá	X				X	
Paraguay	X ^c					
Perú	X					
República Dominicana					X ^c	
Venezuela (República Bolivariana de)					X	

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En los casos de Brasil, Colombia y México: A = cuestionario ampliado; B = cuestionario básico

^b Cinco preguntas con códigos para grados de limitaciones

^c Pregunta adicional sobre causas

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

CUADRO VI.11
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE ATENCIÓN EN SALUD Y SEGURO EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Fecha último nacimiento	Lugar de atención al parto	Persona que atendió el parto	Seguro médico o social	Lugar de atención	Causa de atención	Distancia centro de salud
Argentina	X			X			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X	X	X				
Brasil ^a	A						
Chile	X						
Colombia ^a	AB			A	A	A	
Costa Rica				X			
Cuba							
Ecuador	X			X			
El Salvador	X						
Guatemala	X						
Haití	X						
Honduras	X						
México ^a	AB			A B	A		
Nicaragua	X	X					X
Panamá	X						
Paraguay	X						
Perú	X			X			
República Dominicana	X						
Venezuela (Rep. Bol. de)	X						

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En los casos de Brasil, Colombia y México: A = cuestionario ampliado; B = Cuestionario básico.

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

CUADRO VI.12
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE INSCRIPCIÓN EN REGISTROS EN LOS CENSOS DE LA DÉCADA DE 2000

País	Inscripción en registro civil			
	Población general	Último nacimiento	Defunciones en el hogar	Documento de identidad
Argentina				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X			
Brasil				
Chile				
Colombia ^a			AB	
Costa Rica				
Cuba				
Ecuador				
El Salvador				
Guatemala				
Haití	X			
Honduras				
México				
Nicaragua		X	X	
Panamá				
Paraguay	X			X
Perú	X			X ^c
República Dominicana				
Venezuela (República Bolivariana de)	X ^b			

Fuente: Elaboración propia a partir de cuestionarios censales de la década de 2000.

^a En el caso de Colombia: A = cuestionario ampliado; B = cuestionario básico.

^b Pregunta al hogar sobre menores de 18 años.

^c Pregunta a personas de 18 años y más.

Nota: Uruguay no fue incluido en el cuadro debido a que durante la década de 2000 no realizó censo de población, sino un conteo general en 2004.

Bibliografía

- Behm, H. y Primante, D. (1978), “Mortalidad en los primeros años de vida en la América Latina”, *Notas de Población*, No. 16, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- Brass, W. (1968), *The demography of tropical Africa*, Princeton University, Office of Population Research.
- ____ (1974), *Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados*. Serie E, No.14, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) y UNFPA (Fondo de Naciones Unidas para la Población) (2007), *Potencialidades y aplicaciones de los datos censales: una contribución a la explotación del Censo de Población y Vivienda de Nicaragua 2005* (LC/L.2786-P), *Serie Manuales* No. 56, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G 119.
- Chackiel J. (2005), “Métodos de estimación de la fecundidad y la mortalidad a partir de censos, una aplicación a pueblos indígenas de Panamá”, *Notas de Población*, No.79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas.

- Chackiel, J. (2004), *Dinámica demográfica de América Latina* (LC/L.2127-P), *Serie Población y Desarrollo* No. 52, Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.55.
- Chackiel, J. y Orellana, H. (1985), “Tendencias de la mortalidad femenina adulta a partir de preguntas sobre orfandad materna incluidas en censos y encuestas”, en *Notas de Población* No. 39, Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas.
- Del Popolo, F. (2000), *Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos* (LC/L.1442-P/E), *Serie Población y Desarrollo* No. 8, Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.117.
- ENDESA (Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud) (1998), Managua, Instituto Nacional de Información de Desarrollo.
- ___ (2001), Managua, Instituto Nacional de Información de Desarrollo.
- Frenk, J. *et al* (1994), “La transición epidemiológica en América Latina”, *Notas de Población*, No. 60, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Graham, w. *et al* (1988), “Estimating maternal mortality: the sisterhood method”, *Studies in family planning*, No. 20, Nueva York, USA, The Population Council.
- Hakkert, R. (2002), “Preguntas para investigar la fecundidad y la mortalidad en la niñez y la mortalidad de adultos”, *Notas de Población* No. 75, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Hill, K. *et al* (2001), *Mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement: Guide pour les utilisateurs potentiels. Measure Evaluation*, Manual Series, No. 4. University of North Carolina at Chapel Hill. USA, Carolina Population Center,
- IHSI (Institut Haïtien de Statistique et d’Informatique), UNFPA Y CEPAL/CELADE (2007), *La transition de la fécondité en Haïti. Bureau du IVème Recensement général de la population et de l’habitat (RGPH)*, Port-au-Prince, Haïti, Ministère de l’économie et des finances.
- Leguina, J. (1973), *Fundamentos de demografía*, Madrid, España, Editorial Siglo XXI.
- Mortara, G. (1941), *Estudos sobre a utilização do Censo Demográfico para a Reconstrução das Estatísticas do Movimento da População do Brasil*, Revista Brasileira de Estatística, Vol. II, No 5, Rio de Janeiro.
- Naciones Unidas (2008), *Principles and recommendations for population and housing censuses. Revisión 2*, Series M. No. 67/Rev. 2. Nueva York, USA. Publicación de las Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1983), *Manual X. Indirect techniques for demographic estimation*, ST/ESA/SER, A/81, Nueva York, USA. Publicación de las Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1967), *Manual IV: Methods of estimating basic demographic measures from incomplete data*, Nueva York, USA. Publicación de las Naciones Unidas.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2006), *Red de la Métrica de Salud, Versión 1.65. Borrador*, [en línea] www.who.int/healthmetricss/
- Ortega, A. (1982), *Tablas de mortalidad*, Serie B, No. 1008, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Romero, D. y Freitez, A. (2008), “Problemas de calidad de la declaración de la edad de la población”, *Sociedad y adulto mayor en América Latina*, Enrique Peláez (organizador), Serie Investigaciones No. 5, Río de Janeiro, Brasil, Asociación Latinoamericana de Población.
- Schkolnik, S. (2009a), *Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos de población*, Santiago de Chile, UNFPA-CEPAL/CELADE. Inédito
- ___ (2009b), *América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas*, texto presentado en el Seminario “Censos 2000 y Salud”, Santiago de Chile, 2-4 noviembre de 2009.
- Somoza J. (1981), “An evaluation on the performance of indirect estimation techniques in the analysis of defective data”, *Proceedings of the International Population Conference, Manila*, Vol. 3, Liege, Bélgica, UIECP.
- Tacla, O. (2009), *Cobertura de las estadísticas vitales a partir de la información recogida en censos o derivada de ellos. Experiencias y lecciones aprendidas en la región*, texto presentado en el Seminario “Censos 2000 y Salud”. Santiago de Chile, 2-4 noviembre de 2009.
- ___ (2006), *La omisión censal en América Latina* (LC/L.2475-P), *Serie Población y Desarrollo*, No. 65, Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.4.
- Trussell, J. (1975), “A re-estimation of the multiplying factor for the Brass Technique for determining childhood survivorship rates”, *Population Studies*, Vol. 29, No. 1. Londres, Inglaterra.

Wong et al (1990), “Estimaciones de mortalidad materna a partir del método de sobrevivencia de hermanas: experiencias en América Latina”, *Notas de Población* No. 50, Santiago de Chile, CEPAL/CELADE. Publicación de las Naciones Unidas.

VII. El estudio de la salud reproductiva y los censos de 2010: la fecundidad adolescente y la mortalidad materna

*Laura L. Rodríguez Wong³⁴
Ignez Helena Oliva Perpetuo³⁵*

Introducción

La salud sexual y reproductiva (SSR) está cobrando una gran relevancia en el contexto científico-académico. Ello se debe a múltiples razones, entre las que destacan el aniversario número 15 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, la concientización sobre los derechos de SSR que esta conferencia ayudó a difundir y defender; y también por el hecho de que la salud sexual y reproductiva forma parte de los indicadores del importante proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Una muestra de ello, es el énfasis dado a este fenómeno en conferencias como la recientemente organizada por la Unión Internacional de Estudios de Población, en

³⁴ Consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL

³⁵ Académica e investigadora del Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) de la Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil.

Marruecos. Efectivamente, discusiones sobre, por ejemplo, la acelerada disminución de la fecundidad — más allá de lo esperado por los especialistas—, las demandas por fuentes de datos, los cambios en la composición por edad de la población y las nuevas corrientes de migración internacional, inevitablemente pasaron por la problemática de la salud sexual y reproductiva.

En los países en desarrollo, la gran barrera para el mejor conocimiento de la salud reproductiva fue minimizada gracias a proyectos que se han dedicado a la realización de Encuestas especializadas del tipo de las Demographic and Health Survey (Macro Internacional) y del tipo Health and Reproductive Survey (CDC). No obstante, como estos proyectos están en fase de finalización, surge el cuestionamiento sobre qué fuentes tendremos para el estudio de la Salud Reproductiva en nuestros países en los años venideros.

Frente a la crónica deficiencia de los registros continuos, la alternativa natural recae sobre los censos de población, cuyas evidentes desventajas para el estudio de la salud reproductiva son:

- imposibilidad de profundizar los temas investigados;
- dificultad en realizar preguntas complejas, limitando, por tanto, la posibilidad de incluir aspectos como sexualidad, exposición al embarazo, a enfermedades sexualmente transmisibles, interrupción de gestaciones y similares.
- incapacidad de obtener, personal e individualmente, respuestas sobre tan complejo tema.

De cualquier forma, el censo, aun con las fragilidades mencionadas, se convierte en la principal fuente de datos para el estudio de la SSR, por lo que se debe aprovechar al máximo lo que éste tradicionalmente ofrece, recordando que el mejor potencial de todo censo está en la capacidad de documentar de forma bastante completa el contexto que rodea cualquier fenómeno estudiado, inclusive la salud reproductiva.

En este sentido, son dos los aspectos relacionados con la SSR que pueden ser mejor estudiados en estas condiciones: la fecundidad adolescente y la mortalidad materna.

1. El estudio de la fecundidad adolescente a partir de los censos de población

La fecundidad adolescente preocupa, desconcierta y desafía
(Rodríguez Vignoli, 2009)

El inicio del proceso reproductivo determina en gran medida su evolución a lo largo de la vida. Esto es particularmente válido en Latinoamérica, en donde fenómenos como la maternidad y el inicio de la sexualidad representan un importante y complejo valor social. Además, ha presentado una tendencia contraria a la de mujeres de otras edades y existe una extrema diferenciación -brechas, más concretamente- entre los diversos grupos que componen la población. Especificidades como éstas justifican el otorgamiento de la máxima importancia al tema de la fecundidad adolescente en la agenda de salud y derechos sexuales y reproductivos de la región.

Rodríguez Vignoli³⁶ con base en una revisión analítica y exhaustiva de evidencias justifica muy bien esta importancia al listar los siguientes aspectos:

- Niveles y tendencias de la fecundidad y la maternidad adolescente:
 - Nivel comparativamente alto a escala mundial

³⁶ ALAP, 2009 - Material del workshop Taller de capacitación “Salud Sexual y Reproductiva, migración, violencia de género y jóvenes: Integración de abordajes y evidencias científicas”, ALAP-UNFPA (Lima, Octubre de 2009).

- América Latina es la región que registra el menor descenso relativo en la últimas cuatro décadas
- Peculiar y sobresaliente “desconexión” entre la fecundidad total y la adolescente en la Región
- Relación entre pobreza, desigualdad y maternidad adolescente
 - La región más desigual del mundo en materia socioeconómica. Esta desigualdad puede estar acortándose en fecundidad y mortalidad (CEPAL, 2005), pero no ocurre lo mismo con la fecundidad adolescente
 - La región es la más desigual del mundo en reproducción temprana, y sus expresiones son territoriales (urbano-rural e intrametropolitanas); socioeconómicas y étnicas
 - Las adolescentes del 20% más pobre de América latina y el Caribe tienen niveles de fecundidad superiores al 20% más pobre de África
 - El aumento de la fecundidad adolescente se debe a un alza entre las muchachas pobres.
- Consecuencias de la fecundidad adolescente
 - Reproducción de la pobreza
 - Deserción escolar
 - Daño de salud: madres (menores de 18) y niños
 - Familia de origen (de la madres casi siempre): asume la responsabilidad
 - Estigma, sesgo de género y maternidad soltera y muchas veces sola
 - Enclaustramiento: no conduce a la emancipación

1.1 Fortalezas y debilidades de los Censos como fuentes de datos para medir la fecundidad adolescente

Frente a la problemática mencionada en las líneas anteriores, urge contextualizar y conocer este fenómeno para que la juventud pueda planear y gozar de una salud sexual y reproductiva digna. Una de las fuentes que permiten hacerlo, es sin duda, a través de los censos de población.

Utilizando nuevamente el material ofrecido por Rodríguez Vignoli (2009), citamos el potencial que esta fuente de datos posee:

- La investigación de la fecundidad basada en los censos de población es particularmente importante en países que carecen de un sistema confiable de estadísticas vitales, debido a la oportunidad que sus datos proporcionan de estimar las tasas vitales que de otra forma no estarían disponibles.
- El censo de población ofrece la oportunidad de medir -aunque indirectamente- la fecundidad a nivel nacional y subnacional de una manera efectiva. Así, pueden tener una contribución importante al seguimiento y evaluación de la situación y los progresos realizados hacia los ODM y las metas de la CIPD.
- Aun cuando existen buenos registros, la información sobre fecundidad recogida en censos presenta ventajas en la desagregación por grupos sociales, ya que evita el problema de divergencias en la definición de numeradores y denominadores provenientes de fuentes distintas, la que surge cuando los primeros se basan en registros vitales y los segundos en datos censales (Hakkert, 2000).

- Además de permitir la construcción de indicadores subnacionales, éstos pueden contextualizarse utilizando todas las otras informaciones disponibles (tipo de arreglo familiar, factores sociales y económicos, etc).
- Los datos censales son la base de estimaciones de los nacimientos esperados, lo que sirve de parámetro para la evaluación de los datos del registro continuo.

Entre las desventajas, suelen citarse:

- La información del censo es un pobre sustituto de los registros continuos cuando estos son oportunos y de cobertura total.
- La producción de estimaciones de fecundidad basadas en censos tiene como desventaja su escasa periodicidad, limitada en el mejor de los casos a 10 años, lo que no permite identificar cambios intercensales.
- La cantidad de información ignorada suele ser relativamente considerable y no hay consenso generalizado sobre presupuestos de nuliparidad y procesos de *imputación*.

1.2 Indicadores de la fecundidad adolescente que pueden ser calculados con datos censales tradicionales

Como se puede observar en el cuadro VII.1, la fuente para estos indicadores son el conjunto de preguntas sobre fecundidad que tradicionalmente se incluyen en los censos y se hacen a todas las mujeres en edad reproductiva, debiendo preocuparnos, en el aspecto de la difusión, su adecuado detalle.

CUADRO VII.1
INDICADORES DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE QUE PUEDEN SER CALCULADOS CON DATOS CENSALES TRADICIONALES

Indicador	Definición simplificada
Tasa específica de fecundidad de adolescentes	Número de nacimientos de mujeres de 15 a 19 durante un periodo de tiempo dado en relación al número de mujeres de la misma edad, en el mismo periodo.
Porcentaje de fecundidad adolescente en relación a la fecundidad total	Participación relativa de la fecundidad 15 a 19 años en relación a la tasa global de fecundidad.
Porcentaje de madres adolescentes	Número de mujeres de 15 a 19 que son madres en relación al total de mujeres madres (o de todas las mujeres)
Porcentaje de mujeres que fueron madres durante la adolescencia	Número de mujeres de 20 años y más que tuvieron hijos antes de los 20 años en relación al total de mujeres de 20 y más años de edad.
Paridez adolescente media	Número medio de hijos tenidos por la cohorte 15-19 (en torno a los 17.5)
Paridez adolescente "final"	Número medio de hijos tenidos por mujeres de 20 años

Algunas preguntas que han sido sugeridas y tendrían especial relevancia para conocer mejor la salud reproductiva de la mujer adolescente son:

- "Edad de la mujer con ocasión del primer embarazo (independientemente del producto de ese embarazo)"
- "Edad de la mujer con ocasión del nacimiento del(a) primer(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)" (Hakkert, 2000).

Estas preguntas evitan el complejo asunto del inicio de la sexualidad y alusiones a uniones informales y cohabitaciones, aunque las mediría indirectamente y serían respondidas por todas las mujeres en edad reproductiva.

Este tipo de preguntas no se incluyen, tradicionalmente, en los censos de América Latina aunque las encuestas especializadas la vienen utilizando con relativo éxito. La dificultad en estos casos es el

tamaño muestral, y en el caso de los censos, la frecuente existencia de apenas un informante para responder las preguntas sobre todos los miembros del hogar. Si esto no es una práctica generalizada, es posible que aumente la confiabilidad de respuestas a preguntas de este tipo y pueda ser aplicada en la ronda de censos de la década de 2010.

1.3 Definición del intervalo de edad para el concepto de fecundidad adolescente cuando es estudiada a partir de datos censales

En general, se acepta que preguntas sobre fecundidad sean hechas a mujeres con 15 años y más de edad. Para el caso de la adolescencia, la edad considerada pertinente para recolectar datos sobre fecundidad adolescente debe ser definida a partir de evidencias alternativas (registros continuos, estudios cualitativos, encuestas, etc.) y del costo-beneficio que implica incluir jóvenes de menor edad.

Un ejercicio hecho para el censo de 2000 del Brasil, demostró que del total de más de 5 mil municipios -correspondiente a la menor unidad administrativa del país-, en más de 10% de municipios, las menores de 14 años que reportaran hijos, representaron un centésimo (0.001) del total de jóvenes de esas edades. En aproximadamente un 70% de los municipios, las mujeres que reportaron hijos representan menos del 50 por ciento del total de mujeres de 10 a 14 años (ver cuadro VII.2).

CUADRO VII.2
BRASIL: DISTRIBUCIÓN DE MUNICIPIOS DE ACUERDO A LA PROPORCIÓN DE MUJERES DE 10 A 14 AÑOS CON HIJOS, 2000

Mujeres de 10 a 14 años que reportan hijos (Proporción %)	Número de Municipios		
	Total	Acumulado	Proporción acumulada de municipios (%)
Sin hijos	339	339	6,19
Hasta 0,01 %	310	649	11,85
Entre 0,02% y 0,49 %	3151	3800	69,36
Entre 0,50 y 0,99	982	4782	87,28
Entre 1,0 y 1,99 %	601	5383	98,25
Entre 2,00 y 3,00%	96	5479	100,00

Fuente: IDH – PNUD, Fundación João Pinheiro, Belo Horizonte, Brasil, 2000, reproducido en Perpetuo y Wong (2004)

La información sugiere que puede ser inútil considerar la edad de 10 años como edad límite inferior, pudiendo ser considerada la edad de 14 años.

Por otro lado, siendo un evento raro en el intervalo 10-14, es posible que un mejor indicador a ser utilizado sea el número absoluto de embarazos, dejando de lado valores relativos como lo es la paridez. El número absoluto sería, de esta forma, un evento centinela de la calidad de los sistemas de salud en general y la reproductiva en particular (Perpetuo y Wong, 2004).

1.4 Recomendaciones para discusión sobre la fecundidad adolescente

Una vez que la fecundidad adolescente preocupa, desconcierta y desafía, en general, más que introducir nuevas preguntas, es necesario redoblar los esfuerzos para garantizar la calidad de los datos referentes a la fecundidad, especialmente cuando hechas a mujeres de este grupo de edades dada la reconocida omisión de respuestas.

Preguntas referidas al valores de la fecundidad son importantes porque permiten rescatar alguna información relativa al comportamiento reproductivo retrospectivo de las mujeres, lo que incluye la fase adolescente.

Aunque evidente, lo mismo se aplica a las demás preguntas censales. La confiabilidad que esta información tenga se reproducirá en la definición del contexto de la fecundidad adolescente (social, económico, educacional etc.) lo que dará importantes insumos a los tomadores de decisiones para orientar mejor acciones que culminen en una buena salud reproductiva.

Un ejemplo de la utilidad de los censos para contextualizar la salud reproductiva, de todas las mujeres, en general y de las adolescentes, en particular, es el trabajo organizado por Cavenaghi (2006); se trata de un sistema de indicadores de SSR para municipios, lo que incluye, aún, aglomerados poblacionales de tamaño muy reducido. Este sistema contiene además de los indicadores de SSR propiamente tales, una serie de indicadores que sirven para contextualizarlos, la gran mayoría de ellos provenientes de los censos de población.

Aun cuando algunos de los indicadores de SSR del sistema mencionado puedan ser tener su confiabilidad comprometida, éstos pueden ser evaluados a la luz de los indicadores de contexto. Las eventuales inconsistencias entre ambos tipos de indicadores -por ejemplo, bajos niveles de educación asociados a altas coberturas de atención prenatal, esto último debido a fallas de registro- suele llamar la atención de gestores y estudiosos de salud reproductiva lo que redundará en demanda por más inversiones para mejorar los propios indicadores de SSR.

2. Mortalidad materna en los censos de 2010

2.1 La importancia (y necesidad) de medir mortalidad materna usando datos de censos

No es difícil justificar la importancia mencionada en este subtítulo; basta decir que permitir la muerte de una mujer por el hecho de estar embarazada -dado el avance de la ciencia y la tecnología- es una violenta infracción de los derechos humanos (más específicamente, de los derechos reproductivos). La infracción es más violenta, aún, si se acepta que por lo menos 90% de esas muertes pueden ser evitables.

Por esta razón, sigue, de forma breve, más que una justificación de la importancia de medir la mortalidad materna usando datos de censos, una referencia de las dificultades que existen para medirla.

Estimaciones del todo indirectas sitúan el número de muertes maternas en más de 500 mil. Esta cifra surgió en la década de 1980 (OMS, 1985), y se ha venido ajustando y actualizando mediante presupuestos y sentimientos variados.

La Agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ha escogido como una de las formas de evaluar los logros en salud reproductiva, justamente la evolución de la mortalidad materna; se ha establecido como meta, su reducción en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. El indicador escogido ha sido la "Razón de Mortalidad Materna" (RMM), estimándose que, para América Latina y el Caribe, ésta era de 180 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 1990; esperándose que para 2015, disminuya a un nivel de 130 (Naciones Unidas, 2009):

"Although only fragmentary information is available on this health problem (mortalidad materna), which obviously has a gender bias, Bolivia, Peru and Haiti are countries that can be identified as having high maternal mortality rates in the context of the region as a whole (over 250 per 100 thousand)". (CEPAL/CELADE, 1998)

No siendo posible sustentar la precisión de la estimación inicial que se entrega en la cita anterior, es difícil exigir precisión de la meta estimada para la región, de donde se desprende que es urgente la necesidad de producir datos confiables, principalmente si los niveles de la mortalidad materna son altos.

2.2 Dificultades en los datos y en las medidas

La objetividad en los datos se ve dificultada por varios motivos. Una reciente publicación de la OMS (2007) enumera las siguientes ya conocidas causas:

- Especialmente en contextos donde la inscripción de defunciones en los sistemas de registro civil no es sistemática, la defunción de una mujer en edad reproductiva se omite con frecuencia. Siendo difícil y subjetivo ajustar estos datos, se han propuesto, por ejemplo, algunos factores de ajuste a la información sobre el número de muertes maternas en función del nivel de desarrollo que la población ostenta (Laurenti, Mello-Jorge y Davidson, 2000; Laurenti y Ferreira, 1995).
- Aún cuando llegara a inscribirse la defunción en el registro, puede desconocerse el estado de gestación de la mujer, con lo que la muerte no se notificaría como defunción materna aunque la mujer hubiera estado embarazada. Es difícil calificar con precisión como defunción materna la muerte de una mujer en la mayoría de contextos subdesarrollados donde no existe la certificación médica de la causa de defunción.
- En países que disponen de alta tecnología, las mujeres embarazadas o en la fase del puerperio que están riesgo de morir pueden dejar de ser responsabilidad de obstetro-ginecólogos y pasar a serlo de otros especialistas, que pueden no declarar la causa básica como obstétrica. Así, incluso en los países desarrollados con registro sistemático de defunciones puede darse una subnotificación de las defunciones maternas, y la identificación de las cifras reales puede requerir investigaciones adicionales sobre las causas de defunción. Un informe de CEMD (*Confidential Enquiry into Maternal Deaths*), citado por la OMS (2007) identificó un 44% más de defunciones maternas que las notificadas en los sistemas habituales de registro civil inglés (Lewis, 2004). En otros estudios sobre la precisión de las cifras de defunciones maternas notificadas en los sistemas de registro de países desarrollados se estima que el número real de muertes maternas sea hasta dos veces mayor que el declarado (Deneux-Tharoux et al, 2005).

La objetividad en la medición de la mortalidad materna también encuentra dificultades:

- Se trata de un evento raro en términos estadísticos. Coincidiendo con muchos investigadores, un informe de las Naciones Unidas (1995) nos recuerda que, comparado con la medición de otros fenómenos como los nacimientos o la mortalidad infanto-juvenil, la muerte materna no es un evento frecuente, motivo por el cual las encuestas muestrales son de relativamente poca utilidad. Con relación a esto, la OMS estimó que una RMM anual de 300 por 100 mil nacidos vivos con un intervalo de variación de 20% y 95% en el intervalo de confianza requiere de una muestra de 50,000 nacimientos anuales (o más de 100 mil hogares). Tamaño mucho mayor que el utilizado en las muestras de las encuestas de reproducción. Semejante limitación es citada, inclusive, en el caso de querer utilizar técnicas indirectas. (Hanley, Hagen y Shiferaw, 1996). De esta suerte, encuestas demográficas con un tamaño muestral de 15 mujeres, solo pueden dar estimaciones globales y aun así, dentro de intervalos de variación relativamente amplios.
- Otra limitación a ser considerada es el tipo de indicador utilizado, principalmente, en la actual situación de importantes cambios demográficos en América Latina. En el caso de la mortalidad materna, el acompañamiento de los ODM se hace a través de la RMM, la misma que como se sabe, está influenciada por la composición de la población por edad, nivel socioeconómico y otras características. En la medida en esta composición cambie, por ejemplo, que los segmentos poblacionales menos expuestos al riesgo de una muerte materna disminuyan su participación en el denominador (compuesto por los nacidos vivos) de forma

diferenciada en términos temporales y de intensidad, este indicador puede no ser comparable, por lo que necesita ser ajustado³⁷.

En síntesis, mientras no haya un sistema sólido de estadísticas de salud que provea indicadores confiables y desagregados de mortalidad materna en países donde hay evidencias -aunque ambiguas- de que ésta mantenga niveles altos, lo que parece no ser el caso en el corto o medio plazo, los esfuerzos deben concentrarse en la utilización de la información censal.

RECUADRO VII.1 DEFINICIÓN DE MUERTE MATERNA³⁸

La décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), define la defunción materna como:

"la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".

Esta definición permite la identificación de las defunciones maternas en función de causas directa e indirectamente ligadas al embarazo. Las defunciones obstétricas directas tienen que ver con las complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las defunciones obstétricas indirectas resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo³⁹.

La identificación precisa de las causas de defunción materna directas o indirectas o accidentales o incidentales, no siempre es posible; especialmente en contextos donde la mayor parte de los partos tienen lugar en casa, y/o no existen sistemas de registro civil con correcta atribución de causas. En estos casos, es posible que no pueda aplicarse la definición estándar de defunción materna recogida en la CIE-10 (WHO; 1992).

El concepto de **"muerte relacionada con el embarazo"**, recogido en la CIE-10, da cabida a las defunciones maternas acaecidas por cualquier causa. Según este concepto, se considera cualquier muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio, incluso si es por causas accidentales o incidentales.

Esta definición alternativa permite la medición de defunciones relacionadas con el embarazo, aunque no se ajusten estrictamente al concepto estándar de "defunción materna", a partir, por ejemplo, de los censos de población.

Fuente: elaboración propia

2.3 La investigación de la mortalidad materna a través de los censos de población

Las ventajas de producir estimaciones de mortalidad materna a través de datos censales son su cobertura universal y su representatividad a escala local. Dada la ausencia casi generalizada de información confiable sobre mortalidad materna, el censo es capaz de producir una estimación oficial que haga posible trazar tendencias y metas, liberando las instituciones de salud para otras tareas que no sean producir estadísticas. Por su amplia cobertura y por incluir otras informaciones, se puede producir con

³⁷ Se sabe que la mortalidad materna es más alta, por ejemplo, en el grupo de mujeres más pobres y menos educadas. En la medida en que los otros segmentos poblacionales disminuyan su fecundidad y consecuentemente la producción de nacidos vivos proporcionalmente más que las mujeres del primer grupo, la RMM promedio puede mostrar estancamiento o, inclusive, tendencia de aumento.

³⁸ Adaptado de OMS (2007).

³⁹ Las complicaciones del embarazo o del parto también pueden desembocar en defunción después de las seis semanas del puerperio. Además, la creciente generalización de tecnologías y procedimientos modernos para el soporte vital posibilita que más mujeres sobrevivan a los resultados adversos del embarazo y el parto, y se retrase la defunción más allá de los 42 días del puerperio. Estas muertes, a pesar de estar causadas por acontecimientos relacionados con el embarazo, no cuentan como defunciones maternas en los sistemas de registro civil habituales. Con el fin de abarcar estas muertes diferidas, que se producen entre seis semanas y un año después del parto, en la CIE-10 se incluyó un concepto alternativo de defunción materna tardía. Algunos países, especialmente los que poseen sistemas de registro vital más desarrollados, utilizan esta definición.

datos censales una variada gama de indicadores, más allá de la RMM, con lo que este fenómeno puede ser mejor estudiado, propiciando así intervenciones más efectivas.

CUADRO VII.3
INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA QUE SE PUEDEN OBTENER A PARTIR DE DATOS CENSALES

Indicador	Definición simplificada
Razón de mortalidad materna (RMM)	Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 nacidos vivos en el mismo periodo.
Tasa de mortalidad materna (TMM)	Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 mujeres en edad fértil en el mismo periodo.
Proporción de muertes maternas (PMM)	Número de muertes maternas en relación al total de muertes femeninas en edades reproductivas.
Riesgo de morir de una muerte materna ⁴⁰ (LTR)	Probabilidad de una mujer de morir por una causa materna durante su vida reproductiva.
Número absoluto de muertes maternas	Evento centinela que vigila la calidad del sistema de salud en general y de la salud reproductiva en particular.

Fuente: elaboración propia

En general son cuatro los indicadores que componen el conjunto de medidas de mortalidad materna que idealmente se pueden estimar a partir de datos censales (ver cuadro VII.3). Dada la rareza del evento, sugerimos incluir en este conjunto el número absoluto de muertes maternas.

Es claro también que depender sólo de los censos para producir estimaciones de mortalidad materna tiene sus desventajas, entre ellas el hecho de realizarse —idealmente— cada 10 años, lo que no permite identificar los cambios intercensales.

Por esta misma razón, mientras que en la mayoría de los países de la región ésta sea la única oportunidad de obtener medidas de mortalidad materna, todos los esfuerzos deberían estar orientados a garantizar una buena recolección de este tipo de información

2.4 La información a ser recolectada

Un importante avance en los años 90 para el estudio de la mortalidad materna fue la aplicación del método indirecto relativo a la sobrevivencia de hermanas (Graham, Brass y Snow, 1989), cuya aplicación fue recomendada para los censos de la ronda del 2000. Es posible que para la década de 2010 no lo sea, por cuanto muchos países de la región están en plena transición de la fecundidad hacia niveles bajos, lo que constituye una limitación al método, pues ofrece estimaciones retrospectivas y presupone una fecundidad con composición por edad constante en el tiempo, lo que no es el caso de América Latina y el Caribe.

Lo que sí es posible, es adaptar las preguntas sobre hermanas sobrevivientes para estimar directamente la mortalidad materna, tal como se ha hecho, por ejemplo, con la Encuesta de Demografía y Salud de Bolivia (INE Bolivia, 1994). Los resultados con este tipo de información han sido validados por Stanton, Abderrahim e Hill (1997) para varios países y el Manual de Censos de 2000 (CELADE, 1999), cita la recomendación de Arriaga (1996) de incluir por lo menos las siguientes preguntas:

⁴⁰ Indicador más difundido en su expresión original en inglés: *lifetime risk*

1. Cuántas hermanas en las edades de 15-49 años tiene o tuvo que:	a. Están vivas b. Murieron
2. Para cada una de las hermanas muertas, indique:	a. Edad cuando murió b. Causa de muerte: <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones en el embarazo, parto o puerperio • Accidentes • Violencia • Otras

Si la inclusión de estas preguntas es extendida a toda la población, se identifica con otra importante recomendación para estimar la mortalidad adulta en general, relativa a la incorporación en el cuestionario censal de preguntas sobre defunciones recientes de los integrantes del hogar (usualmente los 12 meses anteriores) de todas las edades o, más frecuentemente, a partir de la edad de 10 años⁴¹. Sobre estas defunciones es preciso saber el sexo, la edad y —en el caso de defunciones de mujeres adultas— preguntar si éstas se encontraban embarazadas, en proceso de parto o puerperio.

Es importante enfatizar que es necesario contar con información sobre fecundidad (hijos nacidos vivos durante el último año), para obtener los denominadores de la RMM y de la TMM. Hill, Stanton y Gupta (2001) describen de forma bastante didáctica la metodología para estimar los niveles de mortalidad materna utilizando estas preguntas. La secuencia sugerida de preguntas puede variar según el contexto. Un ejemplo de ello puede ser:

Preguntas recomendadas	Observaciones
1. ¿Se ha producido algún nacimiento en este hogar en los últimos 12 meses? Caso positivo: nombre, sexo y fecha de nacimiento (mes y año).	Esta pregunta fuerza el recuerdo de una posible muerte materna olvidada
2. ¿Ha habido alguna defunción en este hogar en los últimos 12 meses? Caso positivo: nombre, sexo y fecha de nacimiento (mes y año). Edad al morir (mes y año)	Notar que las fechas de nacimiento y muerte no se piden en días pues no interesa medir la mortalidad infantil o infanto-juvenil. Caso contrario, habría que solicitar también, el día, en la fecha de ocurrencia del evento.
Si se trata de la muerte de una mujer en edad reproductiva ⁴² (se aconseja definir este periodo entre las edades 10 a 55):	
3. ¿La muerte se produjo durante un embarazo?	Notar que en este caso, no se trata estrictamente de muertes maternas. Se trata de <i>muertes relacionadas con el embarazo</i> ⁴³
4. ¿La muerte se produjo durante el parto?	Notar que una definición clara de los periodos es necesaria. La fase del puerperio que la OMS considera es 42 días, sin embargo los países pueden definir periodos de más fácil manejo (por ejemplo, dos meses), o adoptar el periodo ampliado de 12 meses.
5. ¿La muerte se produjo durante el puerperio?	
6. ¿La muerte se produjo de otras causas? ¿Cuáles?	Se puede listar algunas causas relacionadas explícitamente con salud reproductiva como VIH/SIDA y semejantes. Se ha recomendado, también, explicitar suicidio y las otras causas externas. En este caso, las preguntas se extienden a hombres y mujeres mayores de cierta edad (10?) sin límite superior.
7. Dónde se produjo la muerte (hospital, en	Hospital, etc.

⁴¹ Esta recomendación, que para la década anterior de los censos fue hecha de forma tímida, para la década de 2010 está siendo fuertemente recomendada. Esto es verdad, por lo menos en los circuitos de las Conferencias Internacionales de Población (Conferencia de la IUSSP en Marruecos, Set/2009 y Seminario de ALAP en Lima, Oct/2009).

⁴² A partir de la identificación de una muerte femenina en edad reproductiva, se puede crear un registro para iniciar otra investigación para recolectar más y mejor información sobre esta defunción.

⁴³ Ver en el Anexo 1 las definiciones pertinentes.

casa, etc.)	
-------------	--

Para la mejor utilización de esta información, Stanton et al (2001) recomiendan una serie de acciones que incluyen planificaciones pre y post censales (ver recuadro VII.2).

RECUADRO VII.2 RECOMENDACIONES PARA LA MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Box 2. Recommendations for governments considering maternal mortality measurement

1. Questions on deaths in each household in a clearly defined reference period of approximately 12 months, including name, sex, and age in completed years of each deceased person, should be included in censuses for countries lacking adequate vital registration (as recommended by the United Nations)⁴⁴.
2. Additional questions should be included, either in the main census instrument or, under appropriate circumstances (outlined in recommendation no. 6), in a separate follow-up exercise, to identify maternal deaths among deaths of women of reproductive age.
3. Questions on births (in the same clearly defined reference period), children ever born, and children surviving be included for each woman of reproductive age (as recommended by the United Nations)⁴⁵.
4. Evaluation and adjustment, if necessary, of data on births, deaths, and attribution of deaths as being maternal should be an essential part of the exercise.
5. Depending on national resources and priorities, census questions to identify maternal deaths among deaths of females aged 10–55 years could take the following forms:
 - One question: Was she pregnant, in childbirth, or within 6 weeks [or other clearly defined, similar period] of completion of pregnancy when she died?
 - Separate questions: Was she pregnant when she died? Was she in childbirth when she died? Was she within six weeks [or other clearly defined, similar period] of completion of pregnancy when she died?
 - Same as b, but adding the question: Was the death due to injury?
6. A separate questionnaire applied shortly after the census to identify maternal deaths among all deaths of women of reproductive age can be used if there is a suitable statistical infrastructure, a clear and unambiguous address system, and a motivated health system.
7. Careful field testing, including purposive identification of maternal deaths, be included in the development of the census instrument and data-processing procedures in order to test skip patterns to assure the correct flow of questions.
8. Careful training of field-based census supervisors should be carried out, stressing the need to check for no response to the questions on adult and maternal mortality and to avoid inclusion of events outside the scope of these census questions (i.e. particularly age and sex).
9. Explicit time allowance for extra training of enumerators be included in the overall plan for enumerator training. This training should emphasize, among other things, that:
 - additional questions should only be posed in the case of deaths of females aged 10–55 years;
 - time-of-death questions should be asked even if the respondent volunteers a cause of death;
 - the postpartum period should be explicitly specified;
 - enumerators should be sensitive to cultural taboos;
 - enumerators know how to deal with grief and anger of the respondents.
10. Results should be published on all four indicators of maternal mortality (maternal mortality ratio, maternal mortality rate, proportion of adult deaths due to maternal causes, and lifetime risk of maternal death) by age group, geographical area, type of place of residence, and some socioeconomic characteristics of the household.
11. For analytical and evaluation purposes, raw data should be kept in machine-readable form.

Fuente: Stanton et al (2001)

En primer lugar, es necesario evaluar y en muchos casos corregir la información, lo que incluye el volumen total de defunciones, las defunciones maternas y el número de nacidos vivos.

La estimación realizada con el censo de Nicaragua de 2005 resultó en tasas superiores a las estimadas a partir de los registros administrativos. Debe tenerse en cuenta que estas estimaciones están afectadas por altos riesgos de volatilidad -lo que se ilustra en el cuadro VII.4- habida cuenta del escaso número de estos eventos (CELADE, 2007).

⁴⁴ *Principles and recommendations for population and housing censuses, revision 1*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (Series M, No. 67/Rev. 1), 1998

⁴⁵ Ídem.

Entre las experiencias para América Latina, se puede citar, también, el trabajo de Hill et al (2009) con los censos de Nicaragua, Paraguay y Honduras. Para ello, se valieron de varios métodos indirectos basados en las ecuaciones originales de Brass sobre el equilibrio del crecimiento poblacional⁴⁶. Luego, se corrigió la información sobre muertes maternas y se procedió al cálculo de los indicadores de mortalidad materna. Para este ejercicio fueron necesarios tres tipos de datos debidamente evaluados usando instrumental demográfico:

- el número de muertes entre mujeres de edad reproductiva
- la proporción de muertes relacionadas con el embarazo
- el número de nacimientos en el período en que las muertes ocurrieron.

Los datos para la evaluación, de forma general, son: i) distribución por sexo y edad de dos censos separados por no más de 15 años; ii) muertes por sexo y edad para un periodo anterior de uno o dos censos; iii) para las muertes de mujeres en edad reproductiva: definición de su condición de estar embarazada o si murió antes de 6 semanas del fin de un embarazo; y iv) información sobre fecundidad reciente y retrospectiva.

Aunque el estudio muestra en detalle los pasos seguidos, una de las conclusiones inevitables es que aún, después de casi 10 años de lanzada la agenda de los ODM, la medición de un indicador tan importante como la mortalidad materna permanece como un serio desafío porque, aún valiéndose de técnicas demográficas, las decisiones aleatorias son inevitables, lo que redundará en que, inevitablemente, las estimaciones tengan un grado importante de subjetividad.

La experiencia de estos tres países muestra que en los casos de alta incertidumbre sobre la mortalidad materna existe ahora un punto de referencia. En los otros casos, las estimaciones se suman a otras evidencias, que juntas, permiten tener menos inseguridad sobre los niveles de esta variable. En todos los casos, los autores están convencidos de que fue una experiencia valiosa.

En todo caso, más allá de la falta de seguridad, otra recomendación es que se utilice la información censal como base para la realización de auditorías de muertes de mujeres en edad reproductiva, en particular las producidas por causas asociadas a la maternidad. (CELADE, 2007). Esta fue una de las intenciones de la experiencia censal de 2005 de Nicaragua. Esta operación debe ser articulada intersectorialmente; por ejemplo, con el ministerio de salud local; y debe ser efectuada inmediatamente a la identificación de la defunción materna (o defunción de una mujer en edad reproductiva si se trata de un proyecto mayor).

Finalmente, la inclusión de estas preguntas debe depender del nivel estimado de la mortalidad materna –aún cuando, como se sabe, éste sea ambiguo– y del volumen de muertes maternas esperado. En este sentido, véase, el cuadro VII.4 que muestra las más recientes estimaciones de RMM para países seleccionados de la región. El número de muertes maternas anuales es inferior a 300 en siete países, siendo que en cinco de ellos, es inferior a 100⁴⁷. En estos últimos casos, es interesante notar el efecto que ocasiona sobre la RMM una eventual oscilación de por ejemplo, 10 muertes o menos. Para el caso de Cuba, por ejemplo, un aumento de 7 en el número anual de muertes haría pasar la RMM de 45 para 50; ó 45 si las muertes maternas disminuyesen en 7. El mismo cuadro muestra que, debido a su rareza, estos eventos representan, en la generalidad de los casos, menos del 1%, siendo que en 9 de los 20 países, este valor es inferior a 0,5%.

⁴⁶ Conocida en inglés como *the growth balance equation*. Ver, por ejemplo, Brass (1975); Bennett y Horiuchi (1981); Preston et al. (1980).

⁴⁷ Estimado a partir de las tasas brutas de natalidad aplicadas a la población total y que en alguna medida están sobre-estimadas.

CUADRO VII.4
PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y
NÚMERO ABSOLUTO DE MUERTES MATERNAS, CIRCA 2000-2007

País	Razón de mortalidad materna (por 100,000)	RMM si hubiese una variación de 10% en el volumen de muertes maternas		Muertes maternas	
		Para más	Para menos	Calculadas en función de la RMM y del número de nacimientos	Peso relativo en el total de defunciones de la población (%)
Argentina	77	85	69	575	0,19
Bolivia, Estado Plurinacional de	290	319	261	818	1,06
Brasil	110	121	99	4.261	0,35
Chile	16	18	14	46	0,05
Colombia	130	143	117	1.238	0,49
Costa Rica	30	33	27	27	0,16
Cuba	45	50	41	66	0,08
Ecuador	210	231	189	648	0,97
El Salvador	170	187	153	295	0,72
Guatemala	290	319	261	1.318	1,70
Haití	670	737	603	1.877	1,94
Honduras	280	308	252	596	1,68
México	60	66	54	1.458	0,30
Nicaragua	170	187	153	244	0,89
Panamá	130	143	117	95	0,58
Paraguay	150	165	135	244	0,73
Perú	240	264	216	1.562	0,94
Rep. Dominicana	150	165	135	351	0,66
Uruguay	20	22	18	11	0,04
Venezuela, República Bolivariana de	57	63	51	646	0,28

Fuente: Elaboración propia

Sin cuestionar la absoluta importancia y necesidad de medir la mortalidad materna como un indicador de la salud reproductiva, llama la atención el costo que implica aumentar preguntas en un censo para captar tal cantidad de eventos; los mismos que pueden ser captados con otras herramientas. Es probable que valga el esfuerzo incluir el conjunto de preguntas sugerido con anterioridad en los casos donde el volumen de muertes maternas sea elevado (número absoluto superior a 1.000, por ejemplo) y la proporción estimada en el total de defunciones sea, tal vez, superior a 1%.

2.4.1 Limitaciones

Además de la constatación de diversos grados de omisión en las defunciones ocurridas en el hogar en los 12 meses anteriores a la fecha del censo, existe la hipótesis de una mayor probabilidad de desintegración del hogar luego de una muerte materna. Esto se aplicaría, principalmente, en el caso de que la fallecida haya pertenecido a una familia nuclear. De todas maneras, es necesario probar esta hipótesis; si es verdadera, existe el riesgo de omitir el evento, pues la pregunta clave "¿ha habido alguna defunción en

este hogar en los últimos 12 meses?" no se aplica a hogares disueltos. El hogar donde se produjo la muerte no existiría al momento de la entrevista⁴⁸.

Bibliografía

- Arriaga, E. E. (1996), "The 2000 round of censuses and large surveys: data collection proposals", NIDI/UNFPA, *Proceedings of the Expert Group Meeting on Innovative Techniques for Population Censuses and Large-Scale Demographic Surveys (INOTEC)*, La Haya, 22-26 April, 1996.
- Bennett NG, Horiuchi S. (1981), "Estimating the completeness of death registration in a closed population", *Population Index* No. 47.
- Brass W. (1975), *Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data*, Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2007), *Potencialidades y aplicaciones de los datos censales: una contribución a la explotación del Censo de Población y Vivienda de Nicaragua 2005*, Serie Manuales No. 56 (LC/L.2786-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.119
- ____ (1999), *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000*, Serie Manuales No. 1 (LC/L.1204-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), *Panorama Social de América Latina 2005*, (LC/G.2288-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (1998), *Population and Development, Twenty-seventh session - Oranjestad, Aruba, 11-16 May, 1998* [en línea] <http://www.eclac.org/celade/publica/LCG2015i.html>
- Cavenaghi, S. (ed.) (2006), *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*, Rio de Janeiro, ABEP y UNFPA.
- Deneux-Tharoux C, et al, "Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe", *Obstet Gynecol* No. 106, 2005.
- Graham, W., Brass W. y Snow R.V. (1989), "Indirect estimation of maternal mortality: the sisterhood method", *Studies in Family Planning*, Vol. 20, No. 3.
- Hanley, J.A., Hagen, C.A. and Shiferaw, T. (1996), "Confidence Intervals and Sample-size Calculations for the Sisterhood Method of Estimating Maternal Mortality", *Studies in Family Planning*, Vol. 27, No. 4.
- Hakkert, R. (2000), "Preguntas destinadas a investigar la fecundidad, mortalidad en la niñez y mortalidad en adultos", en CEPAL, *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000*, Serie Manuales No. 1 (LC/L.1204-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9
- Hill K., Queiroz, B., Wong, L., Plata J., Popolo F. del, y Rosales J. (2009), "Estimating pregnancy-related mortality from census data: experience in Latin America", *Bull World Health Organ*, Vol. 87, No 4.
- Hill, K., Stanton, C., Gupta, N. (2001), *Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for Potential Users, Measure Evaluation Manual Series*, No. 4, Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina.
- INE Bolivia (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia) (1994), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*, La Paz, Bolivia, [en línea] <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR58/00FrontMatter.pdf>
- Laurenti, R, Mello-Jorge, M. H. y Davidson, S. L. (2000), "Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna", *Cad. Saúde Pública*, Vol. 16, No. 1, Río de Janeiro.
- Laurenti, R. y Ferreira, C.E.C. (1995), *Diferenciais de Mortalidade Materna segundo Nível Socioeconômico no Município de São Paulo*, São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública (mimeo)
- Lewis G, (ed.) (2004), *Why mothers die 2000-2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*, London, RCOG Press.
- Naciones Unidas (2009), *Objetivos de desarrollo del Milenio, Informe 2009*, Nueva York, [en línea] http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2007), *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*, Ginebra, Suiza, OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial.

⁴⁸ Esta limitación se aplica, también, a los esfuerzos de investigar causas externas de muerte masculina.

- Perpétuo, I.O.H y. Wong, L.R. (2004), “Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en Brasil”, en *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?*, Serie Seminarios y conferencias, No 36 (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.34
- Preston SH, Coale AJ, Trussell TJ, Weinstein M. (1980), “Estimating the completeness of reporting of adult deaths in populations that are approximately stable”, *Population Studies* No. 46
- Rodríguez Vignoli J. (2009), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Santiago de Chile, CELADE y OIJ.
- Stanton C, et al. (2001), “Every death counts: measuring maternal mortality via a census”, *Bull World Health Organ* No. 79.
- Stanton, C., Abderrahim, N. y Hill, K. (1997), *DHS maternal mortality indicators: an assessment of data quality and implications for data use*, Calverton MD, Macro International.

VIII. Cobertura de las estadísticas vitales a partir de la información recogida en censos o derivada de ellos: experiencias y lecciones aprendidas en la región

*Odette Tacla*⁴⁹

Introducción

Para el estudio del crecimiento de la población y de los cambios que se producen en la estructura por edades de un país, así como los aspectos analíticos que se derivan, se hace indispensable contar con datos fidedignos acerca de los factores demográficos que los originan, vale decir, la fecundidad, la mortalidad y las migraciones.

Normalmente las fuentes de datos demográficos la conforman las estadísticas vitales, las encuestas demográficas y los censos de población. Las primeras, derivadas del registro sistemático de nacimientos y defunciones, otorgan la posibilidad de calcular tasas e indicadores y

⁴⁹ Consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL

realizar análisis de niveles y tendencias tanto de la mortalidad como de la fecundidad considerando distintas cohortes de mujeres. Con los datos provenientes de censos es posible efectuar una interpretación mediante un análisis transversal.

La mortalidad y la salud van íntimamente relacionadas. Desde el punto de vista demográfico, las estimaciones de la mortalidad infantil, en la niñez y de la mortalidad adulta constituyen insumos básicos e indispensables para las proyecciones demográficas, a la vez son de vital importancia para la implementación y evaluación de programas y políticas de salud. Junto con los indicadores de la fecundidad y los referentes a la migración, los datos acerca de la mortalidad son básicos y fundamentales para el cálculo del tamaño y distribución futura de la población de un país y sus diferentes divisiones territoriales.

Siempre que sean confiables, las tres principales fuentes de datos mencionadas se complementan entre sí, transformándose en una base indispensable para la estimación de niveles, tendencias y la aplicación de modelos que otorgan diversos escenarios acerca del posible comportamiento futuro, tanto del crecimiento como de la composición por sexo y edad de la población, entre muchos otros indicadores.

Con pocas excepciones, en la mayoría de los países latinoamericanos la cobertura y calidad de los registros de nacimientos y de defunciones, así como los hospitalarios, son muy incompletos. Independientemente de registrar el hecho mismo, normalmente los registros incluyen características sociales y económicas de las personas, especialmente de las fallecidas donde se consigna la causa de la defunción, así como distintas clasificaciones por variables demográficas.

En general, los censos proporcionan datos que permiten efectuar estimaciones indirectas de la fecundidad y de la mortalidad, especialmente ante la carencia de la información proveniente de registros de hechos vitales. Sin embargo, el censo no registra, por ejemplo, las causas de defunción ni las características económicas y sociales de las personas fallecidas.

El propósito de este trabajo es presentar el estado del arte de las Estadísticas Vitales de la región en base a dos documentos a saber: i) el emanado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, ii) el que fuera elaborado por Guiomar Bay y Hernán Orellana en el cual los autores se refieren tanto a la cobertura como a la calidad. Asimismo, se presentan algunos tipos de errores de las estadísticas vitales en América Latina, su intensidad y la metodología utilizada para medirla. La segunda parte del trabajo hace mención a las preguntas sobre “*Situación Demográfica y de Salud*” incluidas en los censos de población de las décadas de 1990 y 2000, y a la medición de la cobertura de las estadísticas vitales, a través de las preguntas censales para lo cual se presentan, como ejemplo, los casos de Paraguay, Chile y México.

1. Principales fuentes de información para el análisis

Las principales fuentes de datos para el análisis y posterior estimación de los niveles de fecundidad y de mortalidad implícitas en las estimaciones y proyecciones de población, son las estadísticas vitales y los censos de población.

En el caso de la fecundidad, de estadísticas vitales se obtiene de los nacimientos por edad de las madres (numerador), y de los censos la población femenina en edad fértil (denominador) dando como resultados las tasas de fecundidad por edad, que permiten, a su vez, obtener la Tasa Global de Fecundidad (TGF), la cual representa el número promedio de hijos por mujer.

Asimismo, para el análisis y estimación de la mortalidad por edades se consideran las defunciones por edades que proveen las estadísticas vitales y la estructura, también por edad, emanada del censo. Permiten elaborar las Tablas de Mortalidad y, a través de ellas, la esperanza de vida tanto al nacer como para las diferentes edades.

Desde la década de 1950 en América Latina se realizan censos de población, normalmente cada diez años, sin embargo, no todos los países los han levantado con una periodicidad regular. Respecto a su cobertura, también se observan diferencias diversas, así se ha estimado cifras de omisión censal entre

el 0% y 16% en los censos de la década 1980; de entre 1% y 14,5% en la década de 1990 y entre 0% y 7,5% en los censos de la década de 2000 (Tacla, 2006).

Como se verá en el desarrollo de este documento, en lo que dice relación con la calidad y la cobertura de las estadísticas vitales tanto en lo referente al registro de nacimientos como el de defunciones, también se presentan situaciones diversas en la región.

2. Estadísticas Vitales

2.1 Fuentes para el análisis de la situación de las Estadísticas Vitales

2.1.1 Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el CELADE-División de Población de la CEPAL, han sugerido estrategias para el fortalecimiento de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales en América Latina. Para el presente trabajo, se utilizó en primer lugar el documento de la OPS denominado “*Estrategia para el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud de los países de las Américas*”, que dice relación con las recomendaciones emanadas del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud (CRAES), órgano asesor de la OPS, en orden a desarrollar un mecanismo sustentable que facilitara el desarrollo en los países de planes de fortalecimiento de sus estadísticas vitales y de salud.

Un segundo documento utilizado fue el que prepararon G. Bay y H. Orellana, de CELADE-División de Población de la CEPAL, titulado “*La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina*”, el cual fue presentado al “Taller de expertos en el uso de las estadísticas vitales: alcances y limitaciones” realizado en Santiago de Chile en diciembre de 2007.

2.1.2 Análisis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Entre el 25-29 de junio de 2007 se desarrolló, en Washington DC, la 140.a Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Para el desarrollo del punto 4.10 de la orden del día provisional, la OPS elaboró el documento CE140/15 (Esp.) de 29 de mayo de 2007 denominado “*Estrategia para el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud de los países de las Américas*”, cuyo contenido dice relación con las recomendaciones emanadas del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud (CRAES), órgano asesor de la OPS, en orden a desarrollar un mecanismo sustentable que facilitara el desarrollo en los países de planes de fortalecimiento de sus Estadísticas Vitales y de Salud.

Con el propósito de dar cumplimiento a dichas recomendaciones, durante los años 2004 y 2005, el Secretariado de la OPS se abocó a efectuar un análisis inicial de la situación de las Estadísticas Vitales y de Salud en la región. Para ello elaboró la “*Guía para el análisis de las Estadísticas Vitales, de morbilidad y recursos de salud: documento general*” la cual fue dirigida, tanto a las Oficinas Centrales de Estadísticas como a las responsables de generar datos en Salud de los países miembros⁵⁰. Permitió conformar una Base de Datos de 26 países y elaborar un diagnóstico preliminar (OPS/OMS, 2005), con los países distribuidos en cuatro grupos, según indicadores seleccionados de cobertura y calidad. Este fue presentado en la Reunión Regional de Directores Nacionales de Estadística y Directores Nacionales de Salud de los países de las Américas, realizada en Buenos Aires en noviembre de 2005.

⁵⁰ Todos los países de habla hispana; Brasil y Haití; y siete países del Caribe no latino (Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Trinidad-Tobago) y Estados Unidos. Aborda la situación de producción de datos desde el punto de vista cualitativo (6 cuestionarios) y otra cuantitativa (2 aplicaciones), ambas complementarias para el análisis de cada una de las estadísticas.

Una vez consolidada la base de datos, durante el año 2006 se procedió a redactar un informe regional en el cual se identifican las debilidades y fortalezas en la producción de este tipo de estadísticas en los países que conforman la región. Asimismo, se logró establecer las diferencias relativas entre ellos con vistas a la elaboración de un plan de acción que, respetando las diferencias y necesidades de cada país, fortaleciera la capacidad de gestión, operación y mantenimiento de los sistemas.

Los contenidos conceptuales y operacionales a ser considerados en el diseño de la Estrategia para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud de los países, fueron discutidos con representantes de los países y organizaciones internacionales gracias al convenio entre la OPS y CEPAL, a través de una actividad conjunta con el CELADE-División de Población de la CEPAL, en el ámbito de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas y la Conferencia de Estadística de las Américas (CEA/CEPAL).

Situación de las Estadísticas Vitales y de Salud en la región: Principales resultados

Los principales resultados derivados del análisis contenido en el Informe Regional destaca la existencia de una amplia heterogeneidad entre los países y más aún, dentro de estos, tanto en términos sociales y económicos como geográfico y de desarrollo institucional.

Respecto a la **cobertura**, diez de los veintiséis países analizados mostraron una mejor situación relativa referente a la inscripción de nacimientos y defunciones, con un alcance superior al 85% a nivel nacional.

En contraste, otros países apenas logran una cobertura un poco menor al 50% lo que significa que se inscriben uno de cada dos nacimientos o defunciones que ocurren, con consecuencias negativas para el análisis de los riesgos en salud y sus factores determinantes. La situación se ve aún más grave si se considera que el subregistro de ambos hechos vitales afecta principalmente a los grupos más vulnerables de la población, como son los sectores rurales, urbano-marginales, y poblaciones indígenas, entre otros.

Respecto a la **calidad** de los registros de hechos vitales el referido Informe Regional señala que, los problemas y limitaciones afectan en forma más homogénea a toda la población y a todos los países, en especial dentro del contexto local. Las mayores fallas de información se registran en variables tales como la edad de la madre, el peso del recién nacido, lugar de residencia de la madre, características socioeconómicas del padre o de la madre, o de adultos fallecidos y la indefinición de la causa de muerte.

Estas deficiencias en las actas de nacimiento o defunción impiden conocer los verdaderos niveles de riesgo y cargas de enfermedades, así como también limitan la posibilidad de definir perfiles epidemiológicos de la mortalidad.

Morbilidad, recursos y atenciones en salud

En cuanto a las estadísticas relativas a morbilidad, recursos y atenciones en salud, los países muestran también una gran diversidad. Independientemente del grado de desarrollo económico que presenten, el Informe Regional destaca que los problemas detectados se relacionan con el funcionamiento de los sistemas de salud, en particular con el alcance y cobertura de los mismos respecto a la población atendida; a ello se agrega la falta de comunicación con los sectores privado y de seguridad social. En consecuencia, no se cuenta con información amplia, válida y confiable para la formulación de planes y políticas para el sector salud.

No obstante lo valioso que resulta ser el informe elaborado por la OPS, para su elaboración se combinaron métodos de tipo cualitativo (encuesta a los países) y cuantitativo (cifras efectivamente declaradas y publicadas).

Como se verá a continuación, estas últimas no siempre están disponibles o bien no se encuentran en la web para ser consultadas o utilizadas. En otras palabras, en muchos países no existe acceso a los registros por lo que se duda de su inclusión en las estadísticas de hechos vitales.

2.1.2 Análisis del CELADE: Calidad y cobertura de las estadísticas vitales en América Latina

Bay y Orellana (2007) destacan que, a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar la calidad de los registros de estadísticas vitales, en algunos países de la región no se observan mejoras en los últimos 40 años.

El constante interés por contar con estadísticas oportunas y de buena calidad deriva de la necesidad de diseñar, focalizar y evaluar, de manera informada los programas sociales de los gobiernos, a todos los niveles de la división político-administrativa. El surgimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a su vez, hizo necesario contar con estadísticas sobre defunciones por edad y causas de muerte, entre otros indicadores, con los cuales medir los avances en las distintas metas.

Muchos países han debido recurrir a indicadores “out-of-date” tanto para el diseño de políticas como para la asignación de recursos. Generalmente, están basados en datos provenientes de censos, encuestas o de proyecciones de población. Obviamente, el impacto de los programas no puede ser óptimo, y se corre el riesgo de pérdidas de recursos tanto humanos como financieros.

Agregan que, no es tarea fácil lograr mejoras. Principalmente influyen dos factores a saber, aquellos relacionados con la declaración de los interesados, que denominan “ambientales”, y los propios del Sistema de Registro, para la recolección, procesamiento y obtención de resultados deben intervenir más de un organismo.

Los factores “ambientales” afectan directamente a la **cobertura** de los hechos vitales en tanto que, los de tipo administrativo-institucional pueden afectar tanto la **cobertura** como la **calidad**; derivado de ello, los problemas que se encuentran en las estadísticas pueden provenir de varias fuentes de error.

Cobertura del registro de nacimientos

Su análisis detallado resulta complejo debido a las diferentes formas en que los países publican los datos. Algunos presentan los nacimientos correspondientes a un año determinado, incluyendo las inscripciones tardías (nacidos en años anteriores); otros, los nacidos e inscritos en el mismo año, sin considerar los inscritos tardíamente, y unos pocos publican los nacimientos ocurridos realmente en un año determinado y registrados en un intervalo superior a los 15 meses pero, que corresponden al año de referencia, debido a lo cual, cualquier comparación puede conducir a interpretaciones erróneas.

Los resultados obtenidos por Bay y Orellana señalan que, de todas maneras, la cobertura del registro de nacimientos es superior al de defunciones. Sólo puede ser inferior, si se consideran los nacimientos ocurridos y registrados en el mismo año –considerando los 3 primeros meses del año siguiente-, debido a la inscripción tardía.

Los autores presentan una estimación del subregistro de nacimientos como de defunciones para América Latina la cual se deriva de una comparación entre las cifras registradas y las estimadas acerca del número de nacimientos y defunciones implícitas en las estimaciones o proyecciones elaboradas por el CELADE, en conjunto con los países.

Si bien lo considera subjetivo, al igual que para defunciones, CEPAL/CELADE (2007 y 2008) agrupa a los países en cuanto a la **cobertura**, de acuerdo al siguiente criterio: superior al 90% “buena”; entre 80 y 89% “satisfactoria”; entre 70 y 79% “regular”, e inferior al 70% “deficiente” (véase cuadro VIII.1)

CUADRO VIII.1
AMÉRICA LATINA: CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN GRADO DE COBERTURA DE LAS ESTADÍSTICAS DE NACIMIENTOS

Clasificación según cobertura	Períodos					
	1960-1965	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Buena (> de 90%)	9	11	11	11	12	11
Satisfactoria (entre 80 y 89%)	5	5	2	1	2	0
Regular (Entre 70 y 79%)	1	1	1	1	2	3
Deficiente (< 70%)	1	2	1	2	2	1
Sin información	4	1	5	4	4	5

Fuente: Bay y Orellana (2007)

Cobertura del registro de defunciones

Tal como se señalara, en el caso de los nacimientos la cobertura es superior a la correspondiente a defunciones. En efecto, en América Latina es muy variable ya que hay países que registran casi todas las muertes con resultados publicados, y otros, donde ni siquiera se conoce el número de defunciones registradas. Al agrupar los países de acuerdo al criterio (subjetivo) antes mencionado, se obtienen los resultados que se presentan en el cuadro VIII.2.

CUADRO VIII.2
AMÉRICA LATINA: CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN GRADO DE COBERTURA DE LAS ESTADÍSTICAS DE DEFUNCIONES

Clasificación según cobertura	Períodos					
	1960-1965	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Buena (> de 90%)	3	7	6	5	8	7
Satisfactoria (entre 80 y 89%)	5	2	1	3	2	5
Regular (Entre 70 y 79%)	4	2	5	5	3	1
Deficiente (< 70%)	7	9	6	2	3	0
Sin información	1	0	2	5	4	7

Fuente: CEPAL/ CELADE, 2007

Se observa un aumento del número de países con cobertura “buena” y “satisfactoria” pero, también aumenta el número de países sin información. Ello no significa que los datos no existan, sino que no están disponibles para todo el período o bien que se publican en forma tardía.

En períodos anteriores a 1990, menos de la mitad de los países contaban con estadísticas de defunciones que pudieran ser calificadas como “buenas” o bien “satisfactorias”. Llama la atención que entre el período 1960-65 y el de 1995-2000 la situación casi no varía ya que, de ocho pasa a doce países con subregistro inferior al 20%.

Dentro de los países de la región, destacan Argentina, Chile, Cuba, Guatemala, México y Uruguay que, en general, han tenido desde siempre buena cobertura de registro de defunciones.

El análisis hasta aquí presentado está referido a totales nacionales y no se ahondará mayormente. Considerando que las cifras promedios esconden otro tipo de problemas, los autores profundizan el análisis de la cobertura por sexo, según grandes grupos de edad para algunos países de la región, por períodos seleccionados. Asimismo, el trabajo hace referencia a las causas de muerte incluyendo las causas mal definidas y la certificación médica (Bay y Orellana, 2007).

Las limitaciones, deficiencias y escasa cobertura en el registro de hechos vitales, y a la restricción que imponen las encuestas demográficas al no permitir la desagregación de la información a niveles geográficos menores, amén de su alto costo, ha impulsado a los países a captar datos acerca de mortalidad y fecundidad a través de los Censos de Población.

3. Censos de Población

Los datos captados a través de los censos, permiten obtener características demográficas que de otra manera no se lograrían y, se adquiere información - que no es fácil de reunir - para estimar la fecundidad y la mortalidad, tanto a nivel nacional como para divisiones subnacionales.

No obstante lo anterior, es sumamente importante destacar que la información derivada de los censos “*no es un buen sustituto de los datos de un Registro Civil completo y confiable. Si los países quieren contar con cálculos detallados y precisos sobre fecundidad y mortalidad, deben llevar registros vitales y garantizar su cobertura universal*” (Naciones Unidas, 2008). Cabe agregar que, la implementación del mismo debe considerar la *permanencia, la continuidad y la obligatoriedad* como condiciones necesarias de un buen Sistema de Estadísticas Vitales.

Tal como se señala en “Principios y Recomendaciones”, investigar los temas de fecundidad y mortalidad, a través de los censos de población resulta de suma utilidad para aquellos países que no disponen de un Sistema de Estadísticas Vitales confiable y oportuno, más aún si se considera que, levantar periódicamente grandes Encuestas Demográficas tiene costos bastante elevados.

Aún para aquéllos que cuentan con sistemas completos de registro de nacimientos y defunciones, la información censal sobre “*hijos nacidos vivos*” les puede ser de utilidad para evaluar cuán completos son sus Sistemas de Registro y para estimar niveles de fecundidad de cohortes mayores.

3.1 Preguntas sobre Situación Demográfica y de Salud en los censos de 1990 y 2000

Tal como lo señala Juan Chackiel (2009), entre ambas décadas no se observan muchas innovaciones acerca de las preguntas incluidas en los censos de América Latina para captar fecundidad y mortalidad.

Cabe aclarar que, en algunos casos, los países preguntaron uno o más temas en el módulo reservado para las características del hogar⁵¹. En estos casos y el de otros países, además de la parte correspondiente a personas propiamente tal, se han considerado aquéllas preguntas que se refieren a una determinada variable pero que fueron incluidas en el acápite del cuestionario destinado a obtener los “Datos del Hogar”, en uno o en ambos censos.

En la década de 1990 en la parte correspondiente a “Datos del Hogar”, cuatro países consultaron acerca de las *defunciones ocurridas en el hogar en el último año* y, a cada componente del hogar, las *muertes maternas*. Para la década del 2000, dos países consultaron, sólo al informante, sobre *defunciones ocurridas en el hogar en el último año*, y un tercero, que la había considerado en el censo anterior, modificó la pregunta dirigiéndola, principalmente, a obtener *causas de mortalidad materna* en esta parte del cuestionario.

⁵¹ Por ejemplo Bolivia, en el censo de 1992, consultó las variables *religión, culto o credo y mortalidad general* entre los miembros que componían el hogar; Argentina en el 2001, incluyó *discapacidad y etnia*, como base para una encuesta posterior.

CUADRO VIII.3
AMÉRICA LATINA: PREGUNTAS SOBRE SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE SALUD, EN LOS CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000, SEGÚN PAÍSES

País	Fecundidad y Mortalidad en la Niñez								Mortalidad de Adultos						Salud				
	Hijos nacidos vivos						Sobrevivencia del último hijo nacido vivo		Orfandad materna		Muertes ocurridas en el último año ^d		Mortalidad hermanas maternas		Cobertura en Salud		Discapacidad		
	Total de hijos tenidos		Total de hijos sobrevivientes		Fecha nacimiento último hijo														
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	
Argentina	X ^a	X	X ^a	X	X ^{ac}	X										X ^e	X ^e		X ^g
Bolivia, Estado Plurinacional de	X	X	X	X	X	X					X	X ^h							X ^g
Brasil	X ^a	X ^a	X ^a	X ^a	X	X ^a		X ^a										X ^a	X ^{ai}
Colombia (2005)	X	X ^a	X	X ^a	X	X ^a					X ^a						X ^a	X	X ^{ai}
Costa Rica *	X	X	X	X												X			X
Cuba*	X	F	X																X ⁱ
Chile	X	X	X	X	X	X												X	X
Ecuador	X	X	X	X	X	X	X	X	X										X
El Salvador (2007)	X	X ^b	X ^b	X	X	X	X	X	X			X	X ^d					X	X
Guatemala	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								X	X ^g
Haití *	X	X	X	X	X	X						X	X						X ^g
Honduras	X	X	X ^b	X	X	X	X	X	X			X	X ^h						X ^g
México	X	X	X	X ^b		X		X									X		X ⁱ
Nicaragua (2005)	X	X	X	X	X	X ^k	X					X							X ^g
Panamá	X	X	X	X	X ^c	X ^c	X	X	X				X					X	X ^g
Paraguay	X	X	X ^b	X ^b	X	X						X ^h						X	X ^{gi}
Perú (2007)	X	X	X	X	X	X	X		X								X	X	X ^g
Rep. Dominicana	X	X	X ^b	X	X	X	X	X		X	X				X				X ^{gi}
Uruguay	X		X		X ^c											X ^e			
Venezuela, República Bolivariana de	X ^a	X	X ^a	X	X ^{ac}	X												X ^a	X ^j

Fuente: Del Popolo (1999) y elaboración propia, sobre la base de los cuestionarios censales.

^a Sólo en el cuestionario ampliado, con excepción de Venezuela que en 1990 la pregunta sobre discapacidad la realizó en ambos cuestionarios y de México que hizo lo mismo en 2000.

^b Estos países preguntan, además, por el total de fallecidos; algunos por sexo.

^c Estos países preguntan por el total de hijos nacidos vivos en los últimos 12 meses.

^d La pregunta se refiere al total de muertes ocurridas en el hogar o en la vivienda, durante el año calendario anterior o los últimos 12 meses, excepto Nicaragua que, para la década 1990, se refiere a los 2 últimos años. En todos los países se indaga: sexo, edad y fecha de muerte; en la década 1990, en Bolivia se registró sexo y edad y en República Dominicana preguntó sólo por el total de muertes. En la década 2000, este último país la eliminó del módulo hogar e introdujo 3 preguntas sobre mortalidad de hermanas maternas y causa materna de muerte.

^e Argentina diferencia la obra social de la mutual o plan médico. En la década 1990, Uruguay indagó si el tipo de cobertura era total o parcial.

^f En la década 2000, no consultó la variable fecundidad.

^g Discapacidad entre los miembros del hogar o la vivienda.

^h Estos países, además de consultar el total de muertes ocurridas en el hogar, si era mujer mayor de 15 años solicitaron causa de mortalidad materna.

ⁱ Solicitaron causas de discapacidad; México lo hizo en el cuestionario ampliado.

^j Venezuela consultó sobre uso de silla de ruedas.

^k Consultó lugar de atención del parto e inscripción en el Registro Civil.

* En la década 1990 no realizaron censo. Los datos se refieren a: Costa Rica, 1984; Cuba, 1981 y Haití, 1982.

En el módulo correspondiente a “personas”, este último país incluyó preguntas relativas a hijos muertos y el lugar de atención del parto. Sólo un país introdujo, por primera vez, la pregunta sobre orfandad materna agregando, además, mortalidad de hermanas maternas. En el cuestionario básico, otro país consultó mortalidad infantil y sobrevivencia del último hijo, y en el ampliado, uso de servicio de salud. Otros dos países consultaron acerca de la inscripción en el registro del nacimiento y uno más agregó también, hijos e hijas sobrevivientes.

El cuadro VIII.3 da cuenta de las preguntas sobre situación demográfica y de salud consideradas por los países en los dos últimos censos. Cabe hacer presente que, algunos incluyeron otras adicionales, como fue el caso de Brasil que, en ambas décadas, preguntó sobre hijos nacidos muertos.

4. Cobertura de las estadísticas vitales a través de preguntas censales

4.1 Estimación del subregistro de nacimientos y de defunciones, en base a preguntas censales, utilizando estimaciones y proyecciones de población

Es normal que, una vez que se dispone de los datos emanados de un nuevo censo, las oficinas de estadística de los países procedan a elaborar o bien revisar las estimaciones y proyecciones de población —basadas en el censo anterior— proporcionando así información que permite, a través de métodos indirectos, estimar nacimientos y defunciones derivadas de las preguntas introducidas en el censo.

Como ya se señalara en la primera parte de este documento, contando, por una parte, con la sumatoria de nacimientos estimados o esperados (derivados de las proyecciones) y, por otra, con la acumulación de los efectivamente registrados, tanto en el año de nacimiento como en los sucesivos, se obtiene la diferencia o déficit de registro, permitiendo evaluar su cobertura.

Como ejemplo, G. Bay y H. Orellana (2007) realizaron las estimaciones del subregistro de nacimientos, en base a la pregunta “*Nacimientos del último año*”, y utilizando las estimaciones y proyecciones de población para El Salvador, Nicaragua y Panamá.

CUADRO VIII.4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS) ESTIMACIÓN DEL SUBREGISTRO DE DEFUNCIONES EN BASE A LA PREGUNTA “DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOGAR”, UTILIZANDO LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN, DÉCADA DE 2000

País (año censal)	Nacimientos			Porcentajes de Subregistro	
	Estadísticas Vitales	Implícitas en las proyecciones	Nacimientos del último año (Censo)	Según Proyecciones	Según Censo
El Salvador (2007)	106 471	124 784	101.509	14,7	-4,9
Nicaragua (2005)	121 380	139 362	126.750	12,9	4,2
Panamá (2000)	64 357	68 951	68.729	6,7	6,4

Fuente: elaboración propia de la autora.

La cifra negativa como porcentaje de subregistro según el censo para El Salvador, otorga indicios que éste excluyó parte importante de los nacidos vivos. Si bien, para efectos de los cálculos presentados, las cifras emanadas de estadísticas vitales corresponden a nacimientos sin corregir, los antecedentes

disponibles al momento de realizar las proyecciones y estimaciones de población indican que la omisión en el registro es cercana al 15%.

En el caso de Nicaragua, tampoco las cifras censales otorgan el subregistro correspondiente ya que este es casi el 13%, según las estimaciones y proyecciones de población. Las situaciones antes descritas no se dan en el caso de Panamá donde ambos porcentajes de subregistro de nacimientos son muy similares, vale decir, poco más de un 6%. En base a la pregunta “*Defunciones ocurridas en el hogar*” y utilizando también las estimaciones y proyecciones de población para los mismos países, se efectuó el cálculo del subregistro de defunciones cuyos resultados se presentan en el siguiente cuadro.

CUADRO VIII.5
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS) ESTIMACIÓN DEL SUBREGISTRO DE DEFUNCIONES EN BASE A LA PREGUNTA “DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL HOGAR”, UTILIZANDO LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN, DÉCADA DE 2000

País (año censal)	Defunciones registradas			Porcentajes de Subregistro	
	Estadísticas Vitales	Implícitas en las proyecciones	Nacimientos del último año (Censo)	Según Proyecciones	Según Censo
El Salvador (2007)	31 349	41 668	36 123	24,8	13,2
Nicaragua (2005)	16 770	26 501	23 223	36,7	27,8
Panamá (2000)	11 841	14 766	19 527	19,8	39,4

Fuente: elaboración propia de la autora.

Al comparar las cifras absolutas, en los tres países seleccionados estas son mayores según el censo que las defunciones registradas por estadísticas vitales, lo cual otorga indicios de la falta de cobertura del registro de estas últimas.

Tanto para El Salvador como Nicaragua, los porcentajes de subregistro de defunciones según censo son bastante menores que los implícitos en las estimaciones y proyecciones de población en tanto que, en Panamá ocurre lo contrario ya que, el censo otorga un poco más de un 39% y lo implícito en las proyecciones es cercano al 20%, nivel que se estima más adecuado debido a la mejor calidad del registro.

El cuadro VIII.6 muestra los porcentajes de subregistro de nacimientos y defunciones, según lo declarado y calculado en base al censo realizado en Nicaragua y las estimaciones y proyecciones de población efectuadas con posterioridad.

Las cifras dan un indicio de las falencias en las declaraciones en el censo, tanto en lo relativo a nacimientos como a defunciones; el porcentaje de subregistro calculado en base al mismo otorga un 4,2% para nacimientos y un 27,8% para defunciones en circunstancias que, luego de efectuada la conciliación censal, se estimó en 12,9% y 36,7% respectivamente. El 16,4% que aparece declarada en el censo en la columna nacimientos provenientes de certificado de defunción otorgado por el MINSa, corresponde a personas que declararon “no tuvo”.

Sin embargo, no se puede dejar de mencionar que los nacimientos del último año y las defunciones del hogar recolectadas en el censo tienen omisiones importantes, y que para su corrección se han desarrollado distintas metodologías.

CUADRO VIII.6
NICARAGUA: PORCENTAJES DE SUBREGISTRO DE HECHOS VITALES, SEGÚN LO DECLARADO Y
CALCULADO EN BASE AL CENSO Y DE LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN

	Fuente de Estimación	Nacimientos	Defunciones
	Registro Civil	33,2	30,5
Declarado en el Censo	Certificado de defunción MINSA	16,4	29,2
Calculado en base al Censo		4,2	27,8
Estimaciones de Proyección		12,9	36,7

Fuente: elaboración propia de la autora.

4.2. Estudios realizados por los países: los casos de Paraguay, Chile y México

Es preciso señalar la escasa existencia de estudios o bien de informes específicos publicados acerca del uso de la información censal para evaluar la cobertura de las estadísticas vitales. A continuación se presenta los casos de tres países: Paraguay, Chile y México. El primero y el último de los mencionados fueron elaborados, en forma individual y/o conjunta por especialistas en tanto que, en el caso de Chile, deriva del “*Informe Metodológico*” publicado en la Web del INE, y que fuera elaborado por los demógrafos pertenecientes al Departamento de Demografía de la institución, con motivo de la evaluación de los datos básicos, previo al inicio de las estimaciones y proyecciones de población.

4.2.1 El caso de Paraguay

Con motivo de la realización del *Global Forum on Gender Statistics (2007)*, Zulma Sosa, Directora General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, presentó un documento que versa sobre la situación del registro de nacimiento, según diversas fuentes. Señala que, al igual que la mayoría de los países de América Latina, Paraguay adolece de serias deficiencias en sus registros de hechos vitales en especial, los correspondientes a nacimientos.

Las principales fuentes de datos provienen del departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, responsable de la producción de estadísticas de nacimientos, defunciones generales, y fetales. Asimismo el Registro Civil provee la información necesaria sobre nacimientos, defunciones y matrimonios registrados, a la Dirección de Estadística, Encuestas y Censos quien se encarga de su sistematización y publicación.

Las limitaciones y deficiencias, en especial las correspondientes a nacimientos, que emite el Ministerio emana de una subcobertura en todos los estratos sociales, en especial los de menores recursos. La información proveniente de los sanatorios o clínicas privadas es incompleta, excluyéndose así a un grupo de mayores recursos; asimismo no se tiene conocimiento ni menos registro de quienes nacieron en sus casas o bien en casas de parteras no habilitadas por el Ministerio⁵² y que pertenecen a sectores más pobres de la población paraguaya.

La autora señala que, estas limitaciones ubican al país en una cobertura estimada en 65% para nacimientos y de un 35% para defunciones. Agrega que, los determinantes más importantes de la omisión de los registros serían, por una parte, el divorcio existente entre el Sistema de Salud y el Registro Civil y, por otra, la restringida cobertura territorial del Registro Civil, lo que se ve agravado

⁵² En la Encuesta Integrada de Hogares 2000/1 de la DGEEC se detectó que, de la población menor de 5 años, un 17,5% nació en clínica-sanatorio privada mientras que el 20,1% en su casa y el 3,7% en otros. Del 7,2% que nació en casa de la partera, sólo una parte está registrada por el Ministerio y corresponden a parteras habilitadas y entrenadas por el mismo.

debido a que más del 40% de la población habita en áreas rurales donde, además, no existe conciencia acerca de la importancia y conveniencia de registrar los hechos vitales.

Respecto a los nacimientos registrados por el Registro Civil de las Personas, existe un alto porcentaje que se inscribe tardíamente, consecuentemente siempre es mayor la cantidad de personas registradas después del año correspondiente a su nacimiento que, los que son registrados civilmente en el mismo año en que nacieron.

La Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay estimó que, durante el decenio 1992-2002 debieron nacer 1.713.742 niños (nacimientos esperados); sin embargo, se registraron sólo 1.098.373, lo que hace una diferencia de 608.120 niños no registrados, equivalente a un 35,9% sobre los nacimientos estimados. No obstante, el déficit en el registro disminuye o aumenta a medida que se aleja del año inicial o se acerca al 2002 debido, precisamente al factor “registro tardío”.

La voluntad política de mejorar esta situación se refleja en la creación en el año 2003, por parte de la Presidencia de la República, del Consejo Nacional de las Estadísticas Vitales y el Comité Asesor del mismo. Asimismo, se editó un manual que contiene normas y procedimientos, al que se agregan otras resoluciones emanadas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y campañas masivas llamando a la inscripción, que continúan en vigencia.

Preguntas incluidas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2002

Por la significancia que ha ido cobrando en el país el tema referente al registro civil de las personas, en el censo realizado en 2002, Paraguay incluyó dos preguntas que se refieren a “*Tenencia o no de registro de nacimiento*” y de “*cédula de identidad*”. Ello permite la obtención de datos derivados de otra importante fuente que, además, es de cobertura nacional.

Al comparar los resultados con los datos emanados del Registro Civil, se pudo comprobar que el censo otorga una elevada proporción de personas que cuentan con el registro de nacimientos. Aunque siempre las cifras otorgadas por el censo son mayores, a medida que aumenta la edad dicho porcentaje se acerca más a los nacimientos registrados sin embargo, las cantidades de inscritos difieren significativamente entre una fuente y la otra.

Según los datos censales existiría una cobertura nacional cercana al 95% de los nacimientos. Dicho porcentaje es menor (74,5%) para el grupo de 0-4 años, aumentando a medida que avanza la edad, según se puede observar en el cuadro VIII.7.

CUADRO VIII.7
PARAGUAY: POBLACIÓN QUE DECLARÓ EN EL CENSO TENER REGISTRO DE NACIMIENTO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, CENSO 2002.

Grupos de edad	Fuente de Estimación	Nacimiento Registrado	
		Sí	Porcentaje
0 -4 años	598 777	447 168	74,7
5-9	667 785	626 028	93,7
10 -14	645 391	627 991	97,3
15 – 19	580 683	568 971	98,0
20 o más años	2 690 444	2 645 584	98,3
Total país	5 183 080	4 915 742	94,8

Fuente: Sosa (2007)

Cabe agregar que, la población de 0-4 registrada en el censo normalmente es el grupo que presenta mayor omisión, aún así la cifra censal refleja la escasa cobertura del registro de nacimiento que

se traduce en poco más del 25% no inscrito. El aumento en las siguientes edades probablemente se deba al hecho que, por algún trámite exigido, se vieron en la obligación de hacerlo.

La autora señala que no se observa una discriminación por sexo en las declaraciones de inscripción en el censo, a diferencia de lo que ocurre según área. Los registros en zonas urbanas son siempre mayores que los del área rural, en especial en los primeros años de vida.

Agrega que, al disponer de un eje que permite ser comparado con una o más fuentes surge una estadística diferente; los resultados tienden a contradecirse o demuestran ser incompletos lo que conduce a dudas sistémicas sobre el mismo fenómeno.

La gran diferencia en el número de nacimientos provenientes del Ministerio de Salud y del Registro Civil, permite suponer que existen inconsistencias importantes puesto que, la sumatoria de los nacidos en clínicas o sanatorios privados y no informados al Ministerio, de los nacidos en sus casas, o de aquéllos que obtuvieron su registro mediante trámites judiciales, no alcanza a cubrir la brecha entre las diversas fuentes de datos.

4.2.2 El caso de Chile

En Chile, el Sistema de Estadísticas Vitales es del tipo centralizado, vale decir, existe un Servicio Nacional de Registro Civil e Identificación del cual dependen sucesivamente Direcciones Regionales y las Oficinas locales (circunscripciones y suboficinas). Una vez que el hecho vital es registrado en la oficina de Registro Civil correspondiente, en la mayoría de los casos la información es ingresada y transmitida en línea a la central de cómputos, y diariamente -a través de la valija- deben despachar las inscripciones físicas al archivo nacional, con sede en la capital.

De acuerdo a la ley, es el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el organismo técnico que proporciona las estadísticas oficiales del país. Sin embargo, hasta el año 1981, el Ministerio de Salud (MINSAL) también procesaba y producía estadísticas de nacimientos y defunciones con algunas tabulaciones de interés para el sector salud. En lo que a nacimientos se refiere, ambas estadísticas no concordaban debido a que el MINSAL consideraba para su producción, el año calendario y el INE, el “año estadístico”.⁵³

Con el propósito de evitar la señalada duplicidad, en 1982 se firmó un convenio tripartito, con toma de razón por la Contraloría General de la República, mediante el cual se expandían, entre otras, las tabulaciones a las necesidades del MINSAL e incluía la constitución del Comité de Estadísticas Vitales. El convenio legal entre los tres organismos, regula el Sistema y define las funciones que le corresponden a cada institución.

Así, el Sistema está integrado por el Instituto Nacional de Estadísticas, el Servicio de Registro Civil e Identificación y el Ministerio de Salud. Su operatividad se encuentra regulada a través de convenios ad hoc establecidos entre las mencionadas instituciones. Cuenta con un Comité Nacional cuyo propósito es la coordinación y vigilancia del proceso de producción de las estadísticas vitales con el fin de lograr el constante mejoramiento en cuanto a cobertura del registro, calidad de los datos y publicación oportuna de la información.

La obligación legal de inscribir un hecho vital es la premisa básica de todo sistema de estadísticas vitales la cual, en Chile, tiene alcance nacional. En virtud de esta disposición, todo hecho vital que ocurra dentro del territorio nacional debe ser inscrito, de ahí que es posible la obtención de estadísticas tanto nacionales como para los diferentes niveles de la división político administrativa del país. Ellas permiten no tan sólo el cálculo de diversos indicadores biodemográficos sino que, además, admiten conocer el crecimiento natural o vegetativo anual, medir niveles y tendencias tanto de la fecundidad como de la mortalidad y servir de base para la elaboración de hipótesis acerca de la evolución futura de

⁵³ Se espera hasta el 31 de marzo del año siguiente al de referencia, con el propósito de captar aquéllos nacimientos del año en cuestión pero, que se inscriben dentro de los tres primeros meses del año siguiente.

ambos factores del cambio demográfico, a ser incorporadas en las estimaciones y proyecciones de población, por sexo y edad.

Metodologías utilizadas para estimar integridad de los registros de hechos vitales

Para efectos de las estimaciones y proyecciones de población, elaboradas conjuntamente con el CELADE, el grado de cobertura del registro de nacimientos se evaluó utilizando dos procedimientos a saber: el denominado “Inscripción Tardía” y el “Gráfico de Lexis”. Asimismo, estas estimaciones fueron comparadas con otras estimaciones indirectas de fecundidad utilizando datos censales.

Oportunidad de la inscripción de nacimientos

A partir del año 1953, la entonces denominada Dirección de Estadística y Censos, comenzó a publicar en los Anuarios “Demografía” una tabla en que se clasifican todos los nacimientos inscritos en cada año, según el año de nacimiento para el total país y las entonces provincias. Mediante esta información — primero la propia institución, luego el Dr. H. Behm, H. Gutiérrez y contemporáneamente el propio INE y el CELADE— ha sido posible estimar la integridad del registro de nacidos vivos a través del método denominado “Registro Tardío” (Behm 1962, Gutiérrez 1968, INE/CELADE 1990). Cabe señalar que éste se encuentra actualizado con los datos disponibles a la fecha.

Es una metodología sencilla pero tiene el mérito de estar basado en estadísticas reales lo que permite, por una parte, evaluar las tendencias de la evolución de la natalidad y, por otra, conocer la calidad de este tipo de estadística.

Consiste en sumar los nacidos vivos inscritos en el mismo año que nacieron, más los nacidos vivos correspondientes a ese mismo año pero inscritos con 1, 2, 3,...hasta 7 años de atraso (inscripciones tardías), debido a que parece ser un plazo razonable de observación. Cabe destacar que el porcentaje de subregistro por inscripción tardía **no mide omisión** sino que expresa los nacimientos que fueron **inscritos con retraso**.

El cuadro VIII.8 y el gráfico VIII.1 dan cuenta del porcentaje estimado de inscripción tardía de los nacimientos y la evolución que este ha experimentado desde 1960 al año 2007.

La cobertura ha ido mejorando ostensiblemente en el transcurso del tiempo. Actualmente la inscripción de este hecho vital forma parte de la cultura de la población. En una primera etapa, se multaba a los padres que no inscribían el nacimiento de sus hijos; por otra parte, la ley de enseñanza obligatoria que data de 1920, insta a los padres a incorporar al niño a la escuela a partir de los 6 años de edad exigiendo, para su ingreso, el certificado de nacimiento.

Posteriormente una serie de disposiciones legales y sanitarias que han ido en directo beneficio de la población, tales como, sala cuna, jardín infantil, prekinder, asignación familiar, control del niño sano- que es gratuito en los hospitales-, programas de vacunación, control del embarazo, últimamente aumento de la jubilación de acuerdo al número de hijos tenidos para las mujeres, entre otros, obligan a presentar el certificado de nacimiento, lo que ha contribuido al mejoramiento del registro, siendo en la actualidad (2007) menos de 1% para el total país.

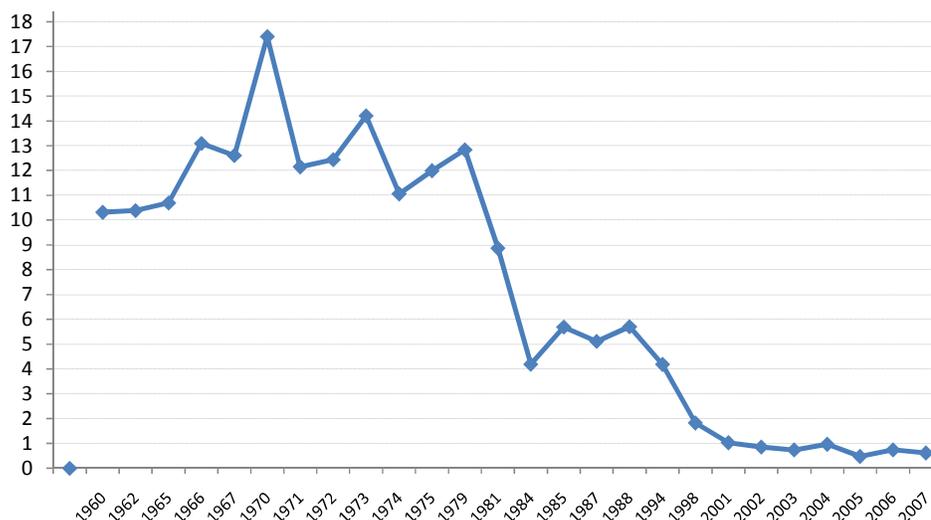
Diversos estudios permiten afirmar que en Chile no existe omisión en el registro de nacimientos, sino inscripción tardía de los mismos la cual, como ya se señalara, ha mejorado notoriamente.

CUADRO VIII.8
CHILE: PORCENTAJE ESTIMADO DE INSCRIPCIÓN TARDÍA DE LOS NACIMIENTOS, 1960-2007

Año	Porcentaje de inscripción tardía	Año	Porcentaje de inscripción tardía
1960	10,3	1984	4,2
1961	10,1	1985	5,7
1962	10,4	1986	5,2
1963	10,3	1987	5,1
1964	10,8	1988	5,7
1965	10,7	1989	6,1
1966	13,1	1990	5,8
1967	12,6	1991	5,7
1968	15,4	1992	5,4
1969	16,4	1993	4,9
1970	17,4	1994	4,2
1971	12,2	1995	3,7
1972	12,4	1996	2,8
1973	14,2	1997	2,1
1974	11,1	1998	1,8
1975	12,0	1999	1,4
1976	12,0	2000	1,2
1977	12,0	2001	1,0
1978	12,4	2002	0,9
1979	12,8	2003	0,7
1980	11,7	2004	1,0
1981	8,9	2005	0,5
1982	8,4	2006	0,7
1983	6,6	2007	0,6

Fuente: Elaborado en base al cuadro de Nacimientos inscritos, por año de nacimiento, publicado en Anuario de Estadísticas Vitales de Chile. Ver metodología en INE/CELADE (1990), Chile. Se apoya además en Gutiérrez (1968).

GRÁFICO VIII.1
CHILE: PORCENTAJE DE INSCRIPCIÓN TARDÍA EN EL REGISTRO CIVIL, 1960-2007



Fuente: Cuadro VIII.8

Gráfico de Lexis

Este procedimiento permite obtener una estimación de los nacimientos a partir de una compatibilización entre la población censal y los componentes demográficos del crecimiento natural de la población (natalidad y mortalidad) la que, al compararse con los nacimientos registrados permite estimar la omisión.

Al analizar ambas series de estimaciones, aquella derivada del “Gráfico de Lexis” presentó oscilaciones en el tiempo, en tanto que el de la “Inscripción Tardía” resultó ser más homogénea. Así las estimaciones acerca de la evolución futura de la fecundidad, para efectos de las proyecciones, se efectuaron considerando la corrección de los nacimientos por “Inscripción Tardía”.

Comparación de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), obtenida a través de diferentes métodos.

Las estimaciones así obtenidas fueron comparadas con otras estimaciones indirectas de fecundidad utilizando datos censales. Así, para la obtención de la Tasa Global de Fecundidad (TGF), que expresa el número medio de hijos por mujer, se aplicaron los siguientes métodos: Hijos Propios, Brass I y II, Palmore, Gunasekaran/Palmore y cálculo de la fecundidad ínter censal⁵⁴. Los resultados pueden consultarse en el trabajo publicado por el INE y CELADE (2003)

A continuación se reproduce el gráfico 3 del referido Informe que muestra los niveles obtenidos de la TGF mediante la aplicación de los diferentes métodos, comparativamente con los valores otorgados por las estadísticas vitales para el mismo indicador.

Otra mirada

En los tres últimos censos realizados en Chile (1982, 1992 y 2002), entre otras preguntas de fecundidad, se consultó a las mujeres, acerca del mes y año del último hijo nacido vivo, lo que permite obtener la fecundidad reciente. Por su parte, el registro de hechos vitales proporciona datos acerca de los nacimientos ocurridos en cada año.

⁵⁴ Para mayores antecedentes sobre metodología, véase Chackiel (2009)

Cuando se levantó el censo de 1992, la última información disponible de nacimientos derivada del registro de hechos vitales correspondía al año 1991, situación similar se produjo en el 2002 en que se dispuso de dichos datos hasta el 2001.

El censo de 2002 otorgó un total de 235.678 nacidos en el último año, a su vez, los nacimientos registrados en el 2001 fueron 246.116 nacidos vivos, sin corregir.

CUADRO VIII.9
CHILE: NACIDOS VIVOS EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN CENSO 2002, NACIMIENTOS REGISTRADOS 2001 Y PORCENTAJES DE OMISIÓN DEL CENSO CON RESPECTO A ESTADÍSTICAS VITALES

Nacimientos del último año	Nacimientos EV 2001, sin corregir	Porcentajes	
		Porcentaje de omisión del censo respecto de EV	Porcentaje cobertura del Censo respecto de EV
235 678	246 116	4,2	95,8

Fuente: elaboración propia de la autora.

En este caso, el porcentaje de omisión del censo con respecto al registro es de 4,2%, es decir, el censo consignó sólo el 95,8% de los nacimientos ocurridos en el último año.

Evaluación del registro de defunciones

Varios estudios realizados afirman que las estadísticas de defunciones en Chile son prácticamente completas. Lo confirma el realizado por Bourgeois-Pichart en 1958 que versa sobre las estadísticas chilenas entre los censos de población de 1940 y 1952, utilizando la noción de población estable para medir la fecundidad y la mortalidad, llegando a la conclusión de que el registro de defunciones, en ese período, era prácticamente completo y que, por el contrario, existía un subregistro de los nacimientos del orden del 20% en dicho período.

Investigaciones recientes sostienen que, las disposiciones legales respecto a la inhumación de cadáveres en Chile y el tratamiento dado a los datos según su cabalidad al momento de elaborar las tablas de mortalidad, indican que esta información describe en términos bastante acertados la mortalidad por sexo y edad de la población del país.

Del “Gráfico de Lexis” antes descrito, se obtuvo también una estimación de las defunciones por quinquenio del período considerado, las que fueron comparadas con las registradas, permitiendo obtener el subregistro de defunciones generales, el cual es menor al uno por ciento (0,6%).

4.2.3 El caso de México

Se basa en el trabajo realizado por Alfonso S. González de Cervera y Rosario Cárdenas (2005), ambos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), de México. En él se analiza el subregistro de nacimientos en las estadísticas vitales basándose en la información emanada del censo de población realizado en el país el año 2000.

Los autores plantean que si bien México cuenta con un sistema de estadísticas vitales desde hace más de un siglo, el registro de nacimientos aún presenta deficiencias que afectan su confiabilidad. Distinguen dos factores a saber: el *subregistro*, vale decir, nacimientos que son registrados en años posteriores al que ocurren, y el *registro tardío* que lo entienden como el relativo a los que habiendo ocurrido en años anteriores, se registran en el año de interés para el análisis.

De acuerdo a los datos emanados de las estadísticas vitales que elabora la Secretaría de Salud, el 43% registrado en 1999 correspondió a años anteriores, porcentajes que son diferenciales por entidades federativas. Así, los Estados de Chiapas y Guerrero presentaron la mayor proporción de registro tardío, con cifras que sobrepasan el 70%.

Entre quienes se registran en forma tardía el grupo más numeroso lo constituyen los nacidos el año anterior al de interés pero, un 20% de ellos corresponden a mayores de cero años lo que altera considerablemente cualquier cálculo basado en estas cifras. El desconocimiento de la magnitud del subregistro ocasiona estimaciones aún más inciertas.

Plantean que, una forma de aproximarse al subregistro sería contar con los nacimientos que se registran en años posteriores al de interés y que efectivamente correspondan al año que se está analizando. Agregan que, una proporción nada despreciable de registros tardíos ocurre a edades considerablemente avanzadas y que no existe garantía que se lleguen a registrar todos los nacimientos.

Pregunta incluida en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2000

En el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en México en el año 2000 se incluyó, por primera vez, una pregunta referente al *mes y año de nacimiento del último hijo nacido vivo* en mujeres de 12 años o más, lo que hizo posible tabular los nacimientos ocurridos entre enero y diciembre de 1999. Para efectos del análisis los autores incluyeron los nacimientos cuyo mes de ocurrencia no fue especificado pero que se reportaron como ocurridos en 1999, y excluyeron todos los declarados como ocurridos en el año 2000.

El estudio compara el número de nacidos vivos registrados durante el año 1999 y de los nacidos en ese mismo año, según las estadísticas vitales, con los nacidos vivos declarados en el censo para el total país y cada una de las entidades federativas que lo componen.

Las diferencias se obtuvieron de la siguiente manera: $100 - [\text{nacidos vivos y registrados en 1999 (EV)} / \text{nacidos vivos en 1999 (censo)}] * 100$. Tomando al censo como referencia, si el porcentaje fuese igual o cercano a cero se podría concluir que el subregistro en las estadísticas vitales es nulo y que los registros tardíos se deberían de excluir del cálculo de las tasas. Por otra parte, si el resultado fuese negativo (menor que cero), se podría suponer que el censo excluyó a cierta cantidad de nacidos vivos; finalmente, si el resultado es mayor que cero, estaría sugiriendo la magnitud del subregistro en las estadísticas vitales.

Del análisis hecho por los autores se deriva lo siguiente:

- Para el total país, el nivel de subregistro en las estadísticas vitales alcanza a una tercera parte de los nacidos en 1999 que no se registraron ese mismo año (33,78%).
- El Estado con menor subregistro es Coahuila, con un 15% y, el de mayor subregistro, Chiapas con un 70%.
- De los 32 Estados que componen México, sólo tres de ellos presentan un subregistro superior al 50% y una cuarta parte inferior al 20%.
- Admiten que ambas fuentes tienen defectos. Por una parte, las estadísticas vitales son poco confiables y, por otra, el censo podría presentar el problema de no incluir a todos los nacidos vivos, lo cual daría como resultado que las cifras obtenidas fuesen las mínimas esperables.
- En ningún caso se obtienen resultados negativos.

Concluyen diciendo que, *”si bien de este análisis no pueden inferirse generalizaciones aplicables a otros períodos, es conveniente reconocer la necesidad de buscar mecanismos que conduzcan a mejorar la calidad de las estadísticas vitales, ya que son esenciales para una acertada formulación de políticas y para el análisis científico de distintos fenómenos. Adicionalmente, en los resultados se advierte la utilidad de que la pregunta relativa a la fecha del último nacido vivo se siga incluyendo en futuros censos de población”*.

5. Conclusiones y recomendaciones internacionales

Como parte de las actividades de evaluación de los censos de la década del 2000, el CELADE organizó el *Seminario Técnico sobre Lecciones Aprendidas de los Censos de Población de la Década de 2000 en América Latina*, el cual se llevó a efecto entre el 10 y el 12 de diciembre de 2003. Antes de su realización elaboró una encuesta dirigida a los países que, a esa fecha, habían levantado sus censos de población.

La parte final de la encuesta, solicitaba se sirvieran listar los estudios censales realizados o que se encontraban en ejecución: a) por la oficina estadística (eventualmente, en cooperación con otras instituciones); b) planificados por su oficina; c) realizados o en ejecución por otras instituciones nacionales, y d) planificados por otras instituciones nacionales.

De las respuestas otorgadas por los países se puede concluir lo siguiente:

- i) Todas las Oficinas de Estadística utilizan la información censal para estimar, en forma indirecta, la fecundidad, la mortalidad y más directamente las migraciones, a incluir en las hipótesis de la evolución futura de cada uno de los componentes del cambio demográfico, para la elaboración de las estimaciones y proyecciones de población.
- ii) Es probable que el diagnóstico demográfico que mencionan los países derive, precisamente, de los indicadores obtenidos como subproducto de las mismas.
- iii) En cuanto a estudios especiales efectuados o por realizar -con excepción del caso de Paraguay y de otros-, en las investigaciones acerca de los tres factores demográficos, la mayoría de los países se refiere a los temas “discapacidad”, “étnia” y “pobreza” y no a los centrados en fecundidad y mortalidad. Es probable que, en algunos países hayan sido enfocados por demógrafos, investigadores o bien por universidades u otros organismos especializados, como es el caso de México que destaca que, “gran parte de lo que elabora el Consejo Nacional de Población (CONAPO), tiene como base la información censal”, lo cual se verifica con el trabajo realizado por González Cervera y Carrillo incluido en este trabajo.
- iv) En general, el sector salud se apoya en los datos que les proporcionan las oficinas de estadística, en especial, en lo referente a las estimaciones y proyecciones de población para los distintos niveles de la división Política Administrativa, y los diferentes indicadores biodemográficos derivados de las mismas.

Las fuentes de información demográfica y de salud, la constituyen los registros continuos de estadísticas vitales, los censos de población que se realizan aproximadamente, cada diez años y, para estudios en profundidad, las encuestas demográficas por muestra extraída de los censos.

En la generalidad de los países de América Latina existen serias deficiencias en cuanto a cobertura y calidad de las estadísticas vitales, tal como lo demuestra el estudio realizado por la OPS y por CELADE. Por su parte, los censos también adolecen de limitaciones, no obstante constituye la fuente de datos central de todo sistema estadístico y, por su carácter universal, es el único instrumento que otorga información a niveles geográficos menores, lo que permite la generación de políticas y programas de desarrollo local, entre ellos los referidos a prevención y atención en salud (Chackiel, 2009).

Además, los censos constituyen el universo para la selección de muestras representativas de un determinado territorio que permiten realizar, con mayor profundidad, estudios sobre determinadas variables aunque con la limitante que otorgan datos sólo para las áreas elegidas, además, su ejecución involucra un alto costo.

La **ventaja** de estimar la cobertura de las estadísticas vitales en base a los datos censales es que permite identificar diferencias a nivel subnacional.

Así como los censos ayudan a evaluar las estadísticas vitales, estas también son útiles para evaluar la información censal (por ejemplo, la omisión del grupo 0-4 años o calidad de la información recolectada para estimar la fecundidad, entre otros).

Como **desventaja** se puede señalar que se obtiene una evaluación puntual de las estadísticas vitales ya que no permite estimar el subregistro para un período largo de tiempo; en general, se refiere a un año específico.

Si bien las estimaciones del subregistro no son precisas por ninguno de los métodos aquí presentados, el utilizar los datos censales a nivel subnacional podría indicar en qué área existe la necesidad de mejoramiento de las estadísticas vitales.

En el caso particular de Paraguay donde gran parte de la población declara tener registro de nacimiento, queda claro que existe un porcentaje importante de registros tardíos.

Los trabajos efectuados tanto por Paraguay como por México como una aproximación para estimar el subregistro de nacimientos, a través de información derivada del censo, conducen a concluir la necesidad de que los países establezcan los mecanismos necesarios para mejorar y/o establecer un buen Sistema de Registro de Estadísticas Vitales.

Se hace indispensable investigar y explorar tanto la información recopilada en los censos como las de estadísticas vitales, con la finalidad de encontrar nuevas metodologías para el adecuado diagnóstico de la calidad de las fuentes de datos demográficos, lo cual es fundamental para lograr su mejoría. No debe olvidarse que ambas fuentes son complementarias.

Para aquellos países cuyos registros de hechos vitales son incompletos o poco confiables, las recomendaciones internacionales acerca de los temas a incluir en los censos para obtener estimaciones indirectas de los niveles de fecundidad y de mortalidad, son: “*hijos nacidos vivos*”, “*hijos sobrevivientes*” y “*defunciones en el hogar en los últimos 12 meses*”. Tienen menor prioridad: la edad, fecha o duración del primer matrimonio/unión; edad de la madre al nacimiento del primer hijo nacido vivo, y orfandad materna o paterna. Además, estipulan que, “*las limitaciones de los datos recolectados y las estimaciones basadas en ellos debe ser clara en el informe del censo*” (Naciones Unidas, 2008).

Aún para aquéllos que cuentan con sistemas completos de registro de nacimientos y defunciones, la información censal sobre “*hijos nacidos vivos*” les puede ser de utilidad para evaluar cuán completos son sus sistemas de registro y para estimar niveles de fecundidad de cohortes mayores.

Finalmente, debe tenerse presente que, para obtener niveles de estimación confiables tanto de la fecundidad como de la mortalidad a través de datos censales, siempre se requerirá de ajustes basados en métodos de análisis demográfico.

Bibliografía

- Bay G. y Orellana, H. (2007), “La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina”, (LC/R.2141), documento inédito presentado al Taller de expertos en el uso de las estadísticas vitales: alcances y limitaciones, Santiago de Chile, 13 a 14 de diciembre de 2007.
- Behm Rosas, Hugo (1962), “Mortalidad Infantil y Nivel de Vida”, Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- CEPAL/ CELADE (Comisión Económica para América latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2007), *Observatorio Demográfico No.3: Proyección de Población*, (LC/G.2348-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.121
- _____, (2008), *Observatorio Demográfico No.4: Mortalidad*, (LC/G.2350-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.07.II.G.173
- Chackiel, Juan (2009) “La experiencia regional reciente en temas vinculados a demografía y salud en los censos de población y vivienda”, documento inédito presentado al Seminario-Taller “Los censos de 2010 y la salud, Santiago de Chile, 2 a 4 de noviembre de 2009.

- _____, (2002) “Los Censos en América Latina: nuevos enfoques”, *Notas de Población* No 75 (LC/G.2186-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.77
- Del Popolo, Fabiana (1999), “Encuesta sobre la experiencia censal en aspectos conceptuales”, en CEPAL, *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000*, Serie *Manuales* No. 1 (LC/L.1204-P/E), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9.
- González Cervera, A y Cárdenas, R (2005), “Una aproximación a la medición del subregistro de nacimientos en las estadísticas vitales de México”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 20, No. 3, Ciudad de México, El Colegio de México.
- Gutiérrez R., Héctor (1968), “La integridad del registro de nacidos vivos en Chile: 1953-1966”, Santiago de Chile, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, 1968.
- INE/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2003), “Chile: Proyecciones y estimaciones de la población, Total país, 1950-2050”, [en línea] http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf
- _____, (1990), “Estimación de la oportunidad de inscripción de los nacimientos. Total país y Regiones: 1955-1988” (LC/DEM/R.102), Serie OI N° 50, Fascículo E/CHI. 3, Santiago de Chile, 1990.
- Naciones Unidas (2008), *Principles and recommendations for population and housing censuses. Revision 2*, Series M. No. 67/Rev. 2. Nueva York, USA
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud) (2005), “Diagnóstico para el Análisis de la situación de las estadísticas Vitales y de Salud en los países de las Américas”, AIS/OPS, Buenos Aires-Argentina, noviembre de 2005.
- Sosa, Z. (2007), “Situación del registro de nacimientos en el Paraguay, según diversas fuentes” (ESA/STAT/AC.140/8.4), documento presentado al Global Forum on Gender Statistics, Roma, Italia, 10 al 12 de noviembre de 2007, [en línea] http://unstats.un.org/unsd/Demographic/meetings/wshops/Gender_Statistics_10Dec07_Rome/docs/8.4_Paraguay.pdf
- Tacla, Odette (2006) *La omisión censal en América Latina, 1950-2000* (LC/L.2475-P), Serie *Población y Desarrollo*, N° 65, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.4

IX. América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas

*Susana Schkolnik*⁵⁵

Introducción

A. Objetivos

El objetivo de este documento es el de presentar una visión global acerca de la forma en que se investiga el tema de la discapacidad en los censos, complementado con la información disponible acerca de las otras fuentes de datos sobre discapacidad en América Latina. Este documento fue preparado para ser presentado en el Seminario “Censos 2010 y Salud”, organizado por CEPAL/CELADE y UNFPA, a realizarse en CEPAL, Santiago de Chile, del 2 al 4 de noviembre de 2009⁵⁶.

B. La discapacidad en los censos y su aporte a las políticas y programas

Dado que los censos de población constituyen una fuente de datos privilegiada por su cobertura universal, en las últimas décadas censales se

⁵⁵ Consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

⁵⁶ Se agradecen las sugerencias de Magda Ruiz, funcionaria de CEPAL/CELADE, en relación con los criterios para la preparación de este documento, así como el aporte de Fernanda Stang, consultora de CEPAL/CELADE, en la revisión de la bibliografía sobre el tema de discapacidad en América Latina.

han introducido preguntas sobre el tema de las personas con discapacidad (PCD) cuyo objetivo ha sido:

- Identificar la prevalencia de la discapacidad en la población;
- Analizar las características demográfica y socioeconómicas de las PCD;
- Identificar demandas de salud y demandas sociales de las PCD.

Los objetivos arriba mencionados debieran tener el propósito de brindar información confiable y adecuada para el diseño de políticas y programas de inclusión de las PCD en todas las actividades sociales, en condiciones de igualdad de oportunidades con aquellas personas que no tienen dichas características.

En el caso de las políticas hacia las PCD estas deberían tender a mejorar la situación de las personas con discapacidad en vistas a su mayor inclusión social, mediante:

- La ampliación de la oferta de servicios, incluyendo desarrollo de programas y políticas específicos: la prestación de servicios a nivel poblacional incluye, entre otras cosas, satisfacer las necesidades de salud, de rehabilitación, de cuidado a largo plazo, de vivienda, de transporte, de asistencia tecnológica y de apoyo vocacional o educativo, entre otros;
- El monitoreo de programas de rehabilitación y de inclusión social diseñados para mejorar e igualar la participación de personas con discapacidades en todos los aspectos de la vida, así como la evaluación de los resultados de leyes y políticas antidiscriminatorias; y
- El monitoreo del nivel de funcionamiento de las PCD en la sociedad. Esto incluye estimar índices y analizar tendencias, ya que el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad en la sociedad se considera un indicador básico social y de salud, que caracteriza la situación de la población.

Según las Recomendaciones de Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2007) los datos de los censos pueden utilizarse para planificar programas y servicios generales (prevención y rehabilitación), monitoreando aspectos seleccionados de las tendencias de discapacidad en el país, evaluación de programas y servicios nacionales relacionados con la igualdad de oportunidades, y comparabilidad internacional de los aspectos seleccionados de prevalencia de discapacidades en los países. Se ha dicho que “no hay una forma concreta de avanzar en políticas públicas, políticas sectoriales y programas sociales para personas con discapacidad si no avanzamos en cuantificar la brecha entre oferta y demanda potencial, base para una planificación del incremento de atenciones” (Arroyo, 2004).

El tema de las PCD es un tema importante y urgente en la región, tanto por su magnitud como por la relación de la discapacidad con otros ejes de inequidad, tales como la pobreza, el género, el origen étnico y otras formas más sutiles de exclusión y discriminación que tienen que ver con la salud, la educación y el empleo, entre otros.

1. Antecedentes

1.1 Situación de las personas con discapacidad en América Latina

Según estudios del Banco Mundial⁵⁷ más de 400 millones de personas viven con alguna forma de discapacidad en los países en desarrollo, mientras que en América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad; por su parte la OMS estima que el 10% de la población a nivel mundial, presenta algún tipo de discapacidad y que el 80% de éstos, viven en países donde los servicios de atención son escasos y a veces nulos (OPS/OMS, 2006).

⁵⁷ <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/discapacidad.htm/>; y <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,,contentMDK:20286156~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282699,00.html>

- Sólo entre el 20% y el 30% de los niños discapacitados asisten a la escuela en la región;
- Entre el 80% y el 90% de los discapacitados en América Latina y el Caribe están desempleados o no integrados a la fuerza laboral y casi todos aquellos que sí tienen trabajo reciben salarios muy bajos o ninguna compensación monetaria;
- La mayor parte de los discapacitados de la región no tiene acceso a servicios de salud y tampoco dispone de acceso físico a los edificios que albergan estos servicios; además, las probabilidades de que sean rechazados por los seguros de salud es mucho más alta;
- En los países que disponen de datos, menos del 20% de los discapacitados tienen derecho al seguro de salud;

Además:

- Hay una estrecha relación entre discapacidad y pobreza, que se afectan mutuamente;
- Las personas con discapacidad se ven excluidas de la vida social y económica, y suelen quedar al margen de las medidas destinadas combatir la pobreza;
- Esta exclusión no sólo las afecta a ellas, sino también a sus familias y comunidades.

1.2 Discapacidad y envejecimiento

En el contexto de América Latina, además, el tema de la discapacidad se cruza con el tema del envejecimiento de la población en un el contexto socioeconómico particular, “caracterizado por una alta incidencia de la pobreza y una baja cobertura de la seguridad social” (CEPAL, 2004a). A esto se agrega la tendencia a la reducción de las redes familiares, con menos recursos humanos en el ámbito de la familia para la prestación de cuidado y atención a los adultos mayores y los cambios en el rol de la mujer por su mayor participación en el mercado de trabajo, por lo que se plantea el papel del Estado en el apoyo a las familias y, especialmente a las mujeres que son las principales cuidadoras, en la prestación de estos servicios (CEPAL, 2004b).

Las características demográficas del proceso de envejecimiento detectadas en la región para las personas de 60 años y más son: predominio de mujeres sobre hombres (feminización); creciente envejecimiento dentro del grupo de los adultos mayores (tercera, cuarta, quinta edad); envejecimiento de la población activa, incremento del peso de los adultos mayores sobre la población económicamente activa en la relación de dependencia; y un aumento de la relación entre los adultos mayores y los jóvenes, entre otros (Schkolnik, 2006).

Las perspectivas futuras de la situación de los adultos mayores va a tener que convertirse en una cuestión prioritaria para un buen número de países de la región y, asimismo, su relación con la presencia de personas discapacitadas, ya que la población adulta mayor se encuentra en un rápido ascenso, como puede verse en el cuadro IX.1.

Esta situación se ve agravada por el hecho de que los adultos mayores tienen un acceso más escaso a la seguridad social y a seguros de salud que los cubran en forma eficiente frente al creciente riesgo de enfermar y ver agravadas discapacidades, ya sea que provengan del pasado o que hayan sido adquiridas en el curso del envejecimiento, así como también constituyen una creciente demanda de tratamientos, cuidado y atención, tanto hacia la familia como hacia el sector de la salud (CEPAL, 2000; Del Popolo, 2001).

A medida que avanza el envejecimiento de una población, los adultos mayores se convierten en usuarios del sistema de salud en forma creciente. Esto, a su vez, desafía a los sistemas –tanto públicos como privados- a enfrentarse a problemas nuevos y de diversa índole, principalmente enfermedades de carácter crónico que requieren técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación complejas y costosas para el sistema o para el paciente, en caso de que este no cuente con un aseguramiento que lo proteja de los gastos excesivos que acompañan al cuidado de su salud.

CUADRO IX.1
AMÉRICA LATINA: NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN ETAPAS DE
LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 2005, 2025 Y 2050
(en miles de personas)

Países y etapa de la transición demográfica	2005		2025		2050	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Transición demográfica muy avanzada						
Cuba	1 770	15,7	2 975	26,5	3 899	39,3
Uruguay	594	17,8	755	21,3	996	27,4
Transición demográfica avanzada						
Argentina	5 400	13,9	7 873	17,1	12 767	24,8
Brasil	16 534	8,8	35 399	15,5	64 008	25,2
Chile	1 895	11,6	3 920	20,3	5 919	28,7
Costa Rica	359	8,3	889	16,0	702	26,5
Transición demográfica plena						
Bolivia, Estado Plurinacional de	616	6,7	1 174	9,5	2 610	17,5
Colombia	3 390	7,5	8 223	14,8	15 232	24,6
Ecuador	1 093	8,4	2 265	14,1	4 135	23,0
El Salvador	522	7,8	946	11,1	2 124	21,2
Honduras	399	5,8	811	8,4	2 077	17,2
México	8 799	8,4	18 671	15,0	36 062	27,3
Nicaragua	312	5,7	687	9,7	1 652	20,2
Panamá	283	8,8	610	14,3	1 164	22,8
Paraguay	412	7,0	865	10,8	1 806	18,3
Perú	2 200	8,1	4 288	12,6	8 685	22,2
República Dominicana	759	8,0	1 531	12,6	2 808	20,1
Venezuela, República Bolivariana de	2 001	7,5	4 714	13,3	9 294	22,1
Transición demográfica moderada						
Guatemala	779	6,1	1 452	7,3	3 668	13,3
Haití	585	6,3	1 033	8,4	2 494	16,3

Fuente: CEPAL/CELADE (2007), Estimaciones y proyecciones de población vigentes, [en línea] http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm y Naciones Unidas (2007), World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database, [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>

Aunque no padezcan de las deficiencias sensoriales o motrices que generalmente se investigan en los estudios de discapacidad sobre la base de ciertas deficiencias físicas sensoriales o motrices, los adultos mayores por lo general presentan “múltiples patologías concomitantes, consumen más fármacos y su funcionalidad en el diario vivir se ve alterada, pudiendo transformarlos en dependientes de otras personas por lo que requieren servicios propios” (Marín, 2007). De aquí, entonces, que el tema de la discapacidad presenta importantes sinergias con los estudios que pueden hacerse sobre la población en edades avanzadas y con el enfoque de género, dada la marcada tendencia a la feminización del envejecimiento.

2. Aspectos conceptuales

El marco conceptual a partir del cual se investigan la situación y las características de las PCD es un aspecto crucial del problema, pues de ello depende el tipo de información que se produce y cómo esta puede orientar el diseño de políticas y la elaboración de planes y programas específicos según el propósito de los mismos que puede incluir tanto el desarrollo de programas de atención de salud especializados como medidas para favorecer la inclusión de las PCD en las distintas actividades sociales, económicas, políticas, culturales, recreativas, etc.

En los últimos años se ha dado un giro muy importante en las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad, y ello se ha concretado con la adopción, en el año 2001 de un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y reconocido por más de 190 países, denominado “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud” (CIF), que reemplazó a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías del año 1980.

Esta nueva clasificación mostró un cambio en la forma de concebir la discapacidad ya que el concepto de discapacidad es más amplio que el resultado de una deficiencia, y está ligado a factores personales y al entorno social.

A nivel internacional, son elaboradas y utilizadas múltiples acepciones y definiciones de discapacidad, dependiendo en menor o mayor medida de las características socioculturales y económicas de los países que las adoptan como marco para las políticas que aplican respecto a este tema.

Conceptos tales como deficiencia, minusvalía y discapacidad a menudo tienden a confundirse y entenderse como sinónimos. Por tanto, es necesaria la presentación de las definiciones más prominentes internacionalmente.

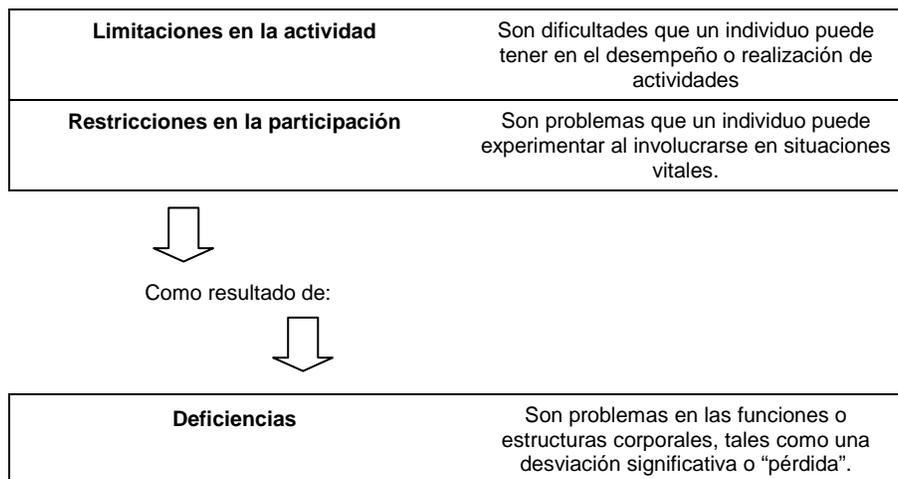
La base de estas definiciones está dada por los estándares internacionales elaborados por la OMS. Hasta el año 2001 el estándar era la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, de la OMS del año 1980, mientras que a partir de esa fecha se impuso la nueva clasificación, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud también de la OMS que cambió el modelo conceptual subyacente a las clasificaciones. Las diferentes acepciones del concepto de “discapacidad” según las diferentes clasificaciones se presentan en el cuadro IX.2, mientras que en el diagrama IX.1 se detallan los significados de los conceptos introducidos por la nueva clasificación.

CUADRO IX.2
ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS DEFINICIONES DE “DISCAPACIDAD”

Clasificación	Deficiencia	Discapacidad
CIDDM-1980 Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, OMS	Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.	Es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, debida a una deficiencia sensorial, motriz o mental.
CIF-2001 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, OMS	Es la anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, física o mental.	Son todas las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación como resultado de deficiencias, en el marco de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, ambientales y personales.

Fuente: elaboración propia del autor

DIAGRAMA IX.1
COMPONENTES DE LA DEFINICIÓN DE “DISCAPACIDAD” SEGÚN LA DEFINICIÓN DE LA CIF-2001



Fuente: elaboración propia del autor

De lo anterior resulta claro que la nueva clasificación:

- Postula un nuevo modelo, el bio-psico-social, que procura lograr una síntesis entre el llamado modelo médico o médico-rehabilitador y el social, desde una perspectiva de derechos;
- Es aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas, que incorpora las Normas Uniformes para la igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y se considera un estándar internacional;
- Propone establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, que permite la comparación de datos entre los diversos países;
- No reduce la discapacidad a una enfermedad, trauma o condición de salud apuntando básicamente a su cura, sino que apunta a la incorporación de las personas a la esfera social y a la integración a la sociedad y a la interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, traumas) y los factores contextuales;
- Y, finalmente, aunque no el último en importancia, porque una definición de discapacidad basada exclusivamente en impedimentos físicos, sensoriales o motrices deja fuera un amplio rango de discapacidades, muchas de las cuales pueden ser secuelas de enfermedades, envejecimiento, accidentes, y otras, que pueden resultar socialmente más limitantes que las anteriores.

Por lo tanto, debería ser claramente distinguible que una cosa es la situación de impedimento físico y mental y otra la exclusión social, y que los impedimentos físicos o mentales no debería traducirse automáticamente en problemas de exclusión social.

Asimismo, al ponerse el tema de la exclusión en el centro del problema —y no la deficiencia de las personas— resulta claro que el problema tiene que ver con una dimensión más amplia que la meramente biológica y médica y depende de:

- Las características individuales: aspectos psicológicos y posibilidades materiales;
- El ambiente cercano a la persona y las condiciones de su vida cotidiana, redes familiares, facilidad de acceso a salud, transporte y otros;
- Las condiciones del entorno más amplio de la persona: la infraestructura del lugar donde vive, la oferta de salud, trabajo y otros.

Es claro a partir de lo anterior que los nuevos conceptos giran alrededor del concepto de funcionalidad definida como “la capacidad de realizar determinadas acciones necesarias para la subsistencia y el autocuidado, que permiten al individuo mantener su independencia y permanecer inserto en la comunidad”. Esta capacidad de desempeñarse normalmente en las actividades diarias puede estar a su vez relacionada con la presencia de enfermedad, padecimientos crónicos o lesiones que afecten las habilidades físicas o mentales del individuo y se ve afectada por la edad, con la declinación de las capacidades funcionales y con un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas (CEPAL/CELADE, 2006).

Existen diferentes instrumentos para monitorear la funcionalidad individual. Estos incluyen la evaluación de limitaciones físicas e instrumentales para realizar las actividades de la vida diaria, así como medidas de funcionamiento físico, social y cognitivo. Dentro de los indicadores aptos para la evaluación de la funcionalidad física se pueden diferenciar los que la miden en relación con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y con las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) (OPS, 2004, citado por CEPAL/CELADE, 2006).

3. Fuentes de datos sobre discapacidad

3.1 Visión general

En los organismos oficiales existen diferentes fuentes de datos sobre discapacidad, especialmente a partir de comienzos de este siglo: censos de población; encuestas de hogares; encuestas especiales sobre discapacidad y registros continuos, entre los más importantes.

El cuadro IX.3 resume las fuentes de datos sobre discapacidad encontradas. Es posible que la información del cuadro IX.3 esté incompleta, pero este ha sido el resultado de la búsqueda hasta el momento de elaborar el presente informe.

Como puede verse, todos los países (con la excepción de Uruguay que no realizó el censo correspondiente a la década del 2000 sino sólo un conteo de población con un número muy reducido de preguntas) han incluido la pregunta sobre discapacidad y, en la mayoría de los casos, dirigida a las personas individualmente. De estos 19 países, 8 de ellos también incorporaron alguna pregunta sobre el tema de discapacidad en las encuestas de hogares de propósitos múltiples o en las encuestas de demografía y salud, mientras que 7 países realizaron encuestas especializadas en el tema.

Finalmente, en relación con los registros continuos sólo se ha podido obtener información de seis países e, incluso, en algunos de los países identificados los registros sólo funcionan desde hace pocos años o no tienen una cobertura amplia ya que muchas veces se basan en datos de atención institucional de salud a PCD, excluyendo a aquellos que no han consultado en las instituciones que proporcionaron la información. Se sabe también de la existencia de “Censos de PCD”, como en el caso de Cuba, pero no se ha podido obtener información al respecto.

CUADRO IX.3
AMÉRICA LATINA: FUENTES DE DATOS SOBRE DISCAPACIDAD A PARTIR DEL AÑO 2000

Países	Fecha último censo	Censos	Preguntas o módulos en encuestas	Encuestas especiales	Registros
Argentina	2001	Hogar		si	si
Bolivia, Estado Plurinacional de	2002	Hogar	si		
Brasil	2000	Persona			
Chile	2002	Persona	si	si	si
Colombia	2005	Persona			si
Costa Rica	2000	Persona			
Cuba	2002	Persona			
Ecuador	2001	Persona		si	
El Salvador	2006	Persona	si		si
Guatemala	2002	Hogar		si	
Haití	2003	Persona			
Honduras	2000	Hogar	si		
México	2000	Persona	si		
Nicaragua	2005	Hogar	si	si	
Panamá ^a	2000	Hogar/Persona		si	
Paraguay ^a	2002	Hogar/Persona	si		
Perú	2007	Persona	si		si
Rep. Dom.	2002	Persona			
Uruguay ^b	2004	-		si	
Venezuela, República Bolivariana de	2001	Persona			si

Fuente: Elaboración propia

^a Pregunta como "hogar" pero identifica a las personas dentro del hogar

^b Corresponde a un conteo de población

3.2 Ventajas que pueden ofrecer los censos como fuentes de datos sobre personas con discapacidad

Dado que los censos parecen ya tener una experiencia en la investigación de la discapacidad en las personas y ser el instrumento más difundido para ello, cabe preguntarse qué ventajas adicionales puede ofrecer esta fuente de datos para el tema que nos ocupa:

- Ser la única fuente de datos de cobertura universal disponible en algunos países: La base de esta propuesta es, además, la insuficiencia de datos relacionados con el tema provenientes de otras fuentes de información. Según la experiencia de algunos países no existe en ellos -al menos actualmente- otra fuente disponible y que permita "obtener igual o mejor información" al respecto;
- De usarse conceptos y preguntas similares se facilitarían la comparabilidad internacional;
- Permite la desagregación geográfica y socioeconómica, lo que facilita el establecimiento de programas concretos. En efecto, puede considerarse que el censo de población es la única fuente en nuestro país que permite estimar la prevalencia de la discapacidad y la frecuencia de los diversos tipos de ésta, sobre todo por su capacidad de generar información para los diferentes niveles geográficos, incluyendo las zonas rurales, en las cuales difícilmente podría aplicarse otro instrumento de captación;

- Permite una amplia caracterización sociodemográficas de las personas con esta característica, combinándola con otras variables censales; y
- Puede ser marco muestral para la identificación de hogares con personas discapacitadas para la realización de una encuesta específica;

3.3 Ejemplos de preguntas censales sobre discapacidad

Para saber de qué estamos hablando presentaremos a continuación ejemplos de preguntas que responden, aproximadamente, a ambos tipos de conceptos, aunque debe decirse que no se han visto en los censos preguntas que respondan enteramente a la nueva conceptualización.

Una pregunta típica del enfoque de deficiencia es la siguiente:

¿Presenta usted alguna de las siguientes deficiencias?

- Ceguera total
- Sordera total
- Mudez
- Lisiado/parálisis
- Deficiencia mental
- Ninguna de las anteriores

Mientras que una pregunta que intenta acercarse al enfoque de limitaciones (en base a deficiencias) tiende a adoptar la siguiente forma:

¿... Tiene limitaciones permanentes para ...

- Moverse o caminar?
- Usar sus brazos o manos?
- Ver, a pesar de usar lentes o gafas?
- Oír, aún con aparatos especiales?
- Hablar?
- Entender o aprender?
- Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales?
- Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?
- Otra limitación permanente?

Se advierte que estas dos opciones difieren sustancialmente, esperándose que las estimaciones que se obtengan de cada una de ellas también lo hagan, ya que incluyen diferentes opciones lo que llevaría a establecer diferentes líneas de base para la discapacidad.

4. Datos sobre la discapacidad en los censos de América Latina

Con el tema conceptual en mente nos parece importante enfocar la forma y la frecuencia con que se ha abordado la discapacidad en los censos de la región en las dos últimas décadas censales y dejar abierto el debate acerca de sus perspectivas futuras a la luz, no sólo de las experiencia censales sino también, de la existencia en los países de fuentes de datos alternativas cuya existencia puede poner en cuestionamiento o no- la investigación de la discapacidad a partir de los censos.

El cuadro IX.5 pretende dar una visión de la situación de los países en relación con la investigación de este tema en los censos.

Se puede ver allí que:

- En la década de 1990 sólo 10 países investigaron el tema sobre la base del concepto de “deficiencia”, ya sea a nivel de hogar o persona.
- En la década del 2000 todos los países que levantaron censos lo hicieron, además del hecho que hubo un giro en la conceptualización y en la forma de formular la o las preguntas (en la mayoría de los casos sólo se hacía una pregunta).
- Los países que hicieron cambios importantes en su definición fueron: Brasil, Colombia y El Salvador.
- Perú también lo hizo pero al insertar la pregunta del censo del 2007 a nivel de hogar no es posible identificar el porcentaje de PCD y compararlo con el censo anterior, de 1993.

CUADRO IX.4
AMÉRICA LATINA: DEFINICIONES DE LA DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN DE EN LAS DOS ÚLTIMAS DÉCADAS

Países	Año del censo	Definición	Año del censo	Definición
Argentina	1991	<i>NSP</i>	2001	Deficiencia
Bolivia, Estado Plurinacional de	1991	<i>NSP</i>	2001	Deficiencia
Brasil	1991	Deficiencia	2000	Deficiencias, limitaciones en actividades y grados de severidad correspondientes
Chile	1992	Deficiencia	2002	Deficiencia
Colombia	1993	Deficiencia	2005	Deficiencias y limitaciones en actividades; cuál es la más severa y causas
Costa Rica	1990	<i>NSP</i>	2000	Deficiencia
Cuba	1990	Deficiencia	2002	Deficiencia
Ecuador	1990	<i>NSP</i>	2001	Deficiencia
El Salvador	1992	Deficiencia	2006	Deficiencias, limitaciones, principal limitación y causas
Guatemala	1994	Deficiencia	2002	Deficiencia
Haití	<i>NA</i>	<i>NA</i>	2003	Deficiencia
Honduras	1988	<i>NSP</i>	2000	Deficiencia
México	1990	<i>NSP</i>	2000	Deficiencias, limitaciones en actividades y causas
Nicaragua	1995	<i>NSP</i>	2005	Deficiencia
Panamá	1990	Deficiencia	2000	Deficiencia
Paraguay	1992	Deficiencia	2002	Deficiencias -más o menos severas-, y causas
Perú	1993	Deficiencia	2007	Limitaciones permanentes, aunque orientado a deficiencias
República Dominicana	1993	<i>NSP</i>	2002	Deficiencias y causas

(continúa)

CUADRO IX.4 (conclusión)

Países	Año del censo	Definición	Año del censo	Definición
Uruguay	1996	NSP	2004	-
Venezuela, República Bolivariana de	1990	Deficiencia	2001	Deficiencia

Fuente: Elaboración propia

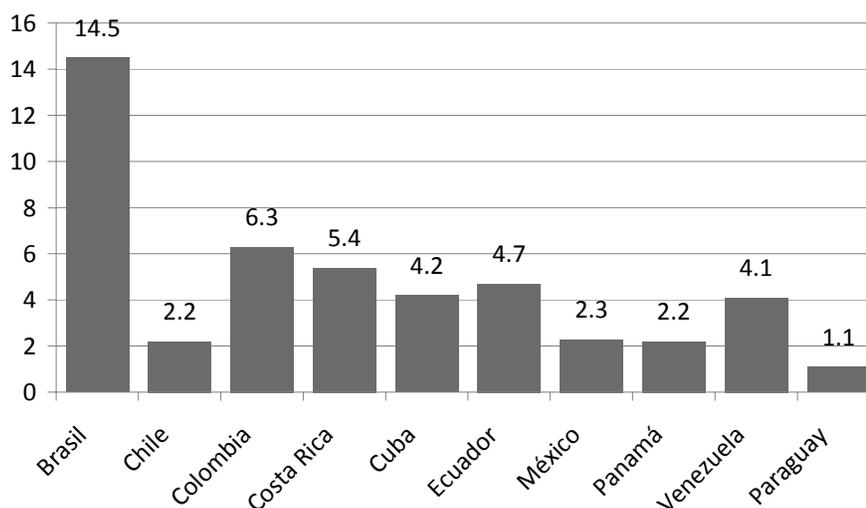
NA = no se aplica

NSP = no se preguntó en el censo

El gráfico IX.1, por su parte, muestra algunos valores de los porcentajes de personas con discapacidad que se han obtenido de algunos censos de la región, a partir de diferentes definiciones.

- Los valores están en general bastante más debajo de lo estimado por la OMS (10%)
- Sin embargo las barras de color más intenso responden a la definición de “deficiencia” mientras que las dos más claras, Brasil y Colombia, a la de “limitaciones”.

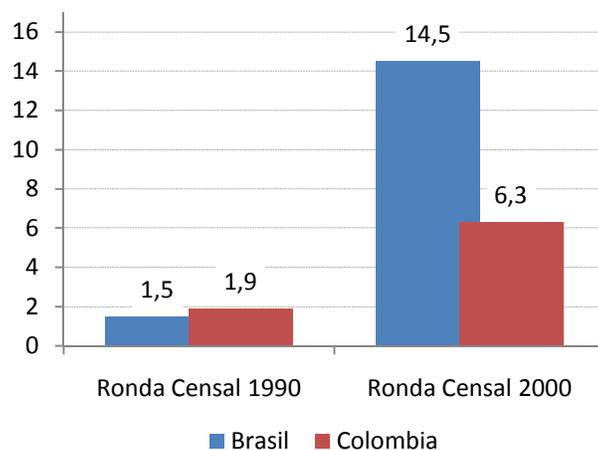
GRÁFICO IX.1
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A PARTIR DE CENSOS DE LA DÉCADA DEL 2000



Fuente: Elaboración del autor a partir de microdatos censales.

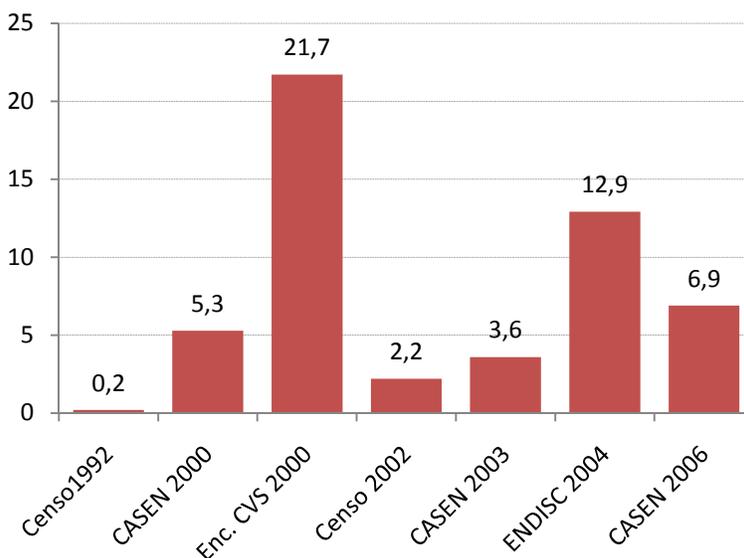
Esta misma situación se manifiesta si se compara la información de dos censos consecutivos dentro de estos dos países (gráfico IX.2). Finalmente, el gráfico IX.3 muestra las grandes diferencias que pueden encontrarse dentro de un mismo país, como es el caso de Chile que cuenta con varias fuentes de datos sobre PCD en los últimos años.

GRÁFICO IX.2
BRASIL Y COLOMBIA: PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000



Fuente: Elaboración del autor a partir de microdatos censales.

GRÁFICO IX.3
CHILE: PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD SEGÚN DISTINTAS FUENTES*, 1992-2006



Fuente: Elaboración del autor a partir de microdatos censales.

* Conceptos de discapacidad subyacentes en las distintas fuentes de datos:

Censo 1992: Deficiencia

Encuesta CASEN 2000: Deficiencia

Encuesta CVS: Considera a todas aquellas personas que tienen a lo menos un tipo de dificultad, incorporando desde aquellos que tienen poca dificultad, hasta los que tienen impedimento total. Incorporó 7 preguntas sobre dificultades en actividades habituales.

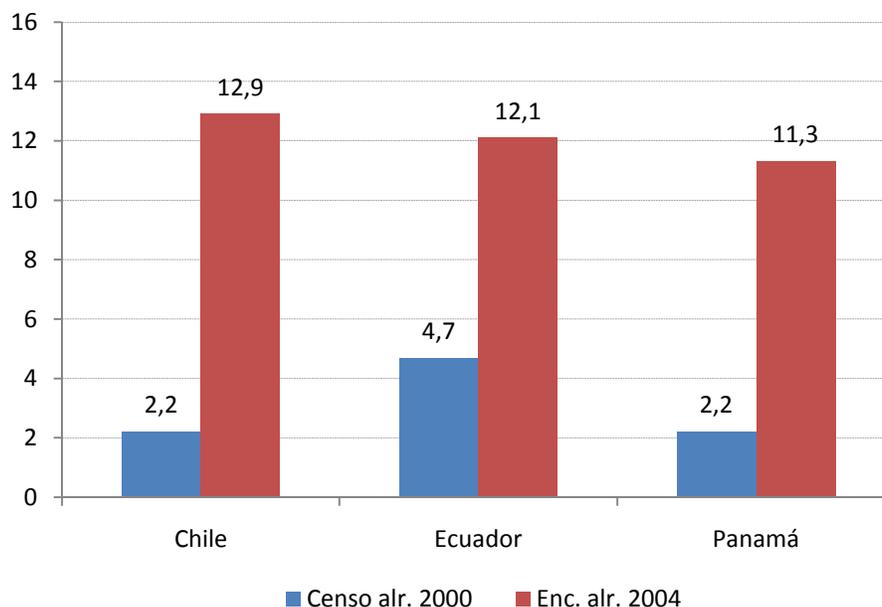
Censo 2002: Deficiencia

Encuesta CASEN 2003: Deficiencia

Encuesta ENDISC 2004: Basado en la CIF-OMS, con enfoque bio-psico-social.

Encuesta CASEN 2006: Deficiencia

GRÁFICO IX.4
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
SEGÚN CENSOS Y ENCUESTAS EN PAÍSES QUE HAN REALIZADO ENCUESTAS ESPECIALIZADAS
SOBRE DISCAPACIDAD, 2001-2007**



Fuente: Elaboración del autor a partir de microdatos censales.

** Conceptos de discapacidad subyacentes en las diferentes fuentes de datos:

Chile, Censo 2002: Deficiencia

Ecuador, Censo 2001: Deficiencia

Panamá, Censo 2000: Deficiencia

Chile, Encuesta ENDI 2002-03: Deficiencia, limitación, restricción

Ecuador, Encuesta Nacional de Discapacidades, 2004: Deficiencia, limitación, restricción

Panamá, PENDIS 2005-06: Deficiencia, limitación, restricción

5. Proyectos comunes y comparabilidad internacional

Existen diversos tipos de factores que pueden alterar tanto la comparabilidad intranacional como internacional:

- Los criterios conceptuales en que se basan las preguntas sobre discapacidad
- La manera de formular las preguntas
- La capacitación de los entrevistadores
- El nivel de comprensión de la población
- La aplicación de diferentes técnicas de recolección de datos: censos, módulos o encuestas especializadas
- La estructura por edad de la población, la población más envejecida –a igualdad de otras condiciones- puede tener mayor prevalencia de personas con discapacidad

Se ha realizado un importante avance para armonizar las estadísticas sobre discapacidad como parte de un proyecto conjunto de los institutos de estadística y censos del MERCOSUR, Bolivia y Chile, para la realización de tareas conjuntas relativas a la armonización metodológica y conceptual de los censos de población de la década del 2000, iniciado en el año 1997.

Esto ha implicado la realización de pruebas piloto conjuntas entre Argentina, Brasil y Paraguay que forma parte de proyecto “Difusión y Evaluación de Estadísticas Censales Armonizadas para Programas Sociales de Desarrollo Sostenible en el Mercosur, Bolivia, Chile, México, Ecuador y Venezuela (con apoyo financiero del BID).

La “Prueba Piloto Conjunta” contempló como primera actividad la ejecución de un test cognitivo en Argentina, Brasil y Paraguay, con el objetivo de poner a prueba una serie de preguntas propuestas por el Grupo de Washington (GW) en base a la clasificación CIF (OMS/OPS/INSERSO, 2001), en los meses de octubre y noviembre de 2006. Por su parte, Uruguay aplicó la prueba piloto conjunta sobre discapacidad en el año 2008.

El objetivo general de la prueba piloto fue el de probar la serie de preguntas centrales propuestas por el GW referentes a la medición de la discapacidad, a fin de su puesta a punto para la incorporación en el formulario de la década de los Censos del 2010 y avanzar en torno a la armonización conceptual y operacional con los distintos países. El concepto en que se basan las preguntas es el de “**limitación en base a deficiencia y grados de severidad**”.

Los cuestionarios aplicados incorporaron la medición de una pregunta con seis opciones centrales y varios grados de severidad:

- ¿Tiene dificultad para ver, aún si usa anteojos o lentes?
- ¿Tiene dificultad para oír, aún si usa audífonos?
- ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?
- ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?
- ¿Tiene dificultad para con su cuidado personal, como lavarse o vestirse?
- Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene alguna dificultad para comunicarse, por ejemplo entender lo que otros dicen o hacerse entender por otros?

Las categorías de respuesta para las seis opciones centrales fueron:

1. No puedo hacerlo (En el caso de la pregunta 1: No puedo ver y de la pregunta 2: No puedo oír)
2. Sí, bastante dificultad
3. Sí, alguna dificultad
4. No, ninguna dificultad
5. No sabe / No contesta

En suma, puede decirse que la pregunta elaborada para la prueba de los países de MERCOSUR, tiene una gran similitud con preguntas utilizadas por algunos de los países que permiten identificar:

- Limitaciones en base a deficiencias (recomendadas por las Naciones Unidas, como ver, oír, hablar, caminar);
- La capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Las ABVD son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño, cuya pérdida se observa en pacientes seriamente enfermos.

Esta formulación tiene, asimismo, otras características que la diferencian de las anteriores:

- La formulación no contiene una pregunta filtro que pueda generar rechazo en la población entrevistada, como por ejemplo, “¿...Tiene usted alguna de las siguientes deficiencias, limitaciones, impedimentos, etc.?”;
- Utiliza la palabra “dificultad” que aparentemente no hace referencia directa a una deficiencia o impedimento físico que pueda aparecer como descalificando al/la entrevistado/a a priori;
- Al tener alternativas de respuesta según grados de severidad (no puedo, bastante, alguna, ninguna) identifica grados en que pueden encontrarse dichas limitaciones, lo que permite elaborar rangos de severidad en la población y elaborar políticas diferenciadas.

Los tres países han acordado en que las preguntas probadas han resultado, en general, satisfactorias, con algunas observaciones y han reforzado la necesidad de consensuar una definición común y datos de calidad comparable, que seguramente no resultarían en índices tan dispares de discapacidad dentro y entre los países.

Algunas restricciones de la pregunta podrían ser, sin embargo:

- No hace mención explícita a las “restricciones a la participación” indicadas en la clasificación de la OMS. Sin embargo, las “dificultades” indicadas en las opciones de la pregunta apuntan implícitamente a algunas posibles restricciones.
- Que no identifica la capacidad de realizar actividades “instrumentales” de la vida diaria.
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son llamadas así porque requieren una mayor capacidad por parte de las personas para su realización, permitiéndoles tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, el cuidado de la casa, la salida de compras, la preparación de la comida, el uso de medios de transporte, el uso adecuado del dinero y la responsabilidad sobre sus propios medicamentos. Este tipo de actividades extienden los aspectos cubiertos por las ABVD a tareas que requieren un nivel más fino de coordinación motora. Estas se refieren a personas que no están severamente dañadas.
- Que no identifica la capacidad de realizar actividades “avanzadas” de la vida diaria (AAVD).
- Estas actividades son las de mayor complejidad y consisten, por ejemplo, en realizar viajes, actividades financieras, desempeñar funciones laborales, entre otras. Las alteraciones de las acciones de funcionalidad física avanzada, si bien no producen una limitación evidente de la autonomía, son un buen pronóstico de fragilidad en la persona mayor. Dentro de ellas se encuentran el subir escaleras, caminar más de dos cuadras y levantar o acarrear objetos pesados.

Como ha sido indicado por la OMS, lo importante para la evaluación es que estas acciones mantienen entre ellas una relación jerárquica de forma tal que, en general, se tiende a perder primero las más avanzadas y al final las básicas, lo cual tiene importancia para la elaboración de pronósticos, acciones preventivas y la elaboración de programas.

**CUADRO IX.5
PREGUNTAS SOBRE DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990 Y 2000**

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Argentina			
1991			No se preguntó
2001		A nivel de hogar; no se encontraron datos	¿En este hogar, hay alguna persona... 1. Sorda o que necesita audífono? 2. Ciega de uno o de los dos ojos? 3. Que le falte o tenga atrofiados brazos, manos o piernas? 4. Muda o con problemas para hablar 5. Con retardo o problemas mentales 6. Que tenga otra discapacidad permanente 7. No hay discapacitados en el hogar.
Concepto: Deficiencia			
Bolivia, Estado Plurinacional de			
1991			No se preguntó
2001		3,1 % de los hogares	En este hogar, ¿cuántas personas son... 1. Ciegas 2. Sordomudas 3. Paralíticas y/o tienen amputado algún brazo o pierna
Concepto: Deficiencia		(1; 2; 3 o más)	
Brasil			
1991	1,5 %		(en el Cuestionario Básico) Deficiencia física o mental: -Ceguera -Sordera -Parálisis de uno de sus lados -Parálisis de las piernas -Parálisis total -Deficiencia mental -Falta de miembros -Más de una -Ninguna de las mencionadas.
Concepto: Deficiencia			
2000	14,5 %		(en el Cuestionario Ampliado) 4.10 – Tem alguma deficiência mental permanente que limite as suas atividades habituais? (Como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.) 4.11 – Como avalia a sua capacidade de enxergar? (Se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando) 4.12 – Como avalia a sua capacidade de ouvir? (Se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando) 4.13 – Como avalia a sua capacidade de caminhar/subir escadas? (Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando o estiver utilizando) 4.14 – Tem alguma das seguintes deficiências? (Assinale somente uma alternativa, priorizando a ordem apresentada): 1 – Paralisia permanente total 2 – Paralisia permanente das pernas 3 – Paralisia permanente de um dos lados do corpo 4 – Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar 5 – Nenhuma das enumeradas
Concepto: En base a la CIF (Deficiencia; limitación en actividades y grado de severidad: Incapaz; grande, alguna, ninguna) grado de severidad			

(continúa)

CUADRO IX.5 (continuación)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Chile ^a			
1992	0,2 % (283.888 personas con discapacidad , en relación a un total de 13.328.401 habitantes)		¿Presenta alguna de las siguientes características? -Ceguera total -Sordera total -Mudez -Parálisis-lisiado -Deficiencia mental -Ninguna. "Para la formulación de esta pregunta, se formó una comisión ad-hoc representada por los Ministerios relacionados (Mideplan, Educación y Salud), los cuales considerando el espacio del cuestionario, propusieron una pregunta dirigida a todas las personas, con seis alternativas a saber: ceguera total, sordera total, mudéz, parálisis-lisiado, deficiencia mental y ninguna".
2002	2,2 %		¿Presenta usted alguna de las siguientes deficiencias? -Ceguera total -Sordera total -Mudez -Lisiado/parálisis -Deficiencia mental -Ninguna de las anteriores.
Colombia			
1993	1,9%		¿Tiene... alguna de las siguientes limitaciones? -Ceguera -Sordera -Mudez -Retraso o deficiencia mental -Parálisis o ausencia de miembros superiores -Parálisis o ausencia de miembros inferiores -Ninguna de las anteriores
2005	6,3%		(en el Cuestionario Básico) ¿ ... Tiene limitaciones permanentes para ... -Moverse o caminar -Usar sus brazos o manos -Ver, a pesar de usar lentes o gafas -Oír, aún con aparatos especiales -Hablar -Entender o aprender -Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales -Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo -Otra limitación permanente? (SI/NO) (en el Cuestionario Ampliado) De las anteriores limitaciones de "... "Cuál es la que más afecta su desempeño diario"? (En el DMc. seleccione del listado anterior la que corresponda) Esta limitación fue ocasionada: 1. Porque nació así 2. Por una enfermedad 3. Por un accidente 4. Por violencia de grupos armados 5. Por violencia dentro del hogar 6. Por violencia de delincuencia común 7. Por edad avanzada, envejecimiento 8. Por otra causa 9. No sabe

(continúa)

CUADRO IX.5 (continuación)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Costa Rica			
1984			No se preguntó.
2000	5,4%		¿Tiene.... Alguna deficiencia permanente como ... Ceguera parcial o total? Sordera parcial o total? Retardo mental? Parálisis, amputación? Otra (especifique) No tiene
Concepto: Deficiencia			
Cuba			
1990			Limitación mental, físico-motora o sensorial: -Enfermo mental (agudo o crónico) -Retraso mental -Ausencia de extremidades inferiores -Invalidez ídem -Ausencia o invalidez de extremidades superiores -Ciego -Sordo -Débil auditivo -Deficiente permanente del habla, o mudo -Otras o ninguna
Concepto: Deficiencia			
2002	4,2%		¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos? -Deficiente permanente del habla, o mudo -Débil auditivo -Sordo -Ciego -Ausencia de extremidades superiores -Invalidez de ídem -Ausencia de extremidades inferiores -Invalidez de ídem -Enfermo mental crónico -Retraso mental -Ninguno de los anteriores Congénito? Adquirido? No sabe
Concepto: Deficiencia y distinción entre congénita y adquirida			
Ecuador			
1990			No se preguntó
2001	4,7%		¿Tiene alguna incapacidad permanente de tipo físico, sensorial o mental (discapacidad)...? -Para ver (ceguera, solo sombras) -Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) -Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudos) -Retardo mental -Enfermedad psiquiátrica (locura) -Múltiple (dos o más de las anteriores) -Otras (desfigurativas, órganos internos). - No tiene
Concepto: Deficiencia			

(continúa)

CUADRO IX.5 (continuación)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
El Salvador			
1992 Concepto: Deficiencia	1,6%		<p>¿Adolece de alguno de los siguientes padecimientos?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ceguera -Sordera -Mudez -Retardo mental -Invalidez o pérdida de alguna extremidad superior -Invalidez o pérdida de alguna extremidad inferior -Ningún impedimento
2007 Concepto: Deficiencias, limitaciones, principal limitación y causas	No se encontraron datos		<p>¿Tiene alguna limitación permanente para...?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Moverse o caminar -Usar sus brazos o manos -Ver, aun usando lentes -Oír, aun usando aparatos especiales -Hablar -Tiene algún retraso o deficiencia mental -Otra limitación permanente <p>_____ (Especifique)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ninguna (Pase a preg. 9) <p>¿Cuál es la principal limitación? (Anote el número que le corresponda a la pregunta anterior)</p> <p>¿Esta limitación fue ocasionada?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Porque nació así -Por una enfermedad -Por un accidente -Por edad avanzada -Por la guerra -Por otras causas <p>_____ (Especifique)</p>
Guatemala			
1994 Concepto: Deficiencia	No se encontraron datos		<p>¿Es inválido o tiene algún impedimento en...?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uno o los dos brazos -Una o las dos piernas -Todo el cuerpo <p>¿Es...?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ciego -Sordo -Sordomudo -Retrasado mental -Sin impedimento
2002 Concepto: Deficiencia		6,2% de los hogares	<p>¿Alguna persona de este hogar tiene...?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ceguera -Sordera -Pérdida o discapacidad en extremidades -----superiores -----inferiores -Deficiencia mental -Otra discapacidad <p>(Todas las categorías SI/NO)</p>

(continúa)

CUADRO IX.5 (continuación)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Haití			
1982			No se preguntó
2003	No se encontraron datos		Indiquer si la ... a un handicap -Cécité -Surdité -Mutité -Membres supérieur -Membres inférieur -Retard mental -Problème mental -Autre -Aucune
Concepto: Deficiencia			
Honduras			
1998			No se preguntó
2000			En este hogar, ¿alguna persona presenta...? -Ceguera total -Sordera total -Mudez total -Pérdida o invalidez de alguna pierna o brazo -Deficiencia mental (Todas las categorías SI/NO)
Concepto: Deficiencia		Se preguntó, no se encontraron datos	
México			
1990	1,8%		No se preguntó
2000			(en el Cuestionario Básico) ¿(Nombre) ... tiene limitación para... -Moverse, caminar o lo hace con ayuda? -Usar sus brazos y manos? -¿Es sordo/a o usa un aparato para oír? -¿Es mudo/a? -¿Es ciego/a o sólo ve sombras? -¿Tiene algún retraso o deficiencia mental? -¿Tiene otra limitación física o mental?(Anotar la limitación) Entonces, no tiene limitación física o mental?
Concepto: La pregunta se diseñó con un enfoque combinado de deficiencia y limitación. Esto es, con énfasis en las dificultades o restricciones para ver, escuchar, deambular, etc., vista la discapacidad a partir del rendimiento funcional y de la actividad de la persona (y no como anomalías o deficiencias de la estructura corporal). Incluye causas.	2,3%		(en el Cuestionario Ampliado) Causa de la discapacidad ¿... Tiene esta limitación... -Porque nació así? -Por una enfermedad? -Por un accidente? -Por edad avanzada? -Por otra causa? Anotar la causa
Nicaragua			
1995			No se preguntó
2005			En este hogar, ¿hay una o más personas...?: (respuesta múltiple) -Que sea sorda, muda o ciega (SI/NO); -Que tenga dificultad permanente para caminar o para bañarse o vestirse por sí sola (SI/NO) -Que tenga dificultad permanente para aprender o entender o que tenga problemas mentales o que tenga dificultad para relacionarse con los demás (SI/NO)
Concepto: Deficiencia		A nivel de hogar; no se encontraron datos	

(continúa)

CUADRO IX.5 (continuación)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Panamá			
1990	No se encontraron datos	1,3% de los hogares	(A nivel de hogar) ¿Algún miembro de esta familia tiene algún impedimento físico o mental? SI/NO/QUIÉN? (A nivel de persona) Si la persona está marcada en la lista de ocupantes, ¿qué tipo de impedimento físico o mental tiene? -Ciego -Sordo -Retraso mental -Parálisis cerebral -Impedimento físico permanente -Otro -Ninguno
Concepto: Deficiencia			
2000	No se encontraron datos	1,8% de los hogares	Ídem al censo anterior
Concepto: Deficiencia			
Paraguay			
1992	1,0 %		¿Tiene algún impedimento físico o mental? -Ciego -Sordo -Mudo -Paralítico -Otro
Concepto: Deficiencia			
2002	1,0 %		¿Existe en este hogar alguna persona que tiene impedimento físico o mental de forma permanente?...como por ejemplo: Anote en una línea el nombre, apellido, edad, y el (o los) impedimento(s) que tenga la persona seguido de las causas que le dieron origen Lista de posibles impedimentos: 1. Tiene parálisis de sus piernas o brazos o disminución de sus fuerzas (kangy) 2. Le falta alguna parte de su cuerpo 3. Es sordo (No escucha nada) 4. No escucha bien, necesita o usa aparato para oír 5. Es mudo (No habla) 6. Habla con mucha dificultad 7. Es ciego en ambos ojos (no ve nada) 8. Es ciego en un ojo 9. Ve con dificultad (aún con anteojos) 10. Tiene síndrome de Down (mongólico) 11. Tiene algún retraso mental 12. Tiene locura (demencia) Lista de posibles causas: 1. Porque nació así 2. Por una enfermedad 3. Por un accidente 4. Por edad avanzada 5. Especifique si es por otra causa
Concepto: Deficiencia más o menos severas y causas			

(continúa)

CUADRO IX.5 (continuación)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Perú			
1993	1,3%		<p>¿Presenta alguno de los impedimentos siguientes? Encierre en círculos uno o más números según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ceguera total -Sordera total -Mudez -Retardo mental -Alteraciones mentales -Polio -Pérdida o invalidez extremidades superiores -Pérdida o invalidez extremidades inferiores -Otro (especifique) -No presenta impedimento
Concepto: Deficiencias			
2007		10,9 % de los hogares	<p>Si persona con discapacidad es aquella que tiene alguna dificultad permanente, física o mental que limita una o más actividades de la vida diaria, entonces dígame: alguna persona de este hogar ¿tiene dificultad o limitación permanente: (circular uno o más números)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Para ver, aún usando lentes -Para oír, aún usando audífonos para sordera -Para hablar (entonar, vocalizar) -Para usar brazos y manos/piernas y pies -Alguna otra dificultad o limitación -Ninguna personas con discapacidad
Concepto: Limitaciones permanentes			
República Dominicana			
1993			No se preguntó
2002	4,2%		<p>¿Tiene... alguna de las siguientes limitaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ciego/a de un ojo -Ciego de los dos ojos -Sordo/a -Mudo/a -Pérdida o limitación permanente para mover los brazos -Pérdida o limitación permanente para mover las piernas -Retardo o deficiencia mental -Otra limitación -Ninguna limitación <p>¿Cuál es la causa de esta/s limitación/es?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nació así -Enfermedad -Violencia o abuso -Accidente de motocicleta -Accidente por otro vehículo de motor -Otro accidente (no laboral) -Accidente laboral -Edad avanzada -Otra causa -No sabe
Concepto: Deficiencias y causas			
Uruguay			
1996			No se preguntó
2004			No se preguntó
Conteo de población			

(continúa)

CUADRO IX.5 (conclusión)

Año y concepto	Personas	Hogares	Preguntas
Venezuela, República Bolivariana de			
1990	No se encontraron datos		¿Padece alguno de los siguientes impedimentos? -Ceguera total -Sordera total -Mudez -Retardo mental -Pérdida o invalidez de extremidades superiores -Idem inferiores -Ninguno de los anteriores
Concepto: deficiencia			
2001	4,1%		¿Tiene alguna de las siguientes deficiencias, problemas o discapacidades? -Ceguera total -Sordera total -Retardo mental -Pérdida o discapacidad de extremidades superiores -Pérdida o discapacidad de extremidades inferiores -Otra -Ninguna
Concepto: deficiencia			

Fuente: elaboración propia de la autora

^a En 1992, se constituyó una comisión integrada por representantes de los Ministerios de Planificación (Mideplan), Educación (Mineduc) y Salud (Minsal), quienes propusieron y diseñaron la pregunta sobre discapacidad formulada a todas las personas y, que consideraba seis alternativas: ceguera total, sordera total, mudéz, parálisis lisiado, deficiencia mental y ninguna, para ser consultado en el Censo. En el Cuestionario Censal del último Censo levantado en Chile, se volvió a incorporar la pregunta sobre discapacitados ocupando la misma definición que la del año 1992. Mideplan el año 1996 a través de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) que se aplica bianualmente a hogares, incorpora una pregunta sobre deficiencia considerando 7 categorías: deficiencia para oír, hablar, ver, mental, física, causa siquiátrica y por último, ninguna. Entre los años 2000 y 2003 la CASEN nuevamente incorporó en su cuestionario la pregunta sobre discapacidad, tal y como fuera formulada en el año 1996. Como parte de las actividades del Año Iberoamericano de las Personas con Discapacidad, en el presente año FONADIS e INE están aplicando en Chile la primera Encuesta Nacional de la Discapacidad. Este estudio se basa en el reciente instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y reconocido por más de 190 países, denominado "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF)".

CUADRO IX.6
DATOS SOBRE DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA SEGÚN DIFERENTES FUENTES

Fecha	Fuente	Personas con discapacidad (%)	Hogares con discapacidad (%)
Argentina			
1991	Censo de Población		No se preguntó
2001	Censo de Población		Hogares
2002-3	ENDI 2002-3 (Complementaria al Censo de Población)	7,1 %	
Continuo	Registro Nacional de Personas con Discapacidad (SNRPpd, 1997)		No se encontraron datos
Bolivia, Estado Plurinacional de			
1998	Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 98	1,0 %	
2001	Censo de Población		3,1 % Hogares
2001	Encuesta de medición de mejoramiento de condiciones de vida, MECOVI 2001	3,8 %	
Continuo	Registro.....,		

(continúa)

CUADRO IX.6 (continuación)

Fecha	Fuente	Personas con discapacidad (%)	Hogares con discapacidad (%)
Brasil			
1991	Censo de Población	1,5 %	
1998	Encuesta de condiciones de vida, PCV		No se encontraron datos
1998	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PINADI		No se encontraron datos
2000	Censo de Población	14,5 %	
Continuo	Registro...,		
Chile			
1992	Censo de Población		Existió la pregunta; no se encontraron datos
2000	Encuesta CASEN	5,3 %	
2000	Encuesta Condiciones de Vida y Salud, (con al menos una discapacidad)	21,7 %	
2002	Censo de Población	2,2 %	
2003	Encuesta CASEN	3,6 %	
2004	Estudio Nacional de Discapacidad, ENDISC	12,9 %	
2006	Encuesta CASEN	6,9 %	20,3 % Hogares; 10,9 % Hogares con Jefe discapacitado
Continuo desde 1994	Registro Nacional de la Discapacidad		A cargo del Servicio de Registro Civil e Identificaciones de Chile
Colombia			
1993	Censo de Población	1,9 %	
2005	Censo de Población	6,3 %	
Continuo desde 2003	Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, DANE		
Costa Rica			
1984	Censo de Población		No se preguntó
1990	Encuesta EHPM	9,0 %	
1998	Encuesta EHPM	7,8 %	
2000	Censo de Población	5,4 %	
Continuo	Registro...		
Cuba			
2002	Censo de Población	4,2 %	

(continúa)

CUADRO IX.6 (continuación)

Fecha	Fuente	Personas con discapacidad (%)	Hogares con discapacidad (%)
Ecuador			
1990	Censo de Población		No se preguntó
2001	Censo de Población	4,7 %	
2004	Encuesta Nacional de Discapacidades	12,1 %	
Continuo	Registro...		
El Salvador			
1992	Censo de Población	1,6 %	
2000-1	Encuesta GTZ/OPS/ISRI/UDB	6,6 %	
2003	EHPM	1,5 %	
Continuo	Registro Nacional de las Personas Naturales	4,1 %	Dato para 2005, personas de 18+ años
2006	Censo de Población		Se incluyeron tres preguntas, No se encontraron datos
Guatemala			
1994	Censo de Población		Se preguntó; no se encontraron datos
2002	Censo de Población	6,2 %	
2005	ENDIS (Basada en CIDDIM-2)	3,7 % 1,3 %	Para 6+ años Para menores de 6 años
Continuo	Registro...		
Haití			
2002	Censo de Población		No se encontraron datos
Honduras			
1988	Censo de Población		No se preguntó
2000	Censo de Población		No se encontraron datos
2002	Encuesta EHPM (Módulo)	2,7 %	
México			
1990	Censo de Población		No se preguntó
2000	Censo de Población (Básico)	1,8 %	
2000	Censo de Población (Ampliado)	2,3 %	
2000	Encuesta Nacional de Salud	2,4 %	
Continuo	Registro...		

(continúa)

CUADRO IX.6 (continuación)

Fecha	Fuente	Personas con discapacidad (%)	Hogares con discapacidad (%)
Nicaragua			
1995	Censo de Población		No se preguntó
1993	Encuesta medición de nivel de vida	12,0 %	
2001	Encuesta ENDESA (módulo en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud) (Basada en CIDDM-II)	11,0 %	
2003	Encuesta Nicaragüense para personas con discapacidad, ENDIS (Basada en CIF WHO-DAS II)	10,3 %	
2005	Censo de Población		No se encontraron datos
Continuo	Registro...		
Panamá			
1990	Censo de Población		Se preguntó; no se encontraron datos
2000	Censo de Población	2,2 %	
2005	Encuesta PENDIS 2005	11,3 %	
Continuo	Registro...		
Paraguay			
1992	Censo de Población	0,96 %	
2002	Censo de Población	0,99 %	Hogares y personas
2002	Encuesta Metropolitana de Asunción	3,0 %	
Continuo	Registro...,		
Perú			
1993	Censo de Población	1,3 %	
1993	Estudio de "Prevalencia de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en el Perú", realizado por el Instituto Nacional de Rehabilitación, INR	45,4 %	(31,8 con alguna discapacidad y 13,08 minusvalía)
2005	Encuesta continua ENCO	8,7 %	
2005	Encuesta de Hogares sobre Discapacidad, EHODIS	5,7 %	
2007	Censo de Población		No se encontraron datos
Continuo desde 1998	Registro del Instituto Nacional de Rehabilitación del MINSA (CIDDM) o Módulo de Información de Discapacidad HIS-DIS, encargado de recopilar de manera mensual toda la información que reciban los centros de salud públicos y privados de cualquier lugar del país sobre discapacidad, Ver Reporte Estadístico de la Discapacidad en el Perú 1999-2000, MINSA, Abril 2003,	31,0 %	

(continúa)

CUADRO IX.6 (conclusión)

Fecha	Fuente	Personas con discapacidad (%)	Hogares con discapacidad (%)
República Dominicana			
1993	Censo de Población		No se preguntó
2002	Censo de Población		Se preguntó, no se encontraron datos
Continuo	Registro...		
Uruguay			
1996	Censo de Población		No se preguntó
1991-93	Encuesta Continua de Hogares (urbano)	4,0 %	
1999	Encuesta sobre estilos de vida y salud (ENEVISA - CEPAL/MSP – Módulo anexo a la E,C,H del INE), 1999, (55 y más/urbano)		Concepto: dependencia funcional
2003-2004	Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (Instituto Nacional de Estadística/CNHD - Módulo Anexo a la E,C,H), 2003 –2004, (Todas las edades/urbano)	7,6 %	CIF (deficiencia, limitación y restricción)
Continuo	Registro...		
Venezuela, República Bolivariana de			
1990	Censo de Población		Se preguntó; no se encontraron datos
2001	Censo de Población	4,1 %	
Continuo	Registro de Personas con Discapacidad		No se encontraron datos

Fuente: BID, Equipo de Discapacidad y Desarrollo, 2006 y otras.

6. Algunas reflexiones finales

- i) Es imprescindible que los países revisen las preguntas sobre discapacidad en los censos para adecuarse a las nuevas propuestas internacionales y lograr una mayor identificación de las personas con discapacidad según tipo y grado de severidad;
- ii) La información que se obtenga de la pregunta debe proporcionar, al menos, la posibilidad de elaborar diagnósticos acerca de la distribución de la discapacidad en la población en términos de limitaciones para las actividades de la vida diaria, según grados de severidad;
- iii) Debe asegurarse que la información que produzcan los censos (u otras fuentes de datos) permita tomar acciones de los organismos responsables que resulten en ventajas evidentes para la población con limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.
- iv) Para ello debe fortalecerse la comunicación entre los productores de estadísticas de discapacidad y los programadores y técnicos en el tema de la inclusión social de las personas con discapacidad en las esferas de gobierno.

Bibliografía

- Arroyo, Juan (2004), *El derecho a la salud de las personas con discapacidad: Estado de la cuestión. Informe final*, Lima, Comisión de Estudios de Discapacidad (CEEDIS), Congreso de la República.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), (2004a), *Población, envejecimiento y desarrollo* (LC/G.2235), documento presentado al trigésimo período de sesiones de la CEPAL, San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 2 de julio 2004. Publicación de las Naciones Unidas.
- (2004b), *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/L.2079), Santiago de Chile, 19-21 noviembre 2003. Publicación de las Naciones Unidas.
- (2000), *Panorama social de América Latina 1999-2000* (LG/G.2068-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (LC/W.113), Documento de Proyectos No. 113. Publicación de las Naciones Unidas.
- Del Popolo, Fabiana (2001), *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina* (LC/L.1640-P/E), serie *Población y Desarrollo* No. 19, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.178.
- Marín, Pedro Paulo (2007), “Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores”, *Revista Médica de Chile*, No. 135, Santiago de Chile.
- Naciones Unidas (2007), *Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Vivienda. Revisión 2. Comisión de Estadística*, Enviado por el grupo de Expertos de las Naciones Unidas del Programa Mundial de Censos de Población y Vivienda del 2010, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2004), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D. C.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2006), “Lo que todos debemos saber: 85 millones de personas con discapacidades en América Latina”, [En línea] <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060505.htm>
- OMS/OPS/INSERSO (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Gobierno de España) (2001), “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, OMS y OPS, Madrid, España.
- Schkolnik, Susana (2006), “Propuesta de indicadores y cuestionario sobre la situación de las personas mayores, en el marco de la estrategia regional de implementación del Plan de Acción de Madrid 2002 sobre el envejecimiento para América Latina y el Caribe”, CEPAL, Inédito.

X. La consideración de la información en el marco jurídico, la institucionalidad y las políticas para las personas con discapacidad en América Latina

*Fernanda Stang*⁵⁸

Introducción: un nuevo enfoque, viejas demandas⁵⁹

A pesar que el tema de las personas con discapacidades no ha alcanzado aún un espacio importante en el discurso y la acción pública regional, los organismos internacionales y los gobiernos han comenzado a prestarle mayor atención, sobre todo desde comienzos de los años noventa, aunque pueden encontrarse acuerdos y normativas anteriores. Pero no solo ha aumentado su visibilidad, sino que también ha experimentado cambios significativos en su abordaje, pasando desde un enfoque que consideraba a las personas con discapacidades como víctimas, objetos de caridad y beneficiarios de programas hacia una mirada que las concibe como sujetos de derechos, participantes y actores, reconociendo su contribución a la sociedad y reclamando su integración (Savedoff, 2006; Mujica y Calle, 2006).

⁵⁸ Consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL

⁵⁹ La autora agradece a Susana Schkolnik y Magda Ruiz por la oportunidad de elaborar este artículo, y a Carla Parraguez por su relevamiento de la consideración constitucional de las personas con discapacidad.

Un elemento clave de este cambio de paradigma lo ha representado el pasaje desde la definición de la discapacidad centrada en el déficit y a partir de condiciones médicas hacia una concepción más dinámica e integral, que la piensa como un complejo proceso de salud, económico, sociocultural y también político, un fenómeno diverso, en el que la discapacidad se conforma en la interacción entre las capacidades funcionales de la persona y su entorno físico y social.

En el ámbito de la generación de datos respecto de las personas con discapacidades y sus condiciones de vida, este cambio de paradigma se ha materializado, sobre todo, en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), vigente desde 2001, y que surgió de una revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). La CIF define a la discapacidad “*como un continuo multidimensional de capacidades funcionales, más que como una lista de condiciones específicas a una categoría, a una minoría o a un grupo particular*” (Saviedoff, 2006, pág. 36). La clasificación se apoya en una identificación positiva de las capacidades humanas, midiendo la discapacidad como un continuo en función del grado en que esa capacidad es limitada.

Una de las claves de este cambio de enfoque que supuso la CIF reside en el hecho que abandona el concepto de “consecuencias de enfermedades” para pensar en términos de “componentes del funcionamiento humano”. Es decir, ya no pone el acento en la causa de la discapacidad, sino en el modo en que esa limitación de la capacidad incide en la interacción de la persona con su estado de salud, sus factores personales —la edad, el sexo, el nivel educativo, su personalidad— y elementos contextuales, ya sea el propio ambiente físico o los factores sociales, económicos y culturales que influyen en su experimentación vital de la discapacidad (Naciones Unidas, 2003). Para la CIF, la discapacidad representa “*deficiencias a nivel de la estructura o las funciones corporales; ...limitaciones de las actividades al nivel de la persona y... restricciones en la participación al nivel de las situaciones vitales en un contexto social*” (Naciones Unidas, 2003, pág. 3).

Al igual que la visibilidad y presencia del tema en el discurso público, la demanda de estadísticas sobre las personas con discapacidades —una necesidad de larga data— también se ha incrementado de manera significativa, especialmente desde comienzos de la década de 1980, y varios hechos han incidido en esto, entre ellos, la celebración del Año de los Impedidos en 1981, el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992) y las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993). Todas estas herramientas le dieron mayor relevancia a la producción de estadísticas y además evidenciaron la necesidad de ampliar su cobertura hacia aspectos sociodemográficos y económicos, el entorno y el acceso y la adaptabilidad de las personas con discapacidad, los elementos de ayuda técnica y la asistencia personal (Naciones Unidas, 2003). Pero sin duda el hecho más relevante lo representó la reciente aprobación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que ha contado con una amplia adhesión regional⁶⁰, y que ha puesto de relieve la necesidad de evaluar el modo en que se obtiene esta información a partir de los relevamientos censales.

La exigencia de información sobre las personas con discapacidades, ahora más visible, no solo emana de su necesidad como insumo para el diseño, la implementación y la evaluación de políticas en este ámbito, sino que también se deriva del imperativo ético de asegurar el ejercicio de sus derechos, proclamados por numerosos instrumentos de derecho internacional. Sin embargo, un relevamiento de la producción de información sociodemográfica sobre las personas con discapacidades en América Latina, y sobre todo de su uso, en especial para el diseño de políticas, revela un déficit. Así lo manifiesta el informe sobre los progresos, desafíos y perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) en América Latina en los últimos 15 años, en el que se menciona la discapacidad como uno de los

⁶⁰ Hasta el momento la han firmado 18 de los 21 países de América Latina (la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana y el Uruguay); de ellos, 16 la han ratificado (exceptuando de la enumeración anterior al Estado Plurinacional de Bolivia y Colombia).

campos temáticos relevantes en los que la cobertura y oportunidad de la información dista de ser aceptable (CELADE/CEPAL y UNFPA, 2009).

Ciertamente, las asignaturas pendientes a nivel regional en materia de discapacidad van mucho más allá de la escasez de información sociodemográfica oportuna y apropiada. Un reciente informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para las personas con discapacidad revela que 426 millones de ellas viven por debajo del umbral de la pobreza en los países en desarrollo, y suelen representar entre el 15% y el 20% de su población pobre más marginada. Hay también evidencias de que su participación en la fuerza de trabajo es muy inferior a la de las personas sin discapacidad, y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estima que más del 90% de los niños con discapacidad de los países en desarrollo no asiste a la escuela (Naciones Unidas, 2009).

Sin embargo, esta carencia de información es un elemento no menor en la vía que es necesario tomar para dar respuestas a esta problemática, desde la perspectiva de los derechos humanos y la integración en la diversidad. Hecho este reconocimiento, el foco de este artículo se coloca específicamente en la forma en que se consideran la necesidad y el uso de la información sobre las personas con discapacidades en el marco legal, institucional y de política pública latinoamericano vinculado con el tema.

En una primera parte se aborda el escenario del derecho internacional, haciendo un recorrido por los principales hitos vinculados con la discapacidad y destacando el interés por la información que expresan algunos instrumentos. Un segundo apartado se ocupa del marco legal de los países, revisando en primer término la consideración constitucional de las personas con discapacidades, luego la norma principal que se ocupa del tema, poniendo el foco en lo que estipula respecto de la producción y el uso de información, en la consideración de un registro de personas con discapacidades en el texto jurídico y finalmente en la comparación entre la definición legal de la discapacidad y su operacionalización en el último operativo censal. El tercer acápite analiza la institucionalidad a cargo de las personas con discapacidades en América Latina, observando la asignación de responsabilidades respecto de la producción de información. La parte final analiza la política pública en materia de discapacidad en un grupo seleccionado de países de la región, también centrando la atención en la forma en que su texto oficial emplea información sociodemográfica sobre las personas con discapacidades para diagnosticar la realidad a intervenir y las acciones que propone respecto de la generación de datos.

La metodología de trabajo empleada la constituyó el análisis de los textos jurídicos y de políticas mencionados, complementado con la lectura de estudios, ensayos y artículos vinculados al tema. El material fue relevado mediante una búsqueda en Internet. Se trata, por lo tanto, de una aproximación provisional e inacabada a este campo, sujeta a futuras revisiones y expuesta al público del seminario en cuyo contexto se presenta, para sus observaciones, críticas y aportes.

1. Las personas con discapacidades y la información en el derecho internacional

El panorama de la información sobre las personas con discapacidades no es alentador. El citado informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el nivel de cumplimiento de los ODM para este grupo de la población describe un escenario de escasez de datos y amplias diferencias entre las definiciones, las normas y las metodologías utilizadas para determinar las condiciones de las personas con discapacidad, situación que obstaculiza la eficaz formulación de políticas y programas inclusivos y la evaluación de sus progresos. Incluso en muchos países desarrollados estas estadísticas permanecen en un nivel subdesarrollado, y la falta de datos socioeconómicos sobre las personas con discapacidad *“refleja en grado considerable el enfoque de la discapacidad desde el punto de vista del bienestar social y la atención médica que aún prevalece en muchos países”* (Naciones Unidas, 2009). El hecho que los 19 países latinoamericanos que levantaron un censo durante la década de 2000 haya recogido

información sobre discapacidad, bajo una u otra definición (Schkolnik, 2009), es un hecho alentador, pero no suficiente. Es preciso mejorar esa información, aprovecharla efectivamente en la gestión gubernamental y su examen, y adecuarla a las exigencias y principios esgrimidos por los acuerdos y convenciones internacionales que se ocupan del tema, de acuerdo con la nueva definición de la discapacidad, el enfoque de los derechos humanos y el propósito de lograr sociedades inclusivas.

La alusión a las personas con discapacidad en declaraciones, planes de acción e instrumentos de derecho internacional es profusa, en especial a partir de la década de 1980, y las Naciones Unidas han desempeñado un rol protagónico en esta creciente consideración. Uno de los primeros antecedentes es la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, aprobada mediante la Resolución 2542 (XXIV), el 11 de diciembre de 1969, y que proclama la necesidad de proteger los derechos de las personas física y mentalmente desfavorecidas y de asegurar su bienestar y su rehabilitación. Le siguió la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, a través de la Resolución 2856 (XXVI), del 20 de diciembre de 1971. En su texto se solicita adoptar medidas nacionales o internacionales que sirvan de base y referencia común para la protección de derechos como la atención médica y el tratamiento físico; la educación; la capacitación; la rehabilitación; la seguridad económica y un nivel de vida decoroso; el desempeño de un empleo productivo o alguna ocupación útil, en la medida de sus posibilidades; la residencia con su familia o en un hogar que reemplace al propio; la participación en las distintas formas de la vida de la comunidad; la atención de un tutor calificado cuando sea necesario; protección contra la explotación y todo abuso o trato degradante y un proceso judicial justo que atienda a sus facultades.

El 16 de diciembre de 1976 se aprobó el Año Internacional de los Impedidos (1981), por medio de la Resolución 31/123. Su propósito fue llamar la atención de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las personas sobre la necesidad de emprender medidas a favor de los “impedidos”, promover su igualdad y su plena participación (Pantano, 1987). Un comité asesor examinó un proyecto de trabajo para el año, que luego se adoptó como Programa de Acción Mundial para los Impedidos, a través de la Resolución 37/52, del 3 de diciembre de 1982.

El enfoque adoptado en el Programa de Acción permite advertir el comienzo del giro en la concepción sobre la discapacidad, pues considera a los impedimentos como una relación entre una persona y su medio, *“atendiendo a que en gran parte es el medio el que determina los efectos de una deficiencia física o mental en la vida cotidiana de una persona”* (Pantano, 1987, pág. 27). Este señalamiento sugiere que, más allá de las implicancias materiales y simbólicas que pueda tener la denominación de “impedidos” en este instrumento, se vislumbra ya una mirada relacional del concepto. Otro elemento interesante que emerge de su lectura es el señalamiento que el análisis de la situación de los “impedidos” *“debe efectuarse dentro del contexto de distintos niveles de desarrollo económico y social y de diferentes culturas”* (Naciones Unidas, 1982).

Con el Programa de Acción comienza a emerger también la preocupación por la generación de datos sobre las personas con discapacidades, al señalarse la importancia de que se investiguen las cuestiones sociales, económicas y de participación que repercuten en las vidas de los “impedidos” y sus familias y la forma en que la sociedad se ocupa de esos asuntos: *“Pueden obtenerse datos por medio de las oficinas nacionales de estadística y de censos; sin embargo, debe advertirse que es más probable que se obtengan resultados útiles mediante un programa de encuestas por hogares destinado a recopilar información sobre las cuestiones relativas a las incapacidades que mediante un censo general de la población”* (Naciones Unidas, 1982, párrafo 186).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994, representó una reorientación profunda de la visión sobre la población y sus vínculos con el desarrollo, al apuntar a la satisfacción de las necesidades de las personas y al respeto y garantía de sus derechos (CELADE/CEPAL y UNFPA, 2009). La CIPD dedica un apartado especial a las personas con discapacidad (párrafos 6.28 a 6.33), en el que se destaca el carácter apremiante de la necesidad de promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la realización de los objetivos de participación e igualdad plenas. El Programa de Acción de la conferencia propone una serie de medidas que los Estados deberían tomar,

como considerar sus necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva, eliminar todas las formas concretas de discriminación, desarrollar la infraestructura apropiada para atender las necesidades de las personas con discapacidades, fortalecer sus facultades de integración y supervisar esta integración social y económica (UNFPA, 2004).

La Declaración de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada del 4 al 15 de septiembre de 1995, reconoció a la discapacidad como una barrera para la potenciación y el adelanto de mujeres y niñas, y la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada mediante la Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, instó a los Estados Partes a reconocer que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente. Pero sin duda uno de los hitos más relevantes en el campo de la discapacidad, con plena incidencia hasta la actualidad, en especial en la elaboración de leyes y en la determinación de áreas de intervención a través de políticas, lo constituyeron las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, establecidas mediante la Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993. Elaboradas a partir de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992), las normas no son de cumplimiento obligatorio, sin embargo, su texto plantea explícitamente la expectativa que *“pueden convertirse en normas internacionales consuetudinarias cuando las aplique un gran número de Estados con la intención de respetar una norma de derecho internacional”* (Naciones Unidas, 1994, párrafo 13). Además, sostiene que llevan implícito el compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

Los temas abordados por las normas se agrupan en cuatro ámbitos: requisitos para la igualdad de participación (mayor toma de conciencia social sobre el tema, atención médica, rehabilitación y servicios de apoyo); esferas previstas para la igualdad de participación (accesibilidad, educación, empleo, mantenimiento de los ingresos y seguridad social, vida en familia e integridad personal, cultura, entre otras); medidas de ejecución (información e investigación, cuestiones normativas y de planificación, legislación, política económica, organizaciones de personas con discapacidad, cooperación internacional, entre otras), y mecanismos de supervisión (formas de identificar los obstáculos y recomendar medidas para contribuir a la ejecución de las reglas). El espacio que dedican a la información e investigación es importante, y establecen que: *“Los Estados deben asumir la responsabilidad final de reunir y difundir información acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidad y fomentar la amplia investigación de todos los aspectos, incluidos los obstáculos que afectan la vida de las personas con discapacidad”* (Naciones Unidas, 1994, artículo 13).

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada el 13 de diciembre de 2006 mediante la Resolución 61/106, y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, es probablemente el instrumento de derecho internacional más relevante para este ámbito de la realidad social. Su propósito es *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”* (Naciones Unidas, 2006, artículo 1). El instrumento se basa en ocho principios rectores: el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer, y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (Naciones Unidas, s/f).

Las personas con discapacidad son definidas en el instrumento como *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (Naciones Unidas, 2006, artículo 2). Esta conceptualización revela el enfoque que subyace a la convención, fundado en la idea que *“la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al*

entorno” (Naciones Unidas, 2006, Preámbulo), y que se hace eco de la nueva mirada que deberían intentar plasmar los instrumentos de recolección de datos sobre las personas con discapacidades.

La convención constituye un marco amplio de protección de los derechos de las personas con discapacidad, que menciona la importancia de integrar todas las cuestiones relativas a este tema en las estrategias de desarrollo sostenible, de incorporar una perspectiva de género en las actividades destinadas a garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades, y que reconoce la diversidad de las personas con discapacidad. Su mandato respecto de la producción y el uso de datos es bien específico, pues estipula que la información que los Estados Partes recopilen debe ser adecuada, e incluir datos estadísticos y de investigación que les permitan formular y aplicar políticas para dar efecto al instrumento. Además, establece que: “*La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos*” (Naciones Unidas, 2006, artículo 31), y responsabiliza a los Estados de la difusión de estas estadísticas y su accesibilidad.

Dentro del ámbito de las Naciones Unidas también deben mencionarse el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982), el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y su Estrategia Regional, que consideran la discapacidad en vinculación con las personas de edad, y el papel del Relator Especial, figura prevista por las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, que entre otras funciones promueve el diálogo directo con los Estados miembros y con las organizaciones gubernamentales y los expertos locales⁶¹.

A nivel interamericano existe un importante instrumento que se ocupa de las personas con discapacidades, la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, de la Organización de Estados Americanos, aprobada en Ciudad de Guatemala el 7 de junio de 1999, y que también cuenta con una amplia adhesión de los países latinoamericanos⁶². El Programa de acción para el decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016), aprobado por la Comisión en su sesión del 26 de abril de 2007, apunta a que los Estados miembros logren hasta 2016 avances sustantivos en la construcción de una sociedad inclusiva, solidaria y basada en el reconocimiento pleno e igualitario de los derechos humanos y las libertades fundamentales, y a que las personas con discapacidad sean reconocidas y valoradas por sus aportes efectivos y potenciales al bienestar general y la diversidad de sus comunidades (OEA, 2007).

Existen otras normas y medidas que implícita o explícitamente protegen algún aspecto de los derechos de las personas con discapacidad, entre ellas varios convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): el Convenio 111, relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación (entrada en vigor en 1960); el Convenio 128, sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (entrada en vigor en 1969); el Convenio 142, sobre la orientación profesional y la formación profesional en el desarrollo de los recursos humanos (entrada en vigor en 1977), y el Convenio 159, sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (entrada en vigor en 1985). En Iberoamérica puede mencionarse la Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área iberoamericana, surgida de la Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas Ancianas y Personas Discapacitadas, realizada entre los días 27 y 30 de octubre de 1992, y a la que asistieron representantes gubernamentales de la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, el Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.

⁶¹ [En línea], <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=9&pid=513>

⁶² Hasta el momento la han ratificado 18 países de la región: la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, la República Dominicana, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.

En síntesis, el derecho internacional en materia de discapacidad es amplio y tiene una historia sólida, que ha logrado legitimar socialmente el nuevo modo de entenderla. Varios de sus instrumentos han destacado la relevancia de la información sobre las personas con discapacidades y han establecido la necesidad de su generación y difusión cada vez con mayor especificación. Es imperativo, entonces, recoger este mandato.

2. El marco jurídico nacional: entre la renovación y el desfase

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, como se dijo, representaron un hito importante para la normatividad referida a ellas. En buena medida a partir de su influencia, las leyes nacionales dedicadas al tema dejaron de estar enfocadas en la protección social, la salud y la beneficencia, para convertirse en instrumentos que buscan asegurar la igualdad o equidad de oportunidades, el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (Mujica y Calle, 2006).

En este apartado se analiza la consideración de las personas con discapacidad en las constituciones y las leyes de los países latinoamericanos. Respecto de estas últimas, el acento se pone en su definición legal y en averiguar si establecen en su texto la tarea de recopilación de información sobre su realidad. Casi todos los países de la región tienen un marco legal bastante amplio que las alude, ya sea exclusivamente o entre otras personas o grupos que reciben un tratamiento especial. Justamente por esta amplitud es que en este artículo solo se considerará para el análisis, además de la Constitución, la ley principal o ley marco de cada país en materia de discapacidad.

Un primer aspecto que debe considerarse es la diversidad de denominaciones con la que se alude a las personas con discapacidades, tanto en las constituciones como en las leyes que les competen. Este no es un asunto menor, en la medida en que esa nominación legal (legítima)⁶³ revela una determinada concepción de la discapacidad y puede influir en las orientaciones de política que adopte el Estado respecto de ella. También es posible, sin embargo, que la concepción que subyace a ese término ya no se condiga con la práctica, debido a un anacronismo de la norma que no se ha resuelto mediante una reforma o derogación. Un estudio sobre legislación comparada en materia de discapacidad que incluye a buena parte de los países latinoamericanos (Mujica y Calle, 2006) constata que cuanto más antigua es la norma, menos “políticamente correcto” es el término que se emplea para referirse a las personas con discapacidad: “*Palabras como inválido, minusválido, impedido, presentes en la legislación anterior a la década de los 90, antes de la emisión de las Normas Uniformes, se contraponen a la demanda de las propias personas con discapacidad de poner a la persona primero y negarse a ser cosificados o ciudadanos de segundo nivel*” (Mujica y Calle, 2006, pág. 10).

Varios países de América Latina han adecuado progresivamente su legislación a los estándares internacionales, pero persisten en las constituciones expresiones como “disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos” (Colombia, 2005), “minusválidos” (Guatemala, 1993), “inferioridad física o mental de carácter crónico” (Uruguay, 1997) o “mentalmente incapaces e inválidos” (Panamá, 2004). En algunos casos, como se ve, hubo reformas o enmiendas recientes que mantuvieron estas denominaciones. Además, muchos otros conservan normas como el Código Civil, que contienen artículos discriminatorios hacia las personas con discapacidad (Mujica y Calle, 2006). Incluso se encuentran términos que, aunque revelan una preocupación por una diferenciación positiva, tienen el mismo efecto, como ocurre con el Paraguay (1992) y la alusión a “personas excepcionales” y México (2009) con las “capacidades diferentes”.

⁶³ Como explica Pierre Bourdieu: “*En la lucha simbólica por la producción del sentido común o... por el monopolio de la nominación legítima, los agentes empeñan el capital simbólico que adquirieron en las luchas anteriores y que puede ser jurídicamente garantizado*” (Bourdieu, 1990, pág. 38). Esos agentes están desigualmente dotados de poder, y usualmente es el Estado el que finalmente determina qué es la discapacidad legítimamente, y no precisamente las personas que la experimentan, sobre todo considerando que su nivel de incidencia aún no es importante, puesto que si bien se han logrado avances en materia de participación, “*sus movimientos asociativos, particularmente en los países en desarrollo (la realidad latinoamericana así lo atestigua), necesitan mayor desarrollo organizativo y político*” (Astorga Gatzens, s/f).

El tema merece una pequeña digresión. Liliana Pantano se ha ocupado de este asunto. Para la autora: *“Hablar de ‘discapacidad’ o ‘desventaja’, en un sentido general, es hacer referencia a posibilidades limitadas de desarrollo humano. Y esa limitación —en la realidad— no está dada exclusivamente por las carencias (físicas, mentales o de otro tipo) de quien está impedido, sino también por la misma comunidad a la que pertenece, en tanto y en cuanto no ofrece medios alternativos de superación y/o promoción”* (Pantano, 1987, pág. 15). Por lo tanto, no corresponde hablar de un “discapacitado”⁶⁴, sino de una persona que tiene una discapacidad. Pantano también considera que expresiones como “personas con capacidades diferentes” o con “necesidades especiales” representan eufemismos y sostiene que procuran reconocer, pero segregando (Pantano, 2007). Esta mirada puede incluso invisibilizar la desigualdad cruzada, debida a la confluencia de la discapacidad con las desigualdades de género, de clase, étnicas, territoriales, entre otras. La expresión más apropiada sería entonces la de “personas con discapacidades”, en la medida que pone el acento en el primer término, es decir, la persona (Pantano, 1987).

El análisis de la inclusión de las personas con discapacidades en las constituciones de los países de América Latina muestra que 17 de ellos poseen en sus cartas magnas al menos un artículo que las alude, ya sea exclusivamente o junto a otros grupos de personas —excluyendo, claro está, aquellos artículos que se dirigen a todos los ciudadanos y habitantes del país, y que por lo tanto también las abarcan— (véase el cuadro X.1). Los únicos que no poseen un artículo específico son Chile (1980), Costa Rica (2001) y Haití (1987). La Constitución cubana se limita a hablar de los trabajadores impedidos por invalidez y enfermedad. Los países que contemplan un mayor espectro de derechos específicos para las personas con discapacidades son el Ecuador (2008), el Estado Plurinacional de Bolivia (2009) y el Brasil (2009) (véase el cuadro X.2). Los dos primeros han atravesado procesos de reformas constitucionales profundas recientemente; la Constitución brasileña, en tanto, ha experimentado modificaciones frecuentes desde su reformulación en 1988, incluso hasta este año.

Los derechos más ampliamente protegidos en las constituciones regionales corresponden a la esfera económica: el aseguramiento de los ingresos y la seguridad social (12 países) y el empleo/trabajo (9 países). Le siguen los relativos a la educación (7 países) y la salud —atención médica, prevención, rehabilitación— (6 países). No es sorprendente, pero sí debería llamar la atención, el hecho que la participación política solo sea contemplada a nivel constitucional por un único país (Ecuador), lo que habla de una invisibilización de las personas con discapacidades como agentes políticos en la región⁶⁵. En cierta medida, y aunque se advierten elementos de cambio, este hecho, sumado a la preponderancia de las dimensiones económica y médica en los textos constitucionales y en las leyes marco, llevaría a pensar que el enfoque multidimensional de la discapacidad no es realmente efectivo, más allá que a nivel del discurso legal se proclame, en muchos casos, la consideración amplia de la persona y su realidad. También abona esta hipótesis la ausencia de consideración de la dimensión cultural en su real

⁶⁴ La sustantivación de la discapacidad es una tendencia que también se advierte en la construcción de varias preguntas censales referidas al tema, en términos como “ciegos”, “sordomudos”, “inválidos”, entre otros.

⁶⁵ En este aspecto merece una mención especial la ley específica sobre discapacidad de Panamá (ley 42, de 1999), que presta especial atención a este asunto. En su artículo 10 establece que el Tribunal Electoral deberá tomar todas las medidas necesarias para que los ciudadanos con alguna discapacidad puedan ejercer libremente su derecho al voto. Además, explicitando la consideración de la persona con discapacidad como sujeto de su propio desarrollo, la norma sostiene que debe participar en la toma de decisiones en las instancias en que se dicten políticas, programas o acciones relacionadas con la discapacidad (artículo 4). También realiza un tratamiento especial de este aspecto de la integración de la persona con discapacidad la ley marco de la República Bolivariana de Venezuela, que dedica un capítulo completo a la participación ciudadana, y dentro de él destina un artículo a la participación política, determinando: *“El Estado, mediante el uso de avances tecnológicos y de facilitación, garantizará que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales para el ejercicio del derecho al sufragio por parte de las personas con discapacidad, sean apropiados, accesibles y fáciles de entender y utilizar en procura de su máxima independencia posible para emitir su voto en secreto y sin intimidación en elecciones y referendos populares. De igual modo tienen derecho a postularse como candidatos en las elecciones, ostentar cargos y desempeñar cualquier función pública”* (artículo 50).

complejidad, pues en general solo aparecen alusiones a actividades recreativas o deportivas, más allá del aspecto educacional, que se limita al ámbito formal⁶⁶.

CUADRO X.1
AMÉRICA LATINA: CONSIDERACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS
CONSTITUCIONES NACIONALES, 2009

País y año*	Artículo
Argentina (1994)	75
Bolivia, Estado Plurinacional de (2009)	14, 45, 64, 70, 71, 72, 85, 105, 107, 302
Brasil (2009)	7, 23, 24, 37, 203, 208, 227, 244
Chile (1980)	No posee
Colombia (2005)	13, 47, 54, 68
Costa Rica (2001)	No posee
Cuba (1992)	47
Ecuador (2008)	35, 47, 48, 49, 66 y 81
El Salvador (1996)	37, 70, 194
Guatemala (1993)	53, 102
Haití (1987)	No posee
Honduras (2005)	83, 120, 142, 169
México (2009)	1, 123
Nicaragua (1995)	56, 62, 82
Paraguay (1992)	6 y 58
Panamá (2004)	19 y 113
Perú (1993)	7, 23
Rep. Dominicana (2002)	8
Uruguay (1997)	46, 67
Venezuela, República Bolivariana de (1999)	81, 86, 103, 178

Fuente: actualizado sobre la base del relevamiento realizado por Carla Parraguez, consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL.

* Fecha de la última reforma o enmienda.

⁶⁶ Unas pocas leyes nacionales aluden a la consideración de la lengua de señas como parte del patrimonio lingüístico de la nación (México y la República Bolivariana de Venezuela).

CUADRO X.2
AMÉRICA LATINA: DERECHOS CONSAGRADOS PARA LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDADES^a EN LAS CONSTITUCIONES, 2009

País y año de la última reforma o enmienda constitucional	Derechos específicos consagrados ^b											Total	
	Salud, atención médica, prevención	Rehabilitación	Servicios de apoyo	Accesibilidad (entorno y comunicación)	Educación	Empleo/Trabajo	Ingresos y seguridad social	Vida en familia e integridad personal ^c	Actividades culturales, recreativas y deportivas	Defensa contra la discriminación	Vivienda adecuada		Participación política
Bolivia (Est. Plur. de) (2009)	x			x	x	x	x	x	x	x			8
Brasil (2009)	x	x	x	x	x	x	x			x			8
Colombia (2005)	x				x	x	x	x					5
Cuba (1992)							x						1
Ecuador (2008)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
El Salvador (1996)						x							1
Guatemala (1993)	x	x				x							3
Honduras (2005)		x			x		x						3
México (2009)							x			x			2
Nicaragua (1995)		x				x	x						3
Paraguay (1992)	x	x	x		x				x				5
Panamá (2004)							x			x			2
Perú (1993)						x		x					2
Rep. Dominicana (2002)							x						1
Uruguay (1997)							x						1
Venezuela (Rep. Bol. de) (1999)				x	x	x	x	x					5
Total	6	6	3	4	7	9	12	5	3	5	1	1	

Fuente: elaboración propia, sobre la base del relevamiento realizado por la consultora Carla Parraguez.

Nota: la Argentina no aparece en este cuadro y sí en el anterior porque realiza un reconocimiento general de derechos.

^a No todas las constituciones emplean esta denominación.

^b La mayor parte establecidos sobre la base de los requisitos y esferas previstas para la igualdad de participación, determinados por las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 1994).

^c Alude a la posibilidad de experimentar la sexualidad, la maternidad o paternidad, el matrimonio o la vida en pareja, y a la necesidad de protección frente al abuso sexual y el maltrato.

Varias constituciones se refieren explícitamente en su articulado a la responsabilidad de asegurar la integración social de las personas con discapacidad (el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, el Ecuador, el Paraguay y el Brasil) y la igualdad o equiparación de oportunidades para ellas (la Argentina, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela). También hay alusiones al deber de garantizar el desarrollo de sus potencialidades y capacidades (en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela), de brindar atención prioritaria o especial (en el Ecuador y Nicaragua) y de adoptar medidas de acción positiva⁶⁷ (en la Argentina y el Estado Plurinacional de

⁶⁷ Las medidas de acción positiva en materia de discapacidad, también conocidas como medidas de discriminación positiva, aparecen plasmadas en la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad: “No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación” (OEA, 1999, artículo I, inciso 2b).

Bolivia). Tres países de la región mencionan la corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad en materia de discapacidad: la República Bolivariana de Venezuela, el Estado Plurinacional de Bolivia (familia y Estado) y el Ecuador (en alusión a la equiparación de oportunidades y la integración social).

La Constitución ecuatoriana considera especialmente la situación de las personas con discapacidad severa y profunda, asegurándoles programas especiales de atención integral. También hace referencia a la necesidad de una cobertura de la seguridad social y de capacitación permanente de las personas y familias que cuidan personas con discapacidades, y prevé la posibilidad de procedimientos especiales y expeditos para juzgar y sancionar delitos de violencia intrafamiliar, sexual y de odio contra ellas, entre otros sujetos. Estipula además la provisión de medicamentos en forma gratuita para quienes los requieran de por vida. La carta magna paraguaya habla de garantizar la calidad de vida, mientras que la brasileña establece la reserva de un porcentaje de cargos públicos para las personas con discapacidades —también lo hacen algunos otros países, como la Argentina, pero a través de una ley—.

La mayor parte de las normas que regulan el ámbito de la discapacidad en los países latinoamericanos tiene carácter de ley —siempre considerando, como se ha advertido, el instrumento principal a nivel nacional—, solo en los casos de El Salvador, Guatemala y Honduras se trata de un decreto, y para Cuba no pudo encontrarse una normativa marco, solamente la resolución que crea el organismo a cargo del tema. Si se considera el título de estos instrumentos jurídicos puede advertirse que la gran mayoría de los países ha acogido los usos y recomendaciones internacionales en la materia, aludiendo a personas con discapacidad o discapacitadas. Únicamente Colombia y el Paraguay mantienen terminologías desaconsejadas: “personas con limitación” en el primer caso e “impedidos” en el segundo (véase el cuadro X.3). También es claro que todas consideran la mayor parte de los requisitos y esferas previstas por las normas uniformes de las Naciones Unidas para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad —salud, educación, empleo y seguridad social, accesibilidad, actividades culturales y deportivas e integridad personal y vida en familia—.

Centrando el análisis en la consideración de la importancia, necesidad o responsabilidad de la generación de información respecto de las personas con discapacidad en el texto de estos instrumentos jurídicos nacionales —la norma marco y aquella que crea la institución a cargo, cuando no es la misma—, resulta que las leyes de 12 países de los 19 considerados abordan este tema. En la mayoría de los textos es un tratamiento bastante general, que alude a la responsabilidad de encarar, promover o financiar investigaciones en la materia, generalmente atribuida a la institución específicamente encargada de este campo a nivel nacional (10 países). Por ejemplo, la normativa boliviana, al enumerar las atribuciones del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, habla de: “*Promover y apoyar la investigación, información, documentación y estudio en discapacidad*” y “[p]roporcionar la orientación necesaria para un investigación en materia de discapacidad” (artículo 19, incisos j y k, ley 1678). En ciertos casos la referencia es bastante inespecífica, como ocurre en la ley peruana, que enumera entre una de las funciones del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), ahora Dirección General de la Persona con Discapacidad (DGPD), la de: “*Fomentar y organizar eventos científicos, técnicos y de investigación que tengan relación directa con los discapacitados*” (artículo 8, inciso j, ley 27050).

El tratamiento que realiza la normativa cubana establece un vínculo explícito entre la producción de información y su carácter de insumo de política pública, al establecer como función del Consejo Nacional para la Atención a las Personas con Discapacidad (CONAPED) la de: “*Formular proyectos de investigación sobre el tema de la discapacidad, difundiendo sus resultados con miras a propiciar un mayor desarrollo de los nuevos programas que se apliquen*” (artículo cuarto, inciso d, resolución 4/96). Solo las leyes del Brasil y México hacen explícito el mandato de recopilar datos sobre las personas con discapacidades mediante el operativo censal. La norma panameña establece con precisión la necesidad de coordinación intersectorial en esta tarea, al asignar a la Secretaría Nacional de Discapacidad la función de: “*Proponer los indicadores estadísticos, en conjunto con la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, para el levantamiento de datos relacionados con la discapacidad en coordinación intersectorial*” (ley 23, artículo 13, inciso 20).

CUADRO X.3
AMÉRICA LATINA: LEY PRINCIPAL QUE REGULA EL ÁMBITO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES, 2009

País	Tipo de norma	Número	Año	Nombre
Argentina	Ley	22431	1981	Sistema de protección integral de las personas discapacitadas
Bolivia, Estado Plurinacional de	Ley	1678	1995	De la persona con discapacidad
Brasil	Lei	7853	1989	Portador de Deficiência
Chile	Ley	19284	1994	Establece normas para la plena integración social de las personas con discapacidad
Colombia	Ley	361	1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones
Costa Rica	Ley	7600	1996	Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad
Cuba	Resolución	4/96	1996	Por la que se crea el Consejo Nacional para la Atención a las Personas con Discapacidad (CONAPED)
Ecuador	Ley	180	1992	Sobre discapacidades
	Registro oficial	301	2001	Codifica esta ley
	Decreto Legislativo	888	2000	Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
El Salvador	Decreto	99	2000	Reglamento de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad
	Decreto	135	1996	Ley de atención a las personas con discapacidad
Guatemala	Decreto	135	1996	Ley de atención a las personas con discapacidad
Honduras	Decreto	160	2005	Ley de equidad y desarrollo integral para las personas con discapacidad
México	Ley	s/n	2005	Ley General de las Personas con Discapacidad
Nicaragua	Ley	202	1995	Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad
Panamá	Ley	42	1999	Por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad
Paraguay	Ley	122	1990	Que establece derechos y privilegios para los impedidos
Perú	Ley	27050	1998	Ley General de la Persona con Discapacidad
Rep. Dominicana	Ley	42	2000	Ley General sobre la Discapacidad en República Dominicana
Uruguay	Ley	16.095	1989	Personas Discapacitadas
Venezuela, República Bolivariana de	Ley	s/n	2006	Para las Personas con Discapacidad

Fuente: elaboración propia.

La mayor parte de estas leyes contempla también la creación y ejecución de un registro nacional de personas con discapacidades. Aunque la utilización efectiva de estos registros con fines estadísticos es prácticamente inexistente, reside en este mandato legal una herramienta con un potencial importante para la generación de información sociodemográfica que sería preciso reconsiderar.

Los registros administrativos pueden ser una fuente relevante de información, con ventajas como su bajo costo, la cobertura completa de la población objetivo y el desglose por áreas geográficas (CELADE, 2006). Sin embargo, suelen estar afectados por varios problemas, en especial en los países en desarrollo, como los latinoamericanos. Entre los errores más comunes se encuentran el subregistro, la heterogeneidad en la distribución de la omisión dentro de cada país, la duplicación de inscripciones y los

errores de contenido (Welti, 1997). A pesar de ello, “*existe un importante potencial en varios registros administrativos que no fueron pensados con fines estadísticos, pero que con un adecuado tratamiento podrían ser útiles*” (CELADE, 2006, pág. 179).

En el caso puntual de los registros de personas con discapacidades en América Latina, tal como están planteados en la normativa nacional, el primer problema que se afronta es que la inscripción es voluntaria en la mayoría de los países. Solo la norma costarricense establece la obligación legal del registro. Esta obligatoriedad, o la vinculación de la inscripción con la obtención de beneficios, podrían mejorar su cobertura y ampliar las posibilidades de una utilización estadística cabal.

Además de los insumos que podría ofrecer a estudios e investigaciones sobre el tema, esta utilización estadística tiene una importancia práctica de sumo interés, y es la de brindar evidencia para la generación, planificación, puesta en práctica y evaluación de programas y políticas. La normativa costarricense, justamente la que plantea la obligatoriedad del registro, establece explícitamente este vínculo, al afirmar en sus considerandos: “*Que la existencia de registros de ese tipo son necesarios para planificar en la mejor forma posible los servicios que requiere el país; siempre que aquellos no sean simples formularios estadísticos sin sentido objetivo y práctico, sino instrumentos dinámicos y funcionales, destinados a servir de apoyo a las acciones públicas en el campo que se trate*” (Decreto N° 8445 – SPPS, Gaceta 82 del 28 de abril de 1978, pág. 2066).

De acuerdo al relevamiento realizado, 12 países de la región disponen de un registro de personas con discapacidades, y también son 12 los que consideran su creación en un instrumento jurídico (véase el cuadro X.4). La mayor parte asigna la responsabilidad de llevar este registro a la institución encargada de las personas con discapacidades (8 países), mientras que en el resto corresponde al registro nacional de personas o alguna otra institución del Estado, en general vinculada al ámbito de la salud. En varios casos se considera también la inscripción de personas jurídicas, instituciones vinculadas al tema y organizaciones de personas con discapacidades (la Argentina, Chile, Costa Rica, el Ecuador, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela).

Otro análisis interesante que permite la aproximación al marco jurídico nacional en la materia es la relación entre la definición legal de la discapacidad en cada país y su operacionalización censal⁶⁸. Un enfoque de este tipo permite entrever varios aspectos del tratamiento de esta temática en la agenda pública nacional: uno de ellos es el nivel de coordinación entre las diferentes áreas del Estado que de algún modo se vinculan con la discapacidad, otro es la existencia de una efectiva demanda por información sociodemográfica apropiada para la generación de políticas y programas, y finalmente puede mencionarse, en un nivel más general, la coherencia en el abordaje estatal de la discapacidad.

Ciertamente, el aparato jurídico suele reaccionar en forma tardía a las transformaciones sociales, o a la demanda de los grupos de presión de la sociedad civil, cuando efectivamente existen y tienen el poder suficiente para ejercer esta influencia. Pero en el caso de la discapacidad en América Latina, el análisis permite deducir que las oficinas nacionales de estadísticas han tenido una reacción aún más lenta que el marco jurídico al cambio de perspectiva sobre el tema que se viene produciendo a nivel mundial desde hace ya al menos tres décadas.

La comparación entre la definición de discapacidad contenida en la norma marco sobre el tema en cada país y la forma en que se hizo la consulta al respecto en los censos de la década de 2000 (véase el cuadro X.5) permite advertir que, en general, mientras que las leyes han adoptado una conceptualización que abandona la concepción biomédica centrada en el déficit y pone el acento en la relevancia del entorno social para la real comprensión de la discapacidad —la mayor parte tomando como parámetro la CIDDM, es decir, la versión previa de la CIF, considerando que la mayoría de estas leyes se aprobaron

⁶⁸ Dadas las limitaciones explicitadas de esta investigación, y el foco del seminario en el operativo censal, no se consideraron para este análisis encuestas de hogares con módulos o preguntas específicas ni encuestas especializadas, existentes en muchos países. Sin embargo, el hecho que el censo constituya el esfuerzo estadístico de mayor envergadura a nivel nacional otorga cierto sustento a este análisis parcial.

antes de la revisión de la clasificación de las discapacidades que supuso esta última—, las preguntas censales con las que se operacionaliza la concepción sobre la discapacidad del país, en cambio, continúa ligada a aquella mirada médica construida en torno a la deficiencia, y en algunos casos apelando aún a la sustantivización -es decir, a la alusión a sordos, ciegos, mudos, inválidos-.

CUADRO X.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EXISTENCIA DE UN REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN LOS PAÍSES, 2009

País	Existencia registro	Consideración legal	Año	Carácter de la inscripción	Organismo a cargo
Argentina	x	Ley 22431	1981	Voluntario	Registro Nacional de las Personas
Bolivia, Estado Plurinacional de	x	Decreto 24807	1997	No establecido	CONALPEDIS
Chile	x	Ley 19284	1994	Voluntario	Servicio de Registro Civil e Identificación
Colombia	x			Mediante convocatoria	DANE, Vicepresidencia de la Rep. y Ministerio de Protección Social
Costa Rica	x	Decreto 8445	1978	Obligatorio	CNREE
Cuba	x				Unidades de atención primaria de la salud
Ecuador	x	Ley 180 y su reglamento	1992	No establecido	CONADIS
El Salvador	x	Decreto 99	2000	Voluntario	CONAIPD
México	x	Ley de asistencia social (reforma)	2009	No establecido	Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y CONADIS
Nicaragua		Ley 202	1995	No establecido	CONARE
Perú	x	Ley 27050	1998	No establecido	DGPD, actualizado por el INE y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
Rep. Dominicana		Ley 42	2000	No establecido	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
Uruguay	x	Ley 16.095	1989	No establecido	Ministerio de Salud Pública
Venezuela República Bolivariana de	x	Ley s/n	2006	No establecido	CONAPIDS

Fuente: elaboración propia.

La complejidad de la operacionalización de un concepto como la discapacidad es un argumento muy real y que merece consideración, pero ello no justifica esta aproximación, sobre todo teniendo en cuenta que algunos países lograron plasmar esta concepción en preguntas en cierta forma más apropiadas, como el Brasil, que consideró en su consulta censal —en el cuestionario ampliado— la evaluación del encuestado sobre la forma en que la deficiencia incide en la limitación de sus actividades habituales, o Colombia, al interrogar sobre las dificultades para realizar ciertas actividades cotidianas o para relacionarse con otras personas, en este caso en el cuestionario básico, preguntando en el ampliado, además, por la limitación principal para su desempeño diario.

CUADRO X.5
AMÉRICA LATINA: COMPARACIÓN ENTRE LA DEFINICIÓN LEGAL DE LA DISCAPACIDAD Y SU OPERACIONALIZACIÓN CENSAL, DÉCADA DE 2000

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Argentina	"[S]e considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral" (artículo 2, ley 22431).	1981	<i>Cuestionario único</i> ¿EN ESTE HOGAR, HAY ALGUNA PERSONA... - Sorda o que necesita audífono? - Ciega de uno o de los dos ojos? - Que le falte o tenga atrofiados brazos, manos o piernas? - Muda o con problemas para hablar, con retardo o problemas mentales? - Que tenga otra discapacidad permanente? - No hay discapacitados en el hogar.	2001
Bolivia, Estado Plurinacional de	Se define a la discapacidad como "toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano"; a la minusvalía como "una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita e impide el desempeño de un rol que es normal, en función de la edad, del sexo y de los factores sociales y culturales concurrentes" y a la deficiencia como "toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" (artículo 1, ley 1678).	1995	<i>Cuestionario único</i> EN ESTE HOGAR, ¿CUÁNTAS PERSONAS SON... - Ciegas - Sordomudas - Paralíticas y/o tienen amputado algún brazo o pierna?	2001
Brasil	Se define a la "deficiência" como "toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano", a la "deficiência permanente" como "aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos", y a la "incapacidade" como "uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida" (Decreto N° 3.298/99).	1999	<i>Cuestionario ampliado</i> 4.10. TEM ALGUMA DEFICIENCIA MENTAL PERMANENTE QUE LIMITE AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS? (Como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.) 4.11. COMO AVALIA A SUA CAPACIDADE DE ENXERGAR? (Se utiliza óculos ou lentes de contato, faça sua avaliação quando os estiver utilizando) 4.12. COMO AVALIA A SUA CAPACIDADE DE OUVIR? (Se utiliza aparelho auditivo, faça sua avaliação quando o estiver utilizando) 4.13. COMO AVALIA A SUA CAPACIDADE DE CAMINHAR/SUBIR ESCADAS? (Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar, faça sua avaliação quando o estiver utilizando) 4.14 - TEM ALGUMA DAS SEGUINTE DEFICIENCIAS (Assinale somente uma alternativa, priorizando a ordem apresentada): 1 - Paralisia permanente total 2 - Paralisia permanente das pernas 3 - Paralisia permanente de um dos lados do corpo 4 - Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar 5 - Nenhuma das enumeradas	2000

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Chile	"[S]e considera persona con discapacidad a toda aquélla que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social (artículo 2, ley 19.284).	1984	<i>Cuestionario único</i> ¿PRESENTA USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DEFICIENCIAS? - Ceguera total - Sordera total - Mudez - Lisiado/parálisis - Deficiencia mental - Ninguna de las anteriores	2002
Colombia	"Persona con discapacidad: Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano. Esta definición se actualizará, según las modificaciones que realice la Organización Mundial de la Salud - OMS - dentro de la Clasificación Internacional de Funcionalidad -CIF-" (artículo 2, ley 1145).	2007	<i>Cuestionario básico</i> ¿ ... TIENE LIMITACIONES PERMANENTES PARA ... - Moverse o caminar - Usar sus brazos o manos - Ver, a pesar de usar lentes o gafas - Oír, aún con aparatos especiales - Hablar - Entender o aprender - Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales - Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo - Otra limitación permanente? (SI/NO) <i>Cuestionario ampliado se agrega:</i> DE LAS ANTERIORES LIMITACIONES DE ... "CUÁL ES LA QUE MAS AFECTA SU DESEMPEÑO DIARIO"? (En el DMC seleccione del listado anterior la que corresponda) ESTA LIMITACIÓN FUE OCASIONADA: 1. Porque nació así 2. Por una enfermedad 3. Por un accidente 4. Por violencia de grupos armados 5. Por violencia dentro del hogar 6. Por violencia de delincuencia común 7. Por edad avanzada, envejecimiento 8. Por otra causa 9. No sabe	2005

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Costa Rica	Se define como discapacidad: "Cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo" (artículo 2, ley 7600).	1996	<i>Cuestionario único</i> ¿ TIENE ... ALGUNA DEFICIENCIA PERMANENTE COMO ... Ceguera parcial o total? Sordera parcial o total? Retardo mental? Parálisis, amputación? Otra (especifique) No tiene	2000
Cuba	Aunque no se encontró una definición legal, la norma que crea el organismo a cargo del tema (CONAPED) habla de "personas con limitaciones físicas, sensoriales y mentales" (resolución 4/96).	1996	¿PRESENTA ALGUNA DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS? - Deficiente permanente del habla, o mudo - Débil auditivo - Sordo - Ciego - Ausencia de extremidades superiores - Invalidez de extremidades superiores - Ausencia de extremidades inferiores - Invalidez de extremidades inferiores - Enfermo mental crónico - Retraso mental - Ninguno de los anteriores Congénito? Adquirido? No sabe	
Ecuador	Personas "con discapacidad, causada por una deficiencia, pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica o anatómica, de carácter permanente, que tengan restringida total o parcialmente, por su situación de desventaja, la capacidad para realizar una actividad que se considere normal" (artículo 17, Registro Oficial N° 301, que codifica la ley 180).	2001	<i>Cuestionario único</i> ¿TIENE ALGUNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE TIPO FÍSICO, SENSORIAL O MENTAL (DISCAPACIDAD)...? - Para ver (ceguera, solo sombras) - Para mover o usar su cuerpo (parálisis, amputaciones) - Es sordo o usa aparato para oír (sordera, sordomudos) - Retardo mental - Enfermedad psiquiátrica (locura) - Múltiple (dos o más de las anteriores) - Otras (desfigurativas, órganos internos) - No tiene	

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
El Salvador	“Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano” (artículo 53, decreto 99, Reglamento de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad).	2000	<p><i>Cuestionario único</i></p> <p>¿TIENE ALGUNA LIMITACIÓN PERMANENTE PARA...?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moverse o caminar - Usar sus brazos o manos - Ver, aun usando lentes - Oír, aun usando aparatos especiales - Hablar - Tiene algún retraso o deficiencia mental - Otra limitación permanente <p>_____</p> <p>Especifique Ninguna (Pase a preg. 9)</p> <p>¿CUAL ES LA PRINCIPAL LIMITACIÓN? (Anote el número que le corresponda a la pregunta anterior:)</p> <p>¿ESTA LIMITACIÓN FUE OCASIONADA?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porque nació así - Por una enfermedad - Por un accidente - Por edad avanzada - Por la guerra - Por otras causas <p>_____</p> <p>(Especifique)</p>	2007
Guatemala	“Se considera como discapacidad cualquier deficiencia física, mental o sensorial congénita o adquirida, que limite substancialmente una o más de las actividades consideradas normales para una persona” (artículo 3, decreto 135).	1996	<p><i>Cuestionario único</i></p> <p>¿ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR TIENE...?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceguera - Sordera - Pérdida o discapacidad en extremidades -----superiores -----inferiores - Deficiencia mental? - Otra discapacidad <p>(Categorías SI/NO)</p>	2002

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Haití	No se encontró una norma sobre el tema.		a-t-il (elle) un handicap (cacher plusieurs réponses selon le cas) - Cecite - Surdité - Mutité - Membres supérieur - Membres inférieur - Retard mental - Problème mental - Autre - Aucune	2002
Honduras	"Cualquier tipo de deficiencia física, mental o sensorial, que en relación a la edad y medio social, limite sustancialmente, la integración y realización de las actividades del individuo en la sociedad, ya sean de tipo familiar, social, educacional o laboral" (artículo 7, decreto N° 160-2005).	2005	<i>Cuestionario único</i> EN ESTE HOGAR, ¿ALGUNA PERSONA PRESENTA...? - Ceguera total - Sordera total - Mudez total - Pérdida o invalidez de alguna pierna o brazo - Deficiencia mental (Categorías SI/NO)	2000
México	"Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social" (artículo 2, Ley General de las Personas con Discapacidad).	2005, última reforma 2008	<i>Cuestionario básico</i> ¿(NOMBRE) ... TIENE LIMITACIÓN PARA... - Moverse, caminar o lo hace con ayuda? - Usar sus brazos y manos? - ¿Es sordo/a o usa un aparato para oír? - ¿Es mudo/a? - ¿Es ciego/a o sólo ve sombras? - ¿Tiene algún retraso o deficiencia mental? - ¿Tiene otra limitación física o mental?(Anotar la limitación) Entonces, no tiene limitación física o mental? <i>Cuestionario ampliado se agrega:</i> * Causa de la discapacidad ¿... TIENE ESTA LIMITACIÓN... - Porque nació así? - Por una enfermedad? - Por un accidente? - Por edad avanzada? - Por otra causa? Anotar la causa	2000

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Nicaragua	<p>"Discapacidad: Cualquier restricción o impedimento en la ejecución de una actividad, ocasionados por una deficiencia en la forma o dentro del ámbito que limite o impida el cumplimiento de una función que es normal para esa persona según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales". Y a su vez:</p> <p>"Deficiencia: Una pérdida o anomalía permanente o transitoria, psicológica, fisiológica o anatómica de estructura o función" (artículo 3, ley 202).</p>	1995	<p>EN ESTE HOGAR HAY UNA O MÁS PERSONAS (respuesta múltiple)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que sea sorda, muda o ciega (SI/NO); - Que tenga dificultad permanente para caminar o para bañarse o vestirse por sí sola (SI/NO) - Que tenga dificultad permanente para aprender o entender o que tenga problemas mentales o que tenga dificultad para relacionarse con los demás (SI/NO) 	2005
Panamá	<p>"Alteración funcional, permanente o temporal, total o parcial, física, sensorial o mental, que limita la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en el ser humano" (artículo 3, ley 42).</p>	1999	<p><u>A nivel de hogar</u></p> <p>¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTA FAMILIA TIENE ALGÚN IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL? SI/NO/QUIÉN?</p> <p><u>A nivel de persona</u></p> <p>Si la persona está marcada en la lista de ocupantes</p> <p>¿QUÉ TIPO DE IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL TIENE?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciego - Sordo - Retraso mental - Parálisis cerebral - Impedimento físico permanente - Otro - Ninguno 	2000
Perú	<p>"La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad" (artículo 2, ley 27050).</p>	1998	<p>Si persona con discapacidad es aquella que tiene alguna dificultad permanente, física o mental que limita una o más actividades de la vida diaria, entonces dígame: ALGUNA PERSONA DE ESTE HOGAR ¿TIENE DIFICULTAD O LIMITACIÓN PERMANENTE: (circular uno o más números)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para ver, aún usando lentes - Para oír, aún usando audífonos para sordera - Para hablar (entonar, vocalizar) - Para usar brazos y manos/piernas y pies - Alguna otra dificultad o limitación - Ninguna personas con discapacidad 	2007

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Paraguay	"Se considera Excepcional, Beneficiario o Deficiente, a toda persona que por causa congénita o adquirida, padezca de disminución de su capacidad mental o física, que afecte sus posibilidades de autosuficiencia, de aprendizaje o de trabajo" (artículo 6, ley 780).	1979	<p>¿EXISTE EN ESTE HOGAR ALGUNA PERSONA QUE TIENE IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL DE FORMA PERMANENTE?...COMO POR EJEMPLO:</p> <p>Anote en una línea el nombre, apellido, edad, y el (o los) impedimento(s) que tenga la persona seguido de las causas que le dieron origen</p> <p>LISTA DE POSIBLES IMPEDIMENTOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene parálisis de sus piernas o brazos o disminución de sus fuerzas (kangy) 2. Le falta alguna parte de su cuerpo 3. Es sordo (no escucha nada) 4. No escucha bien, necesita o usa aparato para oír 5. Es mudo (no habla) 6. Habla con mucha dificultad 7. Es ciego en ambos ojos (no ve nada) 8. Es ciego en un ojo 9. Ve con dificultad (aún con anteojos) 10. Tiene síndrome de Down (mongólico) 11. Tiene algún retraso mental 12. Tiene locura (demencia) <p>LISTA DE POSIBLES CAUSAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porque nació así 2. Por una enfermedad 3. Por un accidente 4. Por edad avanzada 5. Especifique si es por otra causa 	2002

(continúa)

CUADRO X.5 (continuación)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
República Dominicana	<p>“[L]a valoración de la discapacidad se regirá por la última versión en español de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, adoptadas por la Organización Mundial de la Salud, o cualquier clasificación similar aceptada por este organismo internacional” (artículo 30, ley 42).</p> <p>Las definiciones de la CIDDM son: Deficiencia: “cualquier pérdida o anomalía en la estructura o función psicológica o anatómica”. Discapacidad: “cualquier restricción o falta (debida a una deficiencia) de capacidad para realizar una actividad de la manera que se considera normal para un ser humano”. Minusvalía: “una desventaja para un individuo determinado, debida a una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal (según la edad, el sexo y factores sociales y culturales) para ese individuo” (Naciones Unidas, 2003).</p>	2000	<p>¿TIENE ... ALGUNA DE LAS SIGUIENTES LIMITACIONES?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciego/a de un ojo - Ciego de los dos ojos - Sordo/a - Mudo/a - Pérdida o limitación permanente para mover los brazos - Pérdida o limitación permanente para mover las piernas - Retardo o deficiencia mental - Otra limitación - Ninguna limitación <p>¿CUÁL ES LA CAUSA DE ESTA/S LIMITACIÓN/ES?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nació así - Enfermedad - Violencia o abuso - Accidente de motocicleta - Accidente por otro vehículo de motor - Otro accidente (no laboral) - Accidente laboral - Edad avanzada - Otra causa - No sabe 	2002
Uruguay	<p>“Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (artículo 2, ley 16.095).</p>	1989	No se preguntó	1996

(continúa)

CUADRO X.5 (conclusión)

País	Definición legal	Año	Pregunta censal	Año
Venezuela (Rep. Bol. de)	<p>“Son todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás.</p> <p>Se reconocen como personas con discapacidad: Las sordas, las ciegas, las sordociegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas, y con cualesquiera combinaciones de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitante científica, técnica y profesionalmente calificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud” (artículo 5, ley para las personas con discapacidad).</p>	2006	<p>¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES DEFICIENCIAS, PROBLEMAS O DISCAPACIDADES?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceguera total - Sordera total - Retardo mental - Pérdida o discapacidad de extremidades superiores - Pérdida o discapacidad de extremidades inferiores - Otra - Ninguna 	2001

Fuente: para la recopilación legal, elaboración propia, y para el relevamiento de las preguntas censales, S. Schkolnik, “América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas”, documento de referencia para el Seminario-taller “Los censos de 2010 y la salud”, Santiago, 2 al 4 de noviembre de 2009.

Aunque probablemente sea la encuesta el instrumento más adecuado para obtener información sobre los diferentes aspectos que implica la discapacidad, la construcción de una pregunta censal más apropiada puede suponer un avance considerable en este ámbito, atendiendo a la cobertura nacional del censo y las múltiples posibilidades de procesamiento que provee, sobre todo a partir del cruce con una amplia gama de variables socioeconómicas y la desagregación territorial que permite.

3. La institucionalidad a cargo de las personas con discapacidad

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas establecen en su artículo 17 que los Estados son responsables de “*establecer comités nacionales de coordinación o entidades análogas que centralicen a nivel nacional las cuestiones relacionadas con la discapacidad*” (Naciones Unidas, 1994). Los 19 países latinoamericanos considerados cumplen con esta prerrogativa (véase el cuadro X.6).

Las mismas normas realizan una sugerencia respecto de su composición, al sostener que para que sea intersectorial y multidisciplinaria lo más conveniente sería una combinación de representantes de organizaciones públicas y privadas: “*Esos representantes podrían provenir de los ministerios correspondientes, las organizaciones de personas con discapacidad y las organizaciones no gubernamentales*” (Naciones Unidas, 1994, artículo 17, inciso 2). De la lectura de las leyes en las que se estipula la creación de la institución a cargo de la discapacidad en cada país surge que la mayor parte contempló este principio.

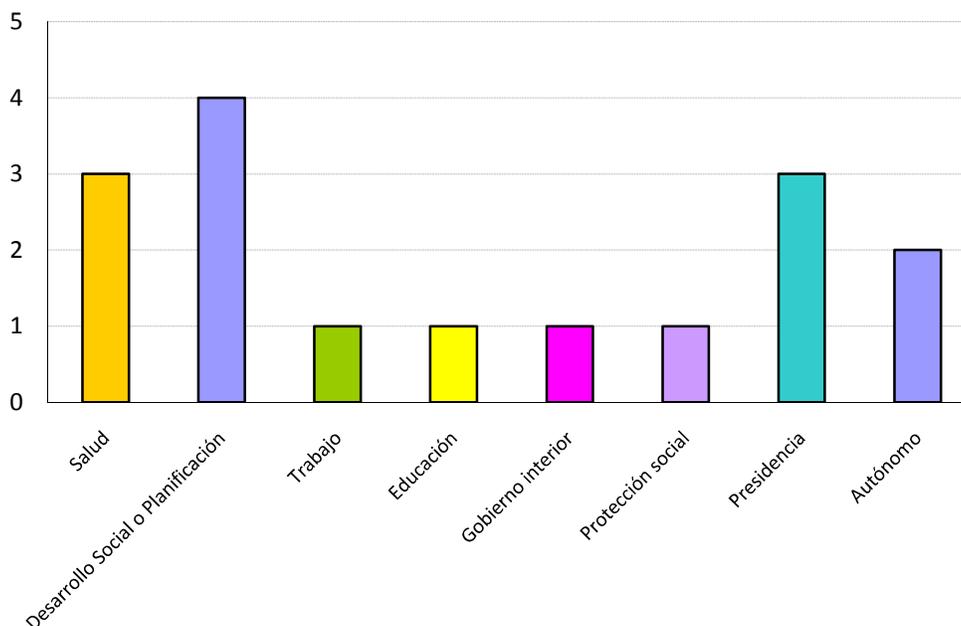
El análisis de las funciones otorgadas a estas instituciones en las leyes que las crean permite sostener que en la mayoría de los casos se les atribuyen responsabilidades directamente relacionadas con las políticas, programas o acciones públicas en materia de discapacidad, ya sea orientando, asesorando, coordinando, proyectando y ejecutando esas medidas. También les compete velar por el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidades en igualdad de condiciones y por su integración social.

Un estudio sobre legislación comparada en materia de discapacidad que abarca a varios países de la región (la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela) sostiene que “*mientras menos tareas ‘ejecutivas’ tengan estas instituciones, más eficaz es su trabajo pues pueden dedicarse a vigilar, proponer, investigar, articular acciones entre los sectores del Estado y servir como puentes dialogantes entre Estado y sociedad civil*” (Mujica y Calle, 2006, pág. 12).

Como se sostenía anteriormente, la normativa marco de ocho de los países analizados atribuye a esta institución la responsabilidad —no exclusiva— de generar información respecto de las personas con discapacidades (el Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, el Perú y la República Bolivariana de Venezuela). En este sentido, y observando los resultados de la comparación entre la definición legal de la discapacidad y su operacionalización censal, sería preciso que las oficinas nacionales de estadística consideraran la necesidad de asesoramiento de la institución a cargo de la discapacidad a nivel nacional, en especial avizorando la proximidad de la década censal.

Si se atiende a la dependencia institucional del organismo a cargo de las personas con discapacidades en cada país (véanse el cuadro X.6 y el gráfico X.1) se advierte una importante dispersión, aunque notablemente la mayor cantidad se concentra en el Ministerio de Desarrollo Social o de Planificación (4 países), lo que habla de una positiva tendencia a incorporar al tema en las políticas generales de desarrollo de los países. Sin embargo, también es llamativo que le siga en cantidad la dependencia de organismos del Estado del ámbito de la salud, lo que podría reflejar una persistencia del enfoque biomédico de la discapacidad. En todo caso, solo se trata de hipótesis que sería preciso verificar a través de análisis específicamente centrados en el accionar de estas instituciones.

GRÁFICO X.1
AMÉRICA LATINA: ADSCRIPCIÓN INSTITUCIONAL DE LA ENTIDAD A CARGO DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREAS TEMÁTICAS



Fuente: elaboración propia.

Nota: Respecto de aquellos países cuya institución a cargo del tema depende de la Presidencia de la República, en el caso de la Argentina corresponde al Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y en el del Brasil a la Secretaría Especial de los Derechos Humanos.

4. Diagnósticos desinformados: las políticas para las personas con discapacidades

Si bien, como surge del breve análisis previo, los países de la región han ido convergiendo hacia enfoques legales comunes en materia de discapacidad, sobre todo influidos por las normas uniformes de las Naciones Unidas y el enfoque promovido por la clasificación de la discapacidad desarrollada por la OMS —tanto su primera versión como su revisión—, esto no significa que esa convergencia se haya materializado en la efectivización de esta perspectiva en políticas públicas.

Un estudio bastante reciente sobre el tema (Savedoff, 2006) observa que, mientras la tendencia de las acciones legislativas y normativas se caracteriza por apuntar hacia la inclusión y la participación de las personas con discapacidades, sobre todo desde el enfoque de los derechos humanos, en materia de política pública hay países que enfatizan el combate a la discriminación social o el aumento del acceso físico, algunos siguen ocupándose de la discapacidad dentro del modelo médico, implementando sobre todo medidas para el tratamiento y la rehabilitación, y otros prestan mayor atención a las dimensiones económicas, poniendo en primer plano los programas de apoyo financiero y de colocación laboral.

CUADRO X.6
AMÉRICA LATINA: INSTITUCIONALIDAD A CARGO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, 2009

País	Institución	Dependencia	Año de creación ^a	Propósito
Argentina	Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas (CONADIS)	Presidencia de la Nación, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales	1987	Formular las políticas sobre discapacidad consensuadamente con los organismos nacionales y provinciales pertinentes, con la participación de las organizaciones privadas de y para personas con discapacidad, y proponer su aprobación a los órganos que correspondan.
Bolivia (Est. Plur. de)	Comité Nacional de Personas con Discapacidad (CONALPEDIS)	Ministerio de Salud y Deportes	1995	Orientación, coordinación, control y asesoramiento de políticas y acciones en beneficio de las personas discapacitadas.
Brasil	Consejo Nacional de los Derechos de la Persona Portadora de Deficiencia (CONADE), órgano superior de deliberación colegiada	Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República	2003	Acompañar y evaluar el desarrollo de una política nacional para la inclusión de las personas "con deficiencia", y de las políticas sectoriales de educación, salud, trabajo, asistencia social, transporte, cultura, turismo, deporte, ocio y urbanas dirigidas a este grupo social.
	Coordinadora Nacional para la Integración de la Persona Portadora de Deficiencia (CORDE), órgano de asesoría	Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República	1989	Responsable de la gestión de las políticas destinadas a la integración de las personas con deficiencias, y cuyos ejes de trabajo son la defensa de los derechos y la promoción de la ciudadanía.
Chile	Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS)	Ministerio de Planificación	1994	Promover la inclusión social y el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la integración y ejecución territorial de las políticas públicas en discapacidad.
Colombia	Consejo Nacional de Discapacidad	Ministerio de la Protección Social	2007	Coordinación, planificación, concertación, adopción y evaluación de las políticas públicas generales y sectoriales para el sector de la discapacidad.
Costa Rica	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) ^b	La ley no lo especifica, tampoco la página web del organismo	1973	Orientar la política en materia de rehabilitación y de educación especial en el país, en coordinación con los de Ministerios de Salud Pública, Educación Pública y Trabajo y Seguridad Social. Servir de instrumento coordinador y asesor entre las organizaciones públicas y privadas que se ocupen de la rehabilitación y la educación especial; coordinar un Plan Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, y organizar y mantener un sistema de información para la toma de decisiones en el ámbito de la discapacidad. Es la instancia que debe fiscalizar que las instituciones del Estado, según sus campos de competencia, ofrezcan las oportunidades y condiciones necesarias para el cumplimiento de todos los derechos y deberes de las personas con discapacidad.

(continúa)

CUADRO X.6 (continuación)

País	Institución	Dependencia	Año de creación	Propósito
Cuba	Consejo Nacional para la Atención a las Personas con Discapacidad (CONAPED), estructura intrasectorial	Ministro de Trabajo y Seguridad Social	1996	Promover las medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y el cumplimiento de los objetivos de igualdad y plena participación en la vida social.
Ecuador	Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS)	Organismo con autonomía operativa	1992	Ejerce sus atribuciones a nivel nacional, dicta políticas, coordina acciones y ejecuta e impulsa investigaciones sobre el área de las discapacidades.
El Salvador	Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad (CONAIPD)	La ley no lo especifica, tampoco la página web del organismo	1993	Establecer políticas de Atención Integral a las Personas con Discapacidad. Es el ente rector de la Política Nacional de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y coordinador de las acciones desarrolladas por los diversos sectores en beneficio de las personas con discapacidad.
Guatemala	Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADIS)	Entidad autónoma	1997	Diseñar políticas generales de atención integral, que aseguren el efectivo cumplimiento de los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad.
Honduras	Dirección General de Desarrollo para las Personas con Discapacidad (DIGEDEPDI)	Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia	2005	Establecer políticas para la prevención, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, entre otras funciones de coordinación, asesoramiento e investigación.
México	Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS)	La ley no lo especifica, tampoco la página web del organismo	2005	Es el instrumento permanente de coordinación intersecretarial e interinstitucional que tiene por objeto contribuir al establecimiento de una política de Estado en discapacidad, así como promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones, estrategias y programas derivados de la ley sobre la materia
Nicaragua	Consejo Nacional de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades (CONARE)	Ministerio de Salud	1995	Formular, proponer, coordinar y controlar las acciones nacionales articuladas para lograr la plena integración de las personas con discapacidad.
	Área de Rehabilitación	Ministerio de Salud		Instancia especializada que ejerce la rectoría del sector, propicia una atención progresiva por niveles resolutivos, con calidad y eficacia, a través del cumplimiento de políticas, planes, programas e intervenciones definidas en el marco legal regulatorio.
Panamá	Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS) ^c	Ministerio de Desarrollo Social	2007	Promover el desarrollo eficiente de políticas públicas para la inclusión social plena de las personas con discapacidad y sus familias.
	Dirección Nacional de Personas con Discapacidad	Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia	1999	Equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

(continúa)

CUADRO X.6 (conclusión)

País	Institución	Dependencia	Año de creación	Propósito
Paraguay	Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (INPRO)	Ministerio de Educación y Culto (ley 780)	1979	Proteger en forma integral a las personas excepcionales, para neutralizar las desventajas que su condición les provoca y brindarles la oportunidad de desempeñar un rol equivalente al que ejercen las personas normales (<i>sic</i>). Coordinar acciones entre los diferentes organismos del Estado y el sector privado.
Perú	Dirección General de la Persona con Discapacidad (DGPD)	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social	2006	Formular y aprobar políticas para la prevención, atención e integración social de las personas con discapacidad.
República Dominicana	Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS)	Presidencia de la República	2000	Dictar, evaluar y velar por el cumplimiento de las políticas en las diferentes áreas de intervención de la ley marco; planificar y supervisar la ejecución de programas dirigidos a lograr la integración de las personas con discapacidad.
Uruguay	Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (CNHD)	Ministerio de Salud Pública	1989	Elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación e integración social del discapacitado, a cuyo efecto deberá procurar la coordinación de la acción del Estado en sus diversos servicios, creados o a crearse a los fines establecidos en la ley.
Venezuela (Rep. Bol. de)	Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPIDS)	Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social (MINPADES)	2006	Coadyuvar en la atención integral de las personas con discapacidad, la prevención de la discapacidad y en la promoción de cambios culturales en relación con la discapacidad dentro del territorio del país.

Fuente: elaboración propia, a partir del relevamiento de los sitios web de las instituciones correspondientes y de las normas que las crean.

^a O bien de modificación o reestructuración. En el caso de Colombia, por ejemplo, la institución fue creada por la ley 361 de 1997 y reformada mediante la ley 1145 de 2007.

^b Actualmente hay una propuesta de proyecto de ley para la creación del Instituto Nacional de Discapacidad (INADIS).

^c Además, mediante el Decreto Ejecutivo N° 56 (Que reglamenta el numeral 24 del artículo 13 de la Ley 23 de 28 de junio de 2007), del 23 de julio de 2008, se crearon las Oficinas de Equiparación de Oportunidades en todas las instancias de gobierno, instituciones autónomas y semi-autónomas, las cuales están ubicadas en el nivel asesor, con dependencia jerárquica y adscritas a los respectivos despachos superiores.

Estas diferencias nacionales están vinculadas con las circunstancias particulares de cada país — por ejemplo, la etapa de la transición demográfica y epidemiológica que atraviesa, entre otros muchos factores—, pero se advierten ciertos patrones ligados a los niveles de ingresos. El trabajo citado sostiene que en los países ricos la política pública destinada a las personas con discapacidades se elabora en un contexto de mayores recursos, servicios públicos más sólidos y mercados de trabajo más formalmente estructurados. Además, debido a que generalmente estos mismos países están más avanzados en la transición demográfica y epidemiológica, las discapacidades se asocian más probablemente a enfermedades degenerativas, relacionadas con el mayor nivel de envejecimiento de la población, y a accidentes. Es por eso que en ellos la política pública en la materia tiende a centrarse en el apoyo financiero, la colocación laboral y la solución del problema, confiando más en los servicios de ayuda y las tecnologías disponibles (Savedoff, 2006).

Los países de bajos ingresos, por el contrario, tienen que repartir sus esfuerzos entre las medidas preventivas básicas, asociadas a una etapa de la transición epidemiológica más incipiente (por ejemplo, vacunas contra el sarampión, nutrición adecuada para las mujeres embarazadas), el tratamiento y el acceso físico, en un escenario de escasez de recursos y servicios sociales débiles, que los conduce a delegar en las redes informales de la familia y la comunidad muchas de sus responsabilidades, sin realizar inversiones técnicas sustanciales. Otros países, en una situación intermedia, han logrado tratar con éxito una gran cantidad de causas básicas de las discapacidades, pero todavía carecen de los recursos para satisfacer completamente las demandas de este grupo de personas (Savedoff, 2006).

En términos generales, los países de la región se encuentran entre estas dos últimas realidades. Pero emprender un análisis de la política pública para las personas con discapacidades en América Latina en estos términos es una tarea que excede con creces las posibilidades de un pequeño relevamiento virtual en este campo problemático, y además con una limitación temporal importante. Incluso sería una tarea difícil para una investigación de más largo aliento, debido a la escasez y los problemas que afectan a la información disponible en materia de discapacidad, y al insuficiente nivel de desarrollo y sistematización de las evaluaciones de programas y políticas a nivel regional.

Atendiendo a estas limitaciones, este apartado ha considerado la política pública nacional sobre discapacidad en un grupo seleccionado de países de la región (el Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, el Ecuador, Guatemala, México y el Perú), a través de la lectura de los documentos oficiales que las desarrollan y de algunos estudios que las analizan, y centrando la mirada, sobre todo, en el nivel de explotación de la información sociodemográfica sobre las personas con discapacidad que se realiza para su elaboración y en la forma en que ese instrumento público considera la generación de datos en la materia.

Según el Informe regional de las Américas del Monitoreo Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2004 (IDRM) (Red Internacional sobre Discapacidad, 2004), Chile, Colombia, el Ecuador, México y el Perú eran por entonces países moderadamente inclusivos de las personas con discapacidades, mientras que el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala eran países menos inclusivos⁶⁹. Cuba no fue parte de los países analizados. Sin embargo, es preciso considerar la fecha en que se realizó el estudio del que surge esta clasificación —además de las limitaciones que este tipo de análisis suponen—, y los giros políticos de relevancia que han ocurrido en algunos de estos países en el quinquenio transcurrido desde entonces.

El Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad (PNIEO) 2006-2016, del Estado Plurinacional de Bolivia, fue aprobado como política de Estado mediante el decreto supremo N° 28671, de abril de 2006. Tuvo una elaboración amplia y participativa (Díez Canseco, 2009), un elemento recomendado por las normas uniformes de las Naciones Unidas, que en el artículo 14 establecen que: “*Los Estados deben hacer que las organizaciones de personas con discapacidad intervengan en todos los casos de adopción de decisiones relacionadas con los planes y*

⁶⁹ Para la clasificación se consideraron 11 preguntas cerradas sobre apoyo a la convención —el estudio se hizo con anterioridad a su aprobación—, protecciones legales, educación y empleo, accesibilidad, servicios de salud y vivienda y comunicación.

programas de interés para las personas con discapacidad o que afecten a su situación económica y social” (Naciones Unidas, 1994). El proceso de elaboración de la propuesta transcurrió entre 2004 y 2005, a iniciativa del Defensor del Pueblo y de la CONALPEDIS, en una primera etapa mediante un trabajo de gabinete con especialistas y líderes de las personas con discapacidades, y luego a través de la información, consulta y validación de la propuesta a partir de entrevistas, talleres, mesas de trabajo y otras actividades con autoridades, instituciones y organizaciones de y para las personas con discapacidad a nivel nacional, en nueve talleres regionales.

La política se basa en los principios de igualdad de oportunidades y condiciones, la normalización y la autodeterminación, y comprende cinco grandes áreas de intervención: sociedad (entorno social y cultural), derechos sociales (educación, salud y vivienda); derechos económicos (trabajo), desarrollo personal y social (accesibilidad integral, autonomía personal, participación e investigación) y desarrollo institucional y organizacional (fortalecimiento institucional y organizacional). El decreto determina que la política será financiada con el presupuesto de cada una de las instituciones involucradas, con recursos externos y otros fondos obtenidos para este fin (Balbo, 2007).

El PNIEO parte por admitir que *“el tema de discapacidad, considerado hasta hace poco tiempo de ámbito privado e individual, cuyos involucrados y responsables eran solamente las personas con discapacidad y sus familias; ahora trasciende la esfera privada y se convierte en tema de agenda pública debiendo formar parte de las políticas de las diferentes carteras de Estado, prefecturas y gobiernos municipales”* (Bolivia, Defensor del Pueblo y CONALPEDIS, 2006).

En el texto de la política se sostiene que la identificación de las áreas prioritarias estratégicas se hizo sobre la base de un diagnóstico de la situación actual de la discapacidad mediante aproximaciones a la incidencia, las características y el estado de la oferta pública, los procesos y la interacción de los distintos actores involucrados, pero no se advierte una utilización de información sociodemográfica sobre las personas con discapacidades, aunque se reconoce en términos generales que la mayoría se encuentra en situación de desigualdad y en una condición de pobreza que tiene una estrecha interdependencia con la discapacidad, agudizándola e incrementándola.

En el documento hay un interesante señalamiento de la necesidad de considerar la condición étnica y de género de las personas con discapacidades, y también resulta llamativa la explicitación sobre la decisión de la forma de denominar a las personas con discapacidad: *“surgió la preocupación acerca de la designación como ‘Personas con Discapacidad’ o ‘Personas con Capacidades Diferentes’; se optó por la primera denominación, por las decisiones adoptadas por las organizaciones internacionales de personas con discapacidad y porque el debate sigue en curso”* (Bolivia, Defensor del Pueblo y CONALPEDIS, 2006). El PNIEO establece además que para la aplicación de las políticas públicas consideradas se requiere un involucramiento del Estado y de la sociedad civil, con una activa participación y una acción concertada.

El objetivo general del PNIEO es *“lograr la igualdad y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad”*. Para cada área de intervención determinada se consideraron políticas y estrategias. En el caso del área de la investigación e información, la política apunta a ampliar el conocimiento de esta realidad en su multidimensionalidad, para promover la búsqueda de alternativas que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad. La estrategia para lograrlo procurará contar con un sistema de información sobre deficiencias y discapacidades que permita orientar las políticas, programas, proyectos y acciones públicas. Sus líneas de actuación buscarán incorporar indicadores de discapacidad al Sistema Nacional de Salud (SNIS), adaptar y construir indicadores sobre el tema para su inclusión en los instrumentos del INE, promover la encuesta nacional de discapacidad, crear una base de datos y programas que permitan contar con información específica sobre discapacidad y gestionar financiamiento para ampliar y profundizar el conocimiento acerca de la temática. Otra de las estrategias definidas (investigación) tiene por propósito ampliar el conocimiento sobre la discapacidad y las condiciones de vida de mujeres y hombres con discapacidades. En este caso las líneas de actuación determinadas apuntan a establecer normas para promover la investigación sociodemográfica de la comunidad, incluyendo poblaciones de alto riesgo como las personas con discapacidad; realizar el

registro nacional de las personas con discapacidad y el registro nacional de instituciones que trabajan con discapacidad; elaborar perfiles de discapacidad y diseñar líneas de investigación con relación al género, la interculturalidad, las construcciones culturales, la institucionalización, el trabajo, la educación y la discapacidad.

El Plan de Acción en Discapacidad (PLANDISC) 2004-2010, de Chile, constituye un instrumento de gestión estratégico para operacionalizar la política nacional para la integración social de las personas con discapacidad, promulgada en 1999 y actualmente vigente. En este caso se partió de la necesidad de contar con una “línea base” para definir la política, para lo que se desarrolló el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en 2004, tarea llevada a cabo por el INE y el FONADIS. Es decir, se advierte una preocupación explícita por diseñar las estrategias de intervención social a partir de evidencias científicamente fundadas.

Para la formulación del PLANDISC se constituyeron mesas en dos ámbitos: una interministerial a nivel central y otras en cada una de las 13 regiones del país (mesas regionales), que en conjunto movilizaron a 11 ministerios, 230 servicios públicos y más de 200 organizaciones de y para personas con discapacidad. Se trabajó sobre una matriz previamente elaborada por el equipo central (secretaría técnica) para identificar problemas, evaluar ofertas de servicios públicos y realizar las propuestas y requerimientos presupuestarios (Díez Canseco, 2009).

El PLANDISC se apoya en una estrategia intersectorial, descentralizada y participativa, a partir de la cual se desarrollan programas, proyectos y actividades en los componentes de equiparación de oportunidades, eliminación de barreras, prevención y rehabilitación y adecuación de la gestión del Estado. Los principios orientadores del plan son la integralidad de la acción pública, la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y el logro de la plena participación en la sociedad civil. Su propósito es ordenar la oferta pública existente dirigida a las personas con discapacidad y estructurar los diferentes compromisos gubernamentales establecidos, mediante la coordinación de los organismos públicos y privados que trabajan en favor de la integración social de las personas con discapacidad, tanto a nivel central como regional.

La propuesta de Política Pública Nacional de Discapacidad, elaborada por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) de Colombia, fue puesta a consideración de la ciudadanía, en especial de las organizaciones de y para personas con discapacidades, y luego de este proceso de consulta fue aprobada como documento oficial a mediados de 2004, como Conpes Social 80 (Díez Canseco, 2009). El documento establece como propósito de esta política nacional “*crear condiciones que permitan a las personas, familias y comunidad en riesgo y en condición de discapacidad, un mejor goce o ejercicio de los derechos, deberes y libertades que les asisten*” (Colombia, CONPES, 2004). Los principios guía de la política son la igualdad, la solidaridad y la corresponsabilidad, la descentralización y la participación social, la equidad y la organización institucional.

La formulación de la Política Pública Nacional de Discapacidad consideró varios estudios públicos y académicos sobre el tema, incluido el censo de 1993, para fundamentar la acción propuesta. Entre las dificultades advertidas en la situación de la discapacidad al momento de elaborarse el Conpes 80 se alude a las limitaciones en los sistemas de información, registro, vigilancia, evaluación y seguimiento de los riesgos y de la condición de discapacidad. El texto afirma concretamente: “*Se observa, que el país no cuenta con un registro sistemático que permita precisar tanto la incidencia como la prevalencia de la condición de discapacidad en el nivel nacional. Se han dado avances en algunos municipios y departamentos. La debilidad en los sistemas de información dificulta la formulación correcta de políticas encaminadas a modificar el riesgo y la condición de discapacidad. Las fuentes de información adolecen de problemas de comparación entre sí y presentan limitaciones y diferencias de definición de la situación de discapacidad, de cobertura y metodología. Los estudios no permiten precisar la magnitud actual de la condición de discapacidad tal y como este documento la define, sus consecuencias y causas, como tampoco su caracterización, o sus factores de riesgo*” (Colombia, CONPES, 2004).

El documento desarrolla un planteamiento interesante respecto del tema de la información sobre las personas con discapacidades. Sostiene que, si bien las recomendaciones de las Naciones Unidas han apuntado a la medición de la discapacidad, la mayoría de los países de América ha empleado el enfoque de la deficiencia, como surgió del análisis comparativo de la definición legal y la operacionalización censal del concepto de discapacidad. Esto se debería, según el documento, a que la respuesta del informante es más directa en el segundo caso. Pero el cambio de enfoque de la discapacidad representado por la CIF habría supuesto la insuficiencia de los datos sobre las personas con deficiencias, y habría evidenciado la necesidad de complementarlos con información del contexto social para comprender la situación de la discapacidad y diseñar estrategias que permitan construir una política pública más eficaz. Por eso, la propuesta del Conpes 80 al respecto *“propenderá por el avance en la obtención de información adecuada y comparable, de tal forma que se transformen sus bases y sistemas de información con unidad de criterio”* (Colombia, CONPES, 2004), tarea que corresponde al DANE, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, que deberán prestar asistencia técnica para adelantar ese proceso y constituirse en generadores y proveedores principales de información sobre discapacidad, acogiendo los parámetros internacionales sugeridos, buscando una unificación del lenguaje y de los sistemas de información tanto internos como interinstitucionales. Esta decisión se ve en buena medida materializada en la elaboración de la pregunta sobre discapacidad que se aplicó en el censo de 2005.

La Política Pública Nacional de Discapacidad se plasmó luego en el Plan Nacional de Intervención en Discapacidad: Plan de Acción 2005-2007, destinado a prevenir la incidencia de la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias y su acceso efectivo a los bienes y servicios sociales mediante la coordinación y articulación de las acciones gubernamentales que se implementan desde cada sector y las entidades del orden nacional comprometidas con el tema.

Este documento plantea un interesante debate conceptual en torno al enfoque de la política, puesto que el Conpes 80 se fundaba en la perspectiva del manejo social del riesgo, que para sus detractores tiende hacia la privatización de la protección social y tiene un corte marcadamente asistencialista. La discusión se centra entonces, según el texto, *“en decidir si la construcción de la política se debe desarrollar con un enfoque de Manejo Social del Riesgo o con un enfoque de Derechos y de Participación Ciudadana más compatible con el esquema anterior al Conpes”*. El primero supone acciones del Estado tendientes a asegurar contra posibles riesgos a la población con discapacidad y el segundo implica que esta población participa activamente en la definición de la política y en la toma de decisiones frente al tema. El plan no resuelve el asunto, pues entiende que, aunque no hay acuerdo en la dimensión política y económica del abordaje, sí lo hay en la manera de entender el concepto de discapacidad. Por lo tanto, *“un Plan de Acción como el presente, solo enfoca unos lineamientos que da el gobierno para la construcción de política en los territorios y como un fortalecimiento institucional a través de acciones específicas sectoriales y en lo posible intersectoriales que faciliten desarrollos locales en el tema”* (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2005).

Entre las metas planteadas por el plan, que abarcaron dimensiones como el fortalecimiento institucional, la educación, la salud, el empleo, la accesibilidad y una estrategia de difusión de derechos de las personas con discapacidad, también se propusieron objetivos respecto del sistema de información en discapacidad, puntualmente, realizar el censo nacional con la variable de discapacidad —lo que efectivamente se hizo en 2005— y el registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad en el 80% de los municipios del país.

El III Plan de Acción Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad 2006-2010, de Cuba, se adoptó mediante el acuerdo N° 5790, en octubre de 2006. Este plan se renueva quinquenalmente, y tiene dos antecedentes: el primer Plan de Acción Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad (1995-2000), integrado por programas que abarcaban la salud pública, la educación, el empleo, la formación profesional, la seguridad social, la cultura, los deportes y las barreras arquitectónicas, entre otros. Luego se aprobó mediante el acuerdo N° 4048 el segundo plan, para el

quinquenio 2001–2005, que apuntó a tres áreas de intervención: salud, integración en la vida económica e integración en la vida comunitaria, con más de 50 programas.

Si bien el documento del plan alude al estudio Psicosocial de las Personas con Discapacidades y el Psicopedagógico, Social y Clínico Genético de las Personas con Discapacidad Intelectual —realizado durante el período 2001-2003 por 3.626 profesionales, en su mayoría de los sectores de la salud y la educación, visitando en sus hogares a las personas con discapacidad—, lo cierto es que la utilización real de estos datos en el marco del documento no es importante.

El objetivo principal del plan es *“la promoción, coordinación y ejecución de políticas, estrategias, programas y servicios que permitan elevar la calidad de vida, la equiparación de oportunidades, la integración, la participación activa en la vida social y el desarrollo de la autonomía e independencia personal al máximo posible”* (Cuba, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2006). También se menciona como parte de este objetivo central el propósito de estimular y propiciar investigaciones científicas.

Los principios en los que el plan se sustenta son la universalidad, la normalización y la democratización, y las áreas de acción contempladas, la salud y la seguridad en el trabajo, la educación, la integración en la vida económica, la integración comunitaria y la accesibilidad. Un elemento interesante del documento es el nivel de detalle con que se determinan los indicadores que servirán para evaluar los resultados de cada acción.

En el Ecuador se decretó como política de Estado la prevención de discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidades, mediante la puesta en marcha del programa “Ecuador sin Barreras”, establecido mediante el decreto 338 de 2007 y fundado en el objetivo manifiesto de implementar la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. La ejecución de “Ecuador sin Barreras” permitirá más adelante la evaluación y definición de acciones para la adopción de una política pública para este sector, que desarrolle más actividades que las inicialmente propuestas (Díez Canseco, 2009).

El programa consta de varios componentes: “Empleo sin barreras”, destinado a la inserción o reinserción laboral de las personas con discapacidades; “Derechos sin barreras”, que buscará crear la Procuraduría encargada de atender a las personas con discapacidad que necesitan el asesoramiento y patrocinio legal para defender sus derechos conculcados; “Equiparando oportunidades”, dirigido a dotar de aparatos ortopédicos e implementar un proyecto de estimulación temprana para niños menores de 5 años en situación de riesgo; “Ciudad sin barreras”, que procurará la eliminación de barreras físicas en 100 ciudades del país y buscará que los servicios públicos sean amigables e incluyentes, y “Para ser iguales”, una campaña nacional de sensibilización ciudadana frente a la discapacidad.

Si bien se trata de un programa que permitirá delinear la política pública nacional en materia de discapacidad a futuro, ni el decreto que lo establece ni la información difundida en el sitio web oficial (Ecuador, Vicepresidencia de la República, 2009) evidencian el uso de información sociodemográfica en el diagnóstico de la situación sobre la que se actuará, ni la consideración de acciones para la producción de datos sobre el tema.

La Política Nacional de Discapacidad de Guatemala, presentada oficialmente en 2006, fue impulsada por la Junta Directiva del CONADI, en cumplimiento de uno de los objetivos de su Plan Estratégico 2000-2005. Su elaboración se describe como un amplio proceso de consulta y participación de personas con discapacidad, organizaciones de y para personas con discapacidad y organismos e instituciones del gobierno, además de los miembros del Consejo de Delegados, la Junta Directiva y la Dirección General y técnicos del CONADI. Este proceso supuso la realización de 13 talleres que se efectuaron entre los meses de octubre de 2005 y marzo de 2006 en tres ciudades del país, incluida la capital.

El objetivo con el que se formula, implementa, ejecuta, monitorea y evalúa la Política Nacional en Discapacidad apunta a *“crear oportunidades de integración y participación en la sociedad guatemalteca para las personas con discapacidad”* (Guatemala, CONADIS, 2006), sobre la base de los

principios de equidad, solidaridad social, igualdad, respeto, libertad, corresponsabilidad, integralidad y derecho al desarrollo.

Para el diagnóstico específico de la situación de las personas con discapacidad se utilizan datos de la ENDIS 2005 (primera Encuesta Nacional de Discapacidad), realizada por el INE, y entre los objetivos operativos de la política, como una de las acciones comprendidas en la promoción del acceso a la información y a la comunicación a la sociedad, las personas con discapacidad y sus familias, se establece la de: *“Promover la generación de información estadística sobre la población con discapacidad en Guatemala, para sustentar el proceso de toma de decisiones”* (Guatemala, CONADIS, 2006). En relación con este propósito específico se alude al INE, entre otras instituciones, como el organismo responsable de asesorar al CONADI en el ámbito estadístico e incorporar la variable de discapacidad en los censos y las encuestas de población, además de colaborar en la difusión de información sobre discapacidad.

El Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012 (PRONADDIS), de México, es de los documentos analizados el que más ampliamente desarrolla y aprovecha la información sociodemográfica sobre las personas con discapacidades para la formulación de las medidas y acciones que establece —sobre todo la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño de 2003 y el censo de población y vivienda de 2000—, y también es el que con más profundidad considera entre estas acciones la producción y difusión de este tipo de información.

El PRONADDIS se propone sentar las bases *“para transitar de una política asistencialista para personas con discapacidad a una política que facilite el ejercicio pleno de sus derechos, así como su participación efectiva en la vida social, económica y política del país, en condiciones de igualdad de oportunidades con los demás miembros de la sociedad”*. Los principios sobre los que se funda el programa invocan la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Su objetivo general apunta a: *“Contribuir al desarrollo e inclusión plena de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida, en un marco de igualdad de derechos y oportunidades, sin discriminación y con perspectiva de género”* (México, CONADIS, 2009). El programa plantea estrategias y líneas de acción en función de los objetivos específicos definidos. En el marco del objetivo de propiciar un cambio de cultura para favorecer el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de las persona con discapacidad con un enfoque de género (objetivo 1), se propone como estrategia, entre otras, promover el desarrollo de un Subsistema de Información sobre Discapacidad como componente del Sistema Nacional de Información en Salud, para apoyar la evaluación y el seguimiento del programa.

La fundamentación de esta estrategia explicita el vínculo indisoluble entre disponibilidad de información y posibilidad de generación de políticas apropiadas, y determina que la información que se produzca debe ser acorde a la convención específica de las Naciones Unidas: *“Para apoyar la adecuada toma de decisiones y fortalecer o reorientar las políticas y estrategias del programa, es fundamental contar con información oportuna y confiable sobre las características socio-demográficas y necesidades particulares de la población con discapacidad y sus familias, sobre la incidencia y prevalencia de la discapacidad, así como del tipo de servicios que recibe la población con discapacidad y las actividades que realiza este grupo de la población”* (México, CONADIS, 2009).

El nivel de detalle de las líneas de acción delineadas es interesante. El programa propone en esta materia: incorporar el uso de la CIF en la generación y empleo de la información para la toma de decisiones; capacitar en su uso a los tomadores de decisiones, prestadores de servicios y responsables de la información; impulsar la generación de información oficial y sistemática sobre discapacidad en los sistemas oficiales de cada institución, con un enfoque de género. Incluso hay una alusión clara al relevamiento de la próxima década censal, al proponerse actualizar el diagnóstico nacional sobre las personas con discapacidad y sus familias con base en los resultados del Censo General de Población y Vivienda 2010 y otros estudios especiales o encuestas sobre este tema. También se plantea integrar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica la notificación obligatoria de los casos nuevos de discapacidad que se presenten en unidades médicas de los sectores público, social y privado; integrar un banco de información y de publicaciones nacionales e internacionales sobre políticas públicas, acciones

e iniciativas en materia de discapacidad para su consulta pública y consolidar en los estados el Programa Nacional de Credencial para Personas con Discapacidad.

Otra de las estrategias establecidas en función de este primer objetivo es alentar el desarrollo de investigaciones para apoyar la toma de decisiones con base en la evidencia científica. Entre las líneas de acción específicas diseñadas para la implementación de esta estrategia se propone realizar un diagnóstico nacional sobre los servicios públicos y las redes de asistencia social que apoyan a las personas con discapacidad y sus familias y alentar la participación social en la realización de estudios y proyectos de investigación sobre discapacidad, para sustentar la formulación de políticas públicas a nivel estatal y municipal.

El objetivo 4, tendiente a elevar la calidad de la educación y ampliar las oportunidades de acceso, permanencia, egreso y logro educativo para la población con discapacidad en los diferentes tipos, niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional, también propone una estrategia vinculada con la generación de datos: desarrollar sistemas de información y seguimiento de los servicios otorgados a personas y alumnos con discapacidades. Para ello se proyecta realizar un diagnóstico nacional (censo escolar) sobre las personas que presentan necesidades educativas especiales, con y sin discapacidad, y desarrollar un sistema de información que proporcione datos confiables sobre las personas con discapacidad y la atención educativa que se les brinda.

También el sistema de monitoreo y seguimiento del PRONADDIS implica una consideración de la información sobre las personas con discapacidades, puesto que se sostiene que *“para estar en condiciones de realizar esta acción, uno de los principales retos será incorporar a los registros administrativos existentes en todas las instituciones de la Administración Pública Federal, la información necesaria para generar estadísticas con enfoque de discapacidad”* (México, CONADIS, 2009). Esta tarea, según se estipula, deberá desarrollarse en estricta coordinación con las instituciones que conforman el CONADIS. Para la evaluación de los resultados, el documento explica que se gestionará e impulsará ante las instituciones que conforman el Consejo y con otros organismos del Gobierno Federal como el INEGI y otras instituciones académicas y de investigación, el desarrollo de estudios y encuestas específicas para la generación de indicadores de resultado e impacto a nivel nacional y estatal, con el nuevo enfoque de derechos humanos. Finalmente, se cifran importantes expectativas en el censo de 2010, al considerarse que *“será una excelente oportunidad para incorporar en el cuestionario las preguntas necesarias para identificar y cuantificar la población con discapacidad en el país, las causas de la discapacidad, así como otras variables sociodemográficas de este grupo de la población”* (México, CONADIS, 2009).

Por último, el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2009-2018 (PIO), aprobado en el Perú mediante el decreto supremo 007-2008-MIMDES, está *“orientado a contribuir a mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad por medio de la prevención, atención preferente, adopción de medidas de discriminación positiva y el fortalecimiento y la ampliación de los servicios existentes, facilitando su acceso, calidad y cobertura”* (Perú, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y otros, 2008). Se define como un instrumento técnico-político de planificación para las acciones en beneficio de las personas con discapacidad.

Según el texto del decreto que lo aprueba, el plan fue elaborado sobre la base de una estrecha relación con la sociedad civil, *“generando un amplio proceso participativo de consultas a nivel nacional, en donde las propias personas con discapacidad han brindado los aportes que permitieron construir un Plan de Igualdad de Oportunidades acorde con sus expectativas, pero siendo consecuentes con las posibilidades reales de los Sectores”*. Sin embargo, un trabajo que analiza la legislación y políticas de Estado sobre discapacidad en los países andinos afirma que: *“Si bien las organizaciones de/para PCD pugnaron por la necesidad de contar con un instrumento que implemente la Décimo sexta política de Estado del Acuerdo Nacional, la participación de aquellas fue limitada restringiéndose a las pocas organizaciones reconocidas por el CONADIS, amen de las discrepancias existentes entre ellas por el tema de representatividad”* (Díez Canseco, 2009, pág. 160).

Aunque el texto del plan sostiene que el diseño e implementación de políticas públicas y el desarrollo de programas para lograr la equidad de oportunidades y cerrar las brechas de exclusión que afectan a las personas con discapacidades requieren información estadística, y alude a la realización de la Encuesta Nacional Continua (ENCO) por parte del INE en 2006, lo cierto es que el uso de información sociodemográfica sobre el tema para fundamentar las propuestas del plan es limitado.

Las áreas de intervención que se propone el plan son la salud, la educación, el desarrollo social y el trabajo. Entre las expectativas de logro proyectadas en el ámbito de la salud llama positivamente la atención el objetivo de lograr un plan universal de aseguramiento que incorpore de manera progresiva las prestaciones de prevención y rehabilitación de las discapacidades más frecuentes, con prestaciones oportunas y de calidad. Las perspectivas en la temática del desarrollo social aluden al fomento y coordinación del desarrollo de estudios e investigaciones sobre discapacidad.

Del análisis de estos textos de política desde la óptica de la información —su empleo en el diagnóstico de situación y la planificación de tareas futuras— puede entonces concluirse que, como se sostiene en el informe de la última revisión quinquenal de la implementación regional del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, también en materia de discapacidad “*persiste todavía una brecha entre el discurso político —que reconoce en general la necesidad de considerar la cuestión sociodemográfica aplicada a la gestión— y su efectiva puesta en práctica*” (CELADE/CEPAL y UNFPA, 2009), ya que con alguna notable excepción, el aprovechamiento de la información disponible para diagnosticar la situación sobre la que se procura actuar es limitado, y también la propuesta de acciones en este ámbito.

5. A modo de conclusión

Aunque el derecho internacional ha legitimado y consolidado un nuevo paradigma sobre la discapacidad, que traslada su eje hacia la interacción de una limitación con la capacidad social de darle respuesta; a pesar que el marco legal de los países de la región se ha hecho eco mayoritariamente de esta nueva concepción y se dispone de una institucionalidad a cargo de las personas con discapacidades bastante sólida y con atribución de responsabilidades en materia de política, en general la generación de información censal ha permanecido ligada al enfoque biomédico, ha estado bastante desatendida en la actividad legislativa y ha sido poco aprovechada para el diagnóstico y la elaboración de políticas y programas. Es decir, han cambiado las perspectivas, pero ha persistido en América Latina, en el campo de la discapacidad, el desfase entre la conciencia y la discursivización de la importancia de la información, su producción y su real utilización.

La década censal que se avecina es una oportunidad importante para subsanar, en parte, estas deficiencias. Las recomendaciones de las Naciones Unidas son claras en este sentido. En el citado informe sobre los ODM y la discapacidad se decide “[a]lentar a los gobiernos a participar en la década de censos de 2010, en cuyo marco se realizarán censos nacionales de población dentro de los 3 a 5 años próximos, con objeto de subsanar algunas de las deficiencias de información y datos sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad”, y además reconociendo el tiempo que insume un operativo censal y el hecho que no incluye datos detallados acerca de las personas con discapacidad, se recomienda “instar a los gobiernos a que lleven a cabo encuestas sobre la situación de las personas con discapacidad en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con obstáculos específicos para esas personas que impidan su consecución” (Naciones Unidas, 2009).

Hacerlo no resultará fácil. Demandará recursos, capacitación de personal, la decisión de abrir espacios para la participación de las propias personas con discapacidades y sus organizaciones, esfuerzos de coordinación entre las diferentes áreas y organismos del Estado vinculados con el tema y la voluntad política para canalizar todas estas energías. Pero aún esta confluencia de factores no asegura la consecución de estos propósitos, y menos aún de las metas más amplias para cuyo logro la disponibilidad y el uso de esta información es solo una herramienta: sociedades que incluyan, igualen y

no discriminen a las personas con discapacidades. Aún quedan muchos obstáculos por derribar, que demandan acciones estructurales: “*la ignorancia, el abandono, la superstición y el miedo son factores sociales que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo*” (Naciones Unidas, 1994, párrafo 3), y lo siguen haciendo. La estrecha relación entre discapacidad y pobreza no ha logrado abordarse apropiadamente; la igualdad de oportunidades solo se ha alcanzado a nivel normativo, “*pero no en los resultados y ciertamente no en las estructuras sociales que alimentan la discriminación, la segregación y la exclusión*” (Mujica y Calle, 2006). La información no es la respuesta a estos profundos problemas, pero sí un instrumento para empezar a elaborarla.

Bibliografía

- Astorga Gatjens, Luis (s/f), *Incluyendo a las personas con discapacidad en las políticas de desarrollo*, Instituto Interamericano sobre Discapacidad.
- Balbo, Luis (2007), “La situación de las personas con discapacidad en Bolivia”, Primeras Jornadas sobre Discapacidad, Desarrollo y Cooperación, La Paz, 13 y 14 de agosto, [en línea] <http://www.amica.es/web/index.php?option=com_content&task=view&id=158&Itemid=106>.
- Bolivia, Defensor del Pueblo y CONALPEDIS (Comité Nacional de la Persona con Discapacidad), *Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (PNIEO) 2006-2016*, La Paz, CONALPEDIS, OMS y OPS.
- Bourdieu, Pierre (1990), *Sociología y cultura*, México, D.F., Grijalbo.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, serie Documentos de proyecto N° 113 (LC/W.113)*, Santiago, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas.
- CELADE/CEPAL y UNFPA (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), *Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994-2009*, versión preliminar, presentado en el Seminario regional “Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación”, Santiago, 7 y 8 de octubre.
- Colombia, CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social) (2004), *Política Pública Nacional de Discapacidad*, Documento Conpes Social 80, Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2005), *Plan Nacional de Intervención en discapacidad. Plan de Acción 2005 – 2007*, Bogotá.
- Cuba, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2006), *III Plan de Acción Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad 2006-2010*, La Habana.
- Díez Canseco, Javier (2009), *Situación de la discapacidad en la región andina (legislación y políticas de Estado)*, Lima, Comunidad Andina de Naciones.
- Ecuador, Vicepresidencia de la República (2009), “Ecuador: una nación que promueve y protege los derechos de las personas con discapacidad. Ecuador sin barreras”, [en línea] <http://www.vicepresidencia.gov.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=79>.
- Guatemala, CONADIS (Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad) (2006), *Política Nacional de Discapacidad*, Guatemala.
- México, CONADIS (Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad) (2009), *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012. Por un México incluyente: construyendo alianzas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad*, México, D.F.
- Mujica, Javier y Luz Elena Calle (2006), *Los derechos de las personas con discapacidad en la legislación comparada*, Lima, Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Naciones Unidas (2009), “Realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad mediante la aplicación del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” (A/64/180), Nueva York, sexagésimo cuarto período de sesiones.
- ____ (2006), “Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad”, Resolución 61/106 (A/RES/61/106), Nueva York.

- ___ (2003), *Directrices y principios para la elaboración de estadísticas de discapacidad. Estadísticas sobre grupos especiales de población*, Serie Y, N° 10 (ST/ESA/STAT/SER./10), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- ___ (1994), *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, adoptadas mediante la Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas.
- ___ (1982), *Programa de Acción Mundial para los impedidos*, Resolución 37/52, del 3 de diciembre.
- ___ (s/f), “Enable. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad”, [en línea] <<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=14&pid=535>>.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2007), “Programa de acción para el decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016)” (OAS/Ser.G-CP/CAJP-2496/07), aprobado por la Comisión en su sesión del 26 de abril.
- ___ (1999), “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, Ciudad de Guatemala, 7 de junio.
- Pantano, Liliana (2007), “‘Personas con discapacidad’: hablemos sin eufemismos”, Revista *La Fuente*, Año X, N° 33, Córdoba.
- ___ (1987), *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*, Buenos Aires, EUDEBA.
- Perú, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y otros (2008), *Plan de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad 2009-2018*, Lima.
- Red Internacional sobre Discapacidad (2004), *Monitoreo Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2004. Informe regional de las Américas*, Chicago.
- Savedoff, William (2006), “Política pública para las personas con discapacidad en Chile. Aprendiendo de las experiencias internacionales”, en *Seminario internacional Desarrollo Inclusivo y Discapacidad: Oportunidades y Desafíos*, Santiago, FONADIS y BID.
- Schkolnik, Susana (2009), “América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas”, documento de referencia para el Seminario-taller “Los censos de 2010 y la salud”, Santiago, 2 al 4 de noviembre, [en línea], <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/37763/SUSANA_SCHKOLNIK.pdf>.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2004), *Programa de Acción*, aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.
- Welti, Carlos (edit.) (1997), *Demografía I*, tomo I, México, D.F., PROLAP-UNAM.

XI. Indicadores de protección social a partir de la fuente censal

Gladys M. Massé⁷⁰

Introducción⁷¹

Las décadas iniciales del siglo XXI han sido partícipes de la constante y paulatina consolidación de la perspectiva de reconocer a las personas como titulares de derechos humanos. Entre estos últimos cabe mencionar los reconocidos como derechos laborales, el derecho a la seguridad social, a la vida familiar, a un nivel de vida adecuado, a la salud, a la educación y a la participación en la vida cultural (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10 de diciembre de 1966).

Este enfoque se presentaría en la actualidad como eje rector al momento de tener que elaborar un diagnóstico y llevar a cabo un monitoreo de la cambiante realidad sociodemográfica de América Latina y el Caribe. La legislación internacional relativa a esta materia y los mecanismos de protección de estos derechos que llevan adelante los gobiernos, resultan un factor clave de las actuales políticas públicas en la región. De acuerdo con CEPAL/CELADE (2008, pág. 9), el consecuente

⁷⁰ Consultora de CELADE-División de Población de la CEPAL

⁷¹ La autora agradece los comentarios recibidos a la versión preliminar de este documento y señala que todo error u omisión en el desarrollo del mismo son de su exclusiva responsabilidad

concepto de protección social que estas últimas involucran ha estado sujeto a una permanente evolución y no existe una forma única de definición. No obstante, en términos generales se la entiende como el conjunto de intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar a los hogares y a los individuos de la carga que significa una serie de riesgos y necesidades.

Sin embargo, este progresivo afianzamiento de la visión de los derechos humanos como marco de las políticas de protección social en América Latina y el Caribe se desarrolla en un simultáneo contexto regional caracterizado por un ineludible envejecimiento demográfico, acompañado por una perenne desigualdad social y una alta incidencia de la pobreza, por los retos propios a los que se ven sujetos los sistemas ante los procesos migratorios de sus poblaciones y las aún persistentes diferencias de género.

Es en dicho escenario de compleja dualidad en el que los sistemas estadísticos latinoamericanos, encargados de aportar información válida y confiable que contribuya al diagnóstico y monitoreo de los avances realizados por los países en esta cuestión, se enfrentan con el desafío de generar estadísticas que den cuenta de estos fenómenos socio-económicos y demográficos. En la medida en que registros continuos y encuestas a hogares no alcanzarían a satisfacer el requerimiento de este tipo de información en la región, los censos de población se visualizarían entonces como una fuente de datos que contribuiría a saldar en cierta medida dichas demandas al incluir estos nuevos temas en sus cuestionarios censales.

En esta ocasión, dado el objetivo del Seminario-Taller “Los censos de 2010 y la salud”, el presente documento se concentrará en analizar el aporte realizado por los censos de población de la década del 2000, al incorporar en sus instrumentos de medición una serie de variables que contribuirían a monitorear los avances en materia de derechos, como por ejemplo los relativos a la identidad, a la atención de la salud, a la nutrición y alimentación, y a la previsión para la vejez (pensiones, jubilaciones y otros).

El texto que se presenta revisa y discute las potencialidades y limitaciones del censo de población y vivienda como fuente de datos para la medición y el análisis de las variables relativas a la protección social, en el ámbito de la salud. En primer término, se sintetiza el marco general relativo a los derechos humanos y aquellos específicos anteriormente mencionados. En segundo lugar, se examina la vigencia del censo como fuente de información para contribuir a evaluar y monitorear los alcances de la protección social generada en el ámbito de las políticas públicas en América Latina y el Caribe. En tercer lugar, se presentan los criterios que emanan de las recomendaciones internacionales generadas por Naciones Unidas. El cuarto apartado exhibe las preguntas incorporadas en los respectivos instrumentos de medición de los censos de la década del 2000, como una forma de comprobar la implementación de este tipo de medición en la práctica censal de la región. Por último, se ofrece un conjunto de conclusiones y sugerencias relativas a la temática, con vistas a la implementación de los futuros censos de población.

1. Protección social: tema relevante para la actual agenda pública latinoamericana

En materia de derechos humanos, la cita ineludible es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en 1948, y entre los instrumentos legales internacionales cabe mencionar el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” y el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, aprobados ambos en 1966.

Estos derechos se derivan de supuestos básicos sobre el significado del ser humano y se aplican a todas las personas, independientemente de quiénes sean o dónde vivan. Es en aquella Declaración que se reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado y a contar con un seguro en situaciones de privación ajenas a la voluntad, entre ellas la vejez: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros*

en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad" (Artículo 25, inciso 1).

De los dos instrumentos legales mencionados, el segundo (adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 2200A (XXI) el 16 de diciembre de 1966 y que entraría recién en vigor casi diez años más tarde, en enero de 1976, es en el cual se compromete a los Estados parte a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos aquellos reconocidos como:

- i) derechos laborales (artículos 6, 7 y 8);
- ii) el derecho a la seguridad social (artículo 9);
- iii) a la vida familiar (artículo 10);
- iv) a un nivel de vida adecuado, incluso alimentación, vestido y vivienda, y la "mejora continua de las condiciones de existencia" (Artículo 11);
- v) a la salud, específicamente el "más alto nivel posible de salud física y mental" (Artículo 12);
- vi) a la educación (artículos 13 y 14);
- vii) a la participación en la vida cultural (artículo 15).

Entre estos últimos interesa reseñar, por ejemplo, el incluido en el Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Éste reconoce "*el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social*". Se requiere que los estados integrantes alcancen a proporcionar algún tipo de plan de seguro social para proteger a las personas contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, el desempleo o la vejez, para otorgar seguro a los supervivientes, los huérfanos y los que no pueden pagar la atención de la salud.

Por su parte, el Artículo 11 del Pacto reconoce el derecho de toda persona a gozar de un nivel de vida adecuado. Esto incluye el derecho a una alimentación adecuada, vestido, vivienda, y "*una mejora continua de las condiciones de existencia*". También crea una obligación de las partes a que trabajen juntos para eliminar el hambre en el mundo, aspecto adoptado de manera prioritaria por el programa internacional Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El derecho a una alimentación adecuada, también conocido como el derecho a la alimentación, se interpreta de manera de requerir "*la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada*". Este derecho debe ser accesible a todos, lo que implica una obligación de proporcionar programas especiales para los grupos vulnerables.

Ahora bien, el Artículo 12 del Pacto reconoce, entre otros, el derecho de toda persona al "*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*." Los estados deben proteger este derecho, garantizando que todo el mundo dentro de su jurisdicción, tenga acceso a los factores determinantes de la salud, tales como agua potable, saneamiento, alimentación, nutrición y vivienda, y por medio de un sistema global de atención sanitaria, que esté a disposición de todos, sin discriminación alguna, y económicamente accesible para la totalidad de la población. Todas las personas, independientemente de su nacionalidad, residencia o condición de inmigración, tienen derecho a atención médica primaria y de emergencia.

Concebidos en términos históricos, el período que se iniciara hace ya más de cincuenta años con la Declaración Inicial, vislumbró el amplio respaldo de las Naciones Unidas para asegurar el paulatino afianzamiento del análisis de las variables socio-demográficas desde dicha perspectiva.

Por otra parte, CEPAL/CELADE (2008, pág. 12) señala que los cambios demográficos de las últimas décadas en la región se insertan en el ampliamente conocido proceso de transición demográfica. En la actualidad, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe están transitando la segunda etapa del proceso de transición demográfica, como consecuencia de un fuerte descenso en la tasa de fecundidad a

partir de mediados de los años setenta, y luego de haber experimentado un descenso de su tasa de mortalidad desde antes de la primera mitad del siglo XX. En este caso la caída en la fecundidad y en la mortalidad ha tomado mucho menos tiempo en la región que en los denominados países desarrollados. Asimismo, en América Latina y el Caribe, si bien el proceso se vincula con el alto crecimiento económico y las transformaciones sociales de las décadas de 1960 y 1970, él responde también, en buena medida, a que los países en desarrollo se han beneficiado de los avances médicos y tecnológicos gestados en los países desarrollados, han sido influidos por ideas, estándares de vida y modas difundidas desde aquellos, todos factores que han contribuido al control de la mortalidad y de la natalidad”. De esta manera, cabe señalar las implicancias que generan, respecto de la protección social, las transformaciones ocurridas en las tendencias demográficas relativas al envejecimiento y feminización de la población, las modificaciones en la estructura por edades y la denominada transición epidemiológica.

Sin embargo, estos cambios demográficos se manifiestan en un contexto socioeconómico latinoamericano de persistente inequidad social, niveles altos de pobreza/indigencia, y de desocupación. Paralelamente, América Latina ha mostrado limitaciones en la capacidad para generar empleo, y consecuentemente el desempleo se ha transformado en un fenómeno extendido y persistente. A su vez, también se advierte un alto grado de segmentación, por lo que el sector informal abarca en promedio a casi la mitad del empleo total urbano. Esto indica que alrededor de la mitad de las ocupaciones disponibles se desarrollan bajo condiciones de desprotección laboral y generan bajos ingresos (CEPAL/CELADE, 2008, pág. 41).

En este escenario, en América Latina los sistemas de protección frente al riesgo de vejez presentan diversas características en términos de organización, financiamiento y desempeño pero, en general, todos ellos han enfrentado problemas similares. La precaria situación fiscal de los países, los cambios demográficos y las características de los mercados de trabajo han llevado a que buena parte de los países de la región encarara procesos de reforma de sus sistemas de pensiones (CEPAL/CELADE, 2008, pág. 32), que actualmente continúan en instancias de transformación.

Asimismo, producto de los cambios demográficos y la persistencia de los fenómenos de inequidad social, las políticas de salud de los países de América Latina y el Caribe deben hacer frente a nuevos desafíos (incidencia de las enfermedades crónico degenerativas producto del envejecimiento demográfico), y a la persistencia de los viejos (algunas enfermedades de tipo transmisibles, como las causas respiratorias, y maternas, relacionados con las carencias críticas de la población). Los primeros obedecen a cambios en la demanda que requieren de nuevas prestaciones y tratamientos. Los segundos, reflejan las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros, y los problemas de articulación de los niveles de atención del sistema de salud y de subsectores público y privado (Huenchuán, 2009, pág. 123).

En síntesis, la progresiva consolidación del enfoque de derechos humanos como marco de las políticas de protección social se registraría en América Latina y el Caribe en un simultáneo contexto caracterizado por una persistente desigualdad social, una alta incidencia de la pobreza, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, problemas no resueltos de inequidad en el acceso a los servicios de salud y una institución familiar muy exigida en materia de seguridad y protección (Huenchuán, 2009, pág. 122).

2. Relevancia de la fuente de datos “censo de población” en la región latinoamericana

En el marco de un contexto regional dual, los sistemas estadísticos de América Latina y el Caribe, encargados de aportar información válida y confiable que contribuya al diagnóstico y monitoreo de los avances realizados por los países en materia de derechos humanos, están acompañando estos cambios mediante diseños metodológicos y estrategias de medición de los aspectos relativos a la protección social.

En general los datos requeridos son concebidos internacionalmente en términos de un sistema integrado de información socio-demográfica, derivado de registros de estadísticas vitales y estadísticas sectoriales, de un sistema de encuestas a hogares y de los resultados que emanan de la implementación de los censos de población y habitación.

Sin embargo, en un ámbito estadístico regional que manifiesta carencias en término de registros administrativos y/o encuestas, fuentes de datos que por su naturaleza resultarían óptimas para captar fenómenos de compleja medición como aquellos de los que se trata de dar cuenta, los censos de población brindarían la posibilidad de otorgar resultados para el total o bien subgrupos de la población que permitirían evaluar, en cierta medida, dichas políticas.

Es ampliamente conocido que el rol esencial de los censos de población y habitación radica en relevar, procesar y difundir estadísticas relativas a la población, su composición, características, distribución espacial y organización familiar, particularmente obtenidas para áreas geográficas locales.

De acuerdo con los conceptos vertidos en las recomendaciones internacionales (Naciones Unidas, 2008, págs. 5-7), el propósito fundamental de los censos de población es proveer de información que contribuya a la planificación, implementación y monitoreo de las políticas públicas. La información relativa al tamaño, distribución y características de la población de un país es esencial para describir y generar un diagnóstico económico, social y demográfico, así como también para el desarrollo de programas y políticas que promuevan el bienestar de la población. El censo de población provee estadísticas básicas comparables para el país como un todo, para cada unidad local administrativa y áreas pequeñas.

El censo juega un papel esencial en materia de administración pública. Sus resultados constituyen una referencia ineludible al momento de evaluar la distribución equitativa de los servicios tales como los relativos al cuidado de la salud, los educativos y el desarrollo económico, entre otros, que los gobiernos deben asegurar a sus ciudadanos.

Asimismo, la fuente de datos censal asume en la actualidad un rol fundamental en el sistema estadístico nacional, al constituirse en el marco de las encuestas por muestreo que se aplican durante el periodo intercensal con el objetivo de evaluar las tendencias de los fenómenos socioeconómicos y demográficos.

Al ser el objetivo básico del censo el generar estadísticas para áreas geográficas pequeñas sin errores de muestreo o bien con el mínimo error de este tipo, ello permite producir datos para áreas geográficas cuyas unidades difieren de aquellas de carácter exclusivamente administrativo-político, así como también procesar información para áreas focalizadas y de interés específico para una política oficial. Esta versatilidad que presenta el censo en cuanto a la posibilidad de brindar información para áreas pequeñas resulta una contribución invaluable para las políticas públicas.

Inclusive ajustándonos a los criterios esenciales que rigen la concepción de los censos de población y habitación, —tales como enumeración individual, universal, implementación dentro de un territorio definido, simultaneidad y periodicidad definida— ellos contribuyen a reafirmar la idea de que el ser “contado” —el ser “censado”— constituye en realidad un derecho ineludible del individuo.

Ahora bien, además de asegurar el conteo exhaustivo de la población, el contenido de los instrumentos de medición censal tiende a asegurar la inclusión de temas que han sido demandados como prioritarios por diversos usuarios de la información censal, en particular, por los organismos sectoriales encargados de aplicar y monitorear las políticas gubernamentales en el país. En América Latina y el Caribe, en la medida en que otras fuentes de información —tales como registros continuos o encuestas a hogares— no alcanzan a satisfacer dicho requerimiento, se incrementa la demanda de incluir nuevos temas, en cierta medida de compleja medición, en los censos de población y habitación.

En realidad, ameritaría mencionar que la tendencia de la medición de los alcances de la protección social giraría en torno de fuentes de datos tales como los registros continuos, los cuales permitirían dar cuenta de los alcances, avances o retrocesos de las políticas públicas relativas a la

protección social. Ahora bien, en la mayoría de los países latinoamericanos se carece en la práctica de registros continuos que cumplan con brindar la información requerida. Por otra parte, si las encuestas brindan la posibilidad de evaluar la evolución y las tendencias que rigen el desarrollo del fenómeno bajo estudio, ellas se encuentran limitadas por su misma naturaleza ante la imposibilidad de brindar datos a menor escala, incluso aquellas generadas con diseños especiales que sobre-representan a entidades geográficas pequeñas. En este sentido, los censos de población y vivienda continúan constituyendo hoy en día en América Latina la principal fuente de datos para conocer la estructura, características y estado de situación de sus poblaciones. Hasta el momento, la fuente censal es la que cumple en brindar información estructural, relevante al momento de evaluar los alcances de la protección social diagramada e implementada por la agenda pública en la región.

Un aspecto que interesa señalar es el hecho de que en muchos países, la fuente censal representa, en cierto sentido, prácticamente la única fuente de información del sistema estadístico nacional, proveyendo datos imprescindibles no sólo para la planificación y desarrollo, sino también para la evaluación de los programas sectoriales aplicados en el país con el objetivo de promover el bienestar de sus habitantes. Los resultados censales son utilizados por las autoridades gubernamentales para realizar un análisis o diagnóstico de la situación en la que se encuentra la población. Dichas condiciones son analizadas en términos cuantitativos y los datos que proveen los censos son esgrimidos para indicar los cambios ocurridos durante los períodos intercensales. Se detectan entonces los déficit y carencias, y se estiman los requerimientos a futuro, comparándolos con la situación esperada.

Asimismo, los resultados censales resultan cada día más útiles para los organismos oficiales que requieren de indicadores sociales, particularmente aquellos que dan cuenta de fenómenos que usualmente cambian lentamente en el tiempo, o aquellos que son necesarios para caracterizar las necesidades de grupos poblacionales de escasa magnitud o bien información que se requiere para áreas geográficas locales.

3. Recomendaciones internacionales para los censos de población y habitación

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, los factores que determinarían la selección de temas a incluir en un cuestionario censal de población, es decir aquellos a ser investigados para cada individuo, deberían ser determinados tomando en consideración un equilibrio de factores tales como:

- los requerimientos de datos específicos en el país,
- la posibilidad de asegurar cierta comparabilidad internacional,
- la seguridad de que la población tenga la voluntad y la habilidad de brindar una información adecuada respecto del tema acerca del cual está siendo preguntado, y
- el haber asegurado la totalidad de los recursos nacionales requeridos para implementar el censo (Naciones Unidas, 2008, pág. 109)

Interesa enfatizar que las recomendaciones internacionales mencionan la importancia que debe darse al hecho de que los censos de población deberían priorizar las necesidades nacionales, dentro del amplio rango de usos, tales como, la administración, la política pública y la investigación, así como también en virtud de los usuarios nacionales u agencias gubernamentales o locales. La decisión de cada país en relación con los temas a investigar en el censo de población dependería de un balanceado equilibrio respecto de cuán urgente es requerida la información y si no puede ser igualmente bien o mejor obtenida por otras fuentes de datos.

Por su parte, la importancia de resguardar la comparabilidad internacional radica en la productividad que generaría la posibilidad de comparar fácilmente información que contiene un mismo tipo de concepto, definición y clasificación.

Asimismo, las recomendaciones internacionales manifiestan que es necesario evitar incorporar preguntas que remitan a ciertos prejuicios, supersticiones o temores locales, o aquellas demasiado complejas y difíciles de ser respondidas fácilmente por el censado en un contexto de censo de población. Ello requiere ser probado y evaluado de manera previa a la incorporación definitiva de la pregunta en el cuestionario censal.

Por último, se sugiere que la selección de los temas que finalmente se incorporen en el diseño conceptual del cuestionario censal debe ser considerada en relación con el total de recursos con los que se cuenta para realizar el censo. Un relevamiento de datos que logre la mayor cobertura y calidad requerida de información para un número limitado de temas, seguido de un procesamiento, tabulación y difusión oportuna resultará más útil que una lista de temas sumamente ambiciosa, que no puede ser investigada, procesada y diseminada de manera puntual.

De acuerdo a la experiencia obtenida en décadas pasadas en la región, puede considerarse que la selección de temas censales puede agruparse entre:

- i) aquellos acerca de los cuales existe considerable consenso respecto de su importancia y factibilidad de relevamiento a partir de la fuente censal; y
- ii) datos en los cuales su incorporación presenta dificultades en términos de relevamiento o procesamiento, es decir que son probablemente mejor relevados sólo en una muestra de la población.

Las excepciones a este consenso ocurren entre los países con sistemas estadísticos más desarrollados, donde el dato adecuado sobre un número de temas listado, incluyendo algunos prioritarios, se puede obtener a partir de fuentes no censales. Por otra parte, entre los países en los cuales la oportunidad de relevar información es sumamente limitada, allí todavía existiría cierta ventaja demostrada por las posibilidades que ofrece el censo de población por indagar temas que, bajo mejores circunstancias, podrían ser investigados por otras fuentes

Las recomendaciones vertidas en Naciones Unidas (2008) identifican los temas a investigar en un censo de población y vivienda, clasificándolos de acuerdo a las siguientes prioridades:

- i) Centrales (*core*): corresponden a temas considerados de principal interés para ser investigados en un censo de población. Corresponden a aquellos que han sido incluidos como temas prioritarios en la mayoría de las recomendaciones de los censos de décadas previas.
- ii) Centrales derivados (*core derived*): refieren a tópicos que se obtienen como producto derivado de la inclusión de preguntas centrales-
- iii) Adicionales (*adittional*): remiten a temas que resultan importantes de medir pero no se considera imprescindibles su inclusión.

Los temas listados han sido agrupados a partir de nueve ejes temáticos (Naciones Unidas, 2008, pág. 111), a saber:

- i) Características geográficas y de la migración interna
- ii) Características del hogar y la familia
- iii) Características demográficas y sociales
- iv) Fecundidad y mortalidad
- v) Características educacionales
- vi) Características económicas
- vii) Características de la migración internacional
- viii) Características de la discapacidad

ix) Agricultura

A diferencia de otros temas demográficos o sociales que las recomendaciones internacionales mencionan aglutinados bajo una denominación marco como la que acabamos de detallar, el de la protección social relativa al derecho a la identidad (inscripción en el Registro Civil y tenencia de documento de identidad), a la salud (cobertura y uso de los servicios), a la nutrición y alimentación y la consideración de programas sociales específicos, no resultan estar incluidos en Naciones Unidas (1998, Revisión 1), ni tampoco en Naciones Unidas (2008, Revisión 2).

Por su parte, sí figura como sugerencia que dentro de la población no incluida en la fuerza de trabajo (población inactiva), se identifique a las personas jubiladas o pensionadas (Naciones Unidas 2008, pág. 163).

4. Las preguntas censales relativas a la medición de la protección social aplicadas en los censos de la década 2000 en América Latina y el Caribe

Antes de abordar las preguntas relativas a la medición de la protección social incluidas en los censos de la década del 2000, interesa tener en cuenta la metodología censal implementada por cada país para llevar a cabo el operativo. El supuesto que se maneja es la consideración del equilibrio que se requiere al momento de concebir el diseño metodológico-conceptual del censo de población. Los censos de hecho implementados en general entre un día y un día y medio exigirían un diseño conceptual más acotado, donde las preguntas a incorporar sean de sencilla medición, tengan un concepto fácilmente objetivable, así como también sean comprensibles para la población a censar. Por otra parte, una mayor duración del tiempo de trabajo de campo, como por ejemplo dos ó tres meses, o el uso de muestreo en el relevamiento, contribuiría a disminuir respecto del número de preguntas a incluir en los instrumentos censales de medición. Sin embargo, ello no obsta para que determinados fenómenos a medir continúen siendo por naturaleza de compleja medición en el marco de un censo de población. Volveremos sobre este factor en particular al momento de examinar las preguntas relativas a protección social incorporadas en los censos de la década del 2000.

Diverso es el panorama metodológico de la ronda censal del 2000 en América Latina y el Caribe. El Cuadro XI.1 permite observar que en tanto una parte de los países de la región aplicaron censos de facto, en su mayoría con un día/día y medio de trabajo en campo, el resto optó por la metodología de jure, variando los días de relevamiento entre 3/4/10 días y 2/3 y 10 meses. En tanto, una amplia mayoría aplicó un cuestionario único a toda su población, una minoría implementó muestreo en el relevamiento: Brasil (es su metodología habitual); México (debido a la creciente demanda de los usuarios de investigar temas cuya captación es más compleja) (CEPAL/CELADE, 2005) y Colombia.

Ahora bien, el Cuadro XI.2 presenta una síntesis de las preguntas relativas a identidad (inscripción en el Registro Civil y tenencia de documento de identidad), alimentación-nutrición, salud (cobertura y uso de servicios), programas sociales, previsión y seguridad social (actual y futura) incorporadas en algunos de los países durante la ronda censal del 2000. Como puede observarse, la gama de temas investigados varían en el contexto de los últimos censos implementados en América Latina y el Caribe.

Ahora bien, el consenso inicial pareciera estar dado a partir de considerar la relevancia que adquieren las variables relativas a la previsión y seguridad social. En este caso, de acuerdo con las sugerencias de las recomendaciones internacionales, la mayoría de los países incluyeron la detección de las personas jubiladas o pensionadas dentro de la población no incluida en la fuerza de trabajo (población inactiva). Por su parte, Argentina, incluyó una pregunta específica para medir percepción de jubilación y pensión en la población total.

Por su parte, las otras variables referidas al ámbito de la salud, alimentación/nutrición, programas o planes sociales e identidad, que fueran investigadas en los censos de población latinoamericanos, respondería en cierta medida a la necesidad de los países de satisfacer una demanda de información, de interés nacional y no cubierta a partir de otras fuentes de datos tales como registros continuos o encuestas.

En este último sentido, la variable “cobertura de salud” es la que ha sido mayormente incluida por los países de la región, tales como Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, en sus cuestionarios de población. También la pregunta relativa al “uso de los servicios de salud” ha sido investigada, por ejemplo, por Bolivia, Colombia y México, aunque uno de ellos (Bolivia) realiza una consulta específica sólo al universo de mujeres de 15 años ó más acerca del lugar y atención del parto.

Las relativas a la “identidad” de las personas han sido incorporadas por algunos países de la región. En el caso de Bolivia y Venezuela, ellos incluyeron sólo la variable “inscripción en el Registro Civil”. Paraguay y Perú incorporaron tanto esta última como la relativa a “tenencia de documento de identidad”. En tanto El Salvador incluyó sólo este último tipo de pregunta.

El registro de ingresos obtenidos por las personas a partir de “planes o programas sociales” específicos fue incorporado como categorías de respuesta de la pregunta de ingresos incluida en los cuestionarios censales de, por ejemplo, Brasil, México y Venezuela.

Por último, la variable relativa a investigar carencias en la “alimentación y nutrición” fue incluida, por ejemplo, por Colombia en su cuestionario censal de 2000.

CUADRO XI.1
AMÉRICA LATINA: AÑO CENSAL, TIPO DE CENSO Y APLICACIÓN O NO DE MUESTREO EN EL RELEVAMIENTO, DÉCADA DE CENSOS 2000.

País	Año censal	Tipo de censo		Relevamiento con muestra	
		De facto	De jure	Si	No
Argentina	2001	X			X
Bolivia, Estado Plurinacional de	2001	X			X
Brasil	2000		X	X	
Chile	2002	X			X
Colombia	2005-2006		X	X	
Costa Rica	2000		X		X
Cuba	2002		X		X
Ecuador	2001	X			X
El Salvador	2007		X		X
Guatemala	2002		X		X
Haití	2003		X		X
Honduras	2001		X		X
México	2000		X	X	
Nicaragua	2005		X		X
Panamá	2000	X			X
Paraguay	2002	X			X
Perú	2007	X			X
República Dominicana	2002		X		X
Venezuela, República Bolivariana de	2001		X		X

Fuente: elaboración propia.

CUADRO XI.2
AMERICA LATINA: VARIABLES RELATIVAS A IDENTIDAD, ALIMENTACION Y NUTRICION, SALUD, PROGRAMAS SOCIALES, PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES SELECCIONADOS DE LA DÉCADA 2000

País	Año censal	Identidad		Alimentación -Nutrición	Salud		Programas sociales	Previsión y Seguridad Social	
		No incluida en RI		No incluida en RI	No incluida en RI		No incluida en RI	Sugerida en RI	
		Inscripción en Registro Civil	Tenencia de cédula de identidad		Cobertura	Uso		Actual	Futura
Argentina	2001				X			X ^b	X
Bolivia (E. P. de)	2001	X				X ^c			
Brasil ^a	2000						X ^d	X	X
Chile	2002							X	
Colombia	2005-2006			X	X	X		X	X
Costa Rica	2000				X				
Ecuador	2001				X				
El Salvador	2007		X					X	
Honduras	2001							X	
México ^a	2000				X	X	X ^d	X	X
Paraguay	2002	X	X					X	
Perú	2007	X	X		X			X	
Venezuela (R. B. de)	2001	X					X ^d		

Fuente: elaboración propia

^a Cuestionario ampliado.

^b Operacionalización diferente a la sugerida en las RI.

^c Para mujeres de 15 años ó más: lugar y atención del parto.

^d Otros ingresos.

Nota: RI = Recomendaciones Internacionales

4.1 Previsión y seguridad social

4.1.1 Actual

Las preguntas relativas a dimensionar la población que cuenta con una jubilación o pensión aluden a conocer la proporción de aquella que se encuentra cubierta por el sistema de seguridad social. En general, los países de la región investigan la condición de jubilado/pensionado para el mismo universo de población que responde sobre características económicas. En este sentido, ellos habrían aplicado, tal como se mencionó, las sugerencias vertidas en las recomendaciones internacionales. Algunos de ellos, como por ejemplo Bolivia, Chile y Paraguay, identifican a los jubilados dentro del bloque de preguntas sobre condición de actividad (sólo registran perceptores de jubilación o pensión entre la población desocupada e inactiva). Otros, como Colombia y México, indagan la condición de jubilado/pensionado en otra pregunta, además de incluirla en el apartado sobre condición de actividad. Por último, países como Brasil, sólo incorporan una pregunta independiente sobre esta temática en el apartado destinado a relevar los ingresos, indagando si éstos provienen (entre otras fuentes) de una jubilación o pensión. Además, en este caso se incluye una pregunta independiente que indaga sobre si es jubilado del instituto de previsión oficial.

Ahora bien, respecto de esta variable la experiencia argentina introduce una pregunta específica para toda la población y relativa a “percepción de jubilación o pensión”. En ese caso, ya en oportunidad del censo de 1991, atendiendo los señalamientos que alertaban sobre los problemas en la medición de la condición de actividad en los censos de población, se introdujeron cambios en la operacionalización de dicha variable. Estas modificaciones apuntaron a independizar la identificación de activos e inactivos, reemplazando el ítem único a través del cual se clasificaba a las personas según si trabajaban, buscaban trabajo, eran estudiantes, amas de casa o jubiladas o pensionadas, por preguntas de alternativas dicotómicas (sí/no) (Giusti y Rodríguez Gauna, 2000). En consecuencia, en el censo argentino de 1991, al haberse eliminado las categorías de inactividad como respuestas “a priori” se introdujo una pregunta independiente sobre percepción de jubilación o pensión para captar jubilados o pensionados. El Censo 2001, por su parte, no introdujo cambios ni en la medición de la condición de actividad ni en la de percepción de jubilación o pensión. De esta manera, la pregunta permite conocer la cobertura del sistema de protección social de toda la población, independientemente de su edad y condición de actividad.

RECUADRO XI.1

PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: ARGENTINA (2001), ECUADOR (2001) Y BRASIL (2000)

Argentina 2001

Variable: previsión y seguridad social
Universo de aplicación: toda la población

Preguntas:
a) percibe jubilación o pensión

COMPLETE UN CUESTIONARIO DE POBLACION PARA CADA PERSONA DEL HOGAR

5 ¿Recibe jubilación o pensión?

Sí

No

Ecuador (2001)

Variable: previsión y seguridad social
Universo de aplicación: población de 5 años ó más

Preguntas:

- a) aporte al seguro social
- b) miembro de una organización campesina

C. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS			
16.- ¿ ES O FUE AFILIADO AL SEGURO SOCIAL ? Marque una sola casilla.			
SI	<input type="checkbox"/> 1	NO	<input type="checkbox"/> 2
		Se Ignora	<input type="checkbox"/> 9
↓			
¿ APORTA ACTUALMENTE ? Marque una sola casilla			
SI	<input type="checkbox"/> 1	NO	<input type="checkbox"/> 2
		Se Ignora	<input type="checkbox"/> 9
17.- ¿ ES MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN CAMPESINA ?			
SI	<input type="checkbox"/> 1	NO ...	<input type="checkbox"/> 2
		Se Ignora	<input type="checkbox"/> 9

Brasil (2000)

4.50 - NESTE TRABALHO, ERA CONTRIBUINTE DE INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA OFICIAL?

1 - SIM

2 - NÃO

4.56 - EM JULHO DE 2000, ERA APOSENTADO DE INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA OFICIAL?

1 - SIM

2 - NÃO

Fuente: elaboración propia a partir de boletas censales

4.1. 2. Futura

Si las preguntas relativas a contar con una jubilación o pensión aportan información sobre la proporción de población cubierta por la seguridad social, aquellas relativas al descuento o aporte para la jubilación brindan información sobre la calidad o precarización de la inserción laboral, así como también como la situación futura de dicha población ocupada.

En este caso, Argentina introduce dos preguntas aplicadas a la población ocupada, relativas a “si le descuentan para jubilación” (asalariados) ó “si aporta por sí misma para la jubilación” (patrones y cuenta propias). Brasil distingue a los asalariados y empleados domésticos según si tienen libreta de trabajo documentada (empleo registrado) dentro del ítem único. Asimismo para los asalariados empleados domésticos sin libreta de trabajo, patrones y cuenta propia se incorpora una pregunta que releva si son contribuyentes del instituto de seguridad social oficial. Colombia investiga si están afiliados a un fondo de pensiones tanto los ocupados, desocupados como inactivos. México, en tanto, indaga para los obreros o empleados y, jornaleros o peones si recibe por su trabajo vacaciones, aguinaldo, reparto de utilidades, servicio médico y/o ahorro para el retiro.

4.2. Salud

4.2.1. Cobertura

En general el objetivo que perseguiría la inclusión de esta variable en el cuestionario de población sería registrar el volumen y caracterizar la población que tiene alguno de los tipos de modalidades de aseguramiento, cuyas categorías varían de acuerdo a las características de cada país. La población sin cobertura de salud por alguna de las modalidades mencionadas sería la que debería ser atendida principalmente por el subsector público y constituiría un grupo vulnerable que requeriría políticas sociales específicas.

La posibilidad de acceso a los servicios integrales de salud es clave en el ámbito de las políticas públicas de la región. Todas las problemáticas de salud en la vejez, y de la población en su totalidad, están vinculadas a la cobertura y calidad de la atención en salud que ofrece cada país. En la región, el

sector sanitario presenta una variada gama de instituciones y mecanismos para financiar, asegurar, regular y prestar servicios. Este aspecto se manifiesta en las diversas categorías de respuesta que asume esta variable en los diversos cuestionarios censales de la región que aplicaron la pregunta. De hecho, la incorporación de la pregunta obedecería a la prioridad nacional otorgada a su captación.

Uno de los problemas que presentaría esta variable sería las falencias en la precisión que se requeriría para lograr la correcta distinción entre las diversas modalidades, debido a los cambios operados en el sector salud de la región en las últimas décadas. Habida cuenta de las profundas transformaciones ocurridas, las que afectaron el propio sistema de salud, y las que también modificaron la estructura y dinámica de funcionamiento del mercado de trabajo que repercutieron luego en el sistema de salud de los países, resulta imprescindible para los países obtener información acerca de los cambios en el nivel de cobertura de alguna de las modalidades de aseguramiento y en la población que constituye la demanda potencial de servicios públicos de salud. En todos los casos, el universo de aplicación de la pregunta es toda la población, respetándose de esta manera el criterio de universalidad de las prestaciones y equidad en la accesibilidad.

En materia de cobertura de salud, Argentina, Colombia, México y Perú incluyen preguntas que indagan acerca de su alcance para el total de la población. En el caso de México, este país incluye una pregunta sobre derecho a servicio médico para el universo de todas las personas, tanto en el cuestionario básico como en el ampliado.

RECUADRO XI.2
COBERTURA DE SALUD. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS
CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: ARGENTINA (2001), COLOMBIA (2005-2006),
PERÚ (2007) Y MÉXICO (2000)

Argentina 2001

Variable: cobertura de salud
 Universo de aplicación: toda la población

COMPLETE UN CUESTIONARIO DE POBLACION PARA CADA PERSONA DEL HOGAR

6 ¿Está...

	SI	NO
asociado a un servicio de emergencia médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asociado a un plan de salud privado o mutual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
afiliado a una obra social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Colombia (2005-2006)

36. En salud, ¿es... APORTANTE, COTIZANTE o BENEFICIARIO de:

- 1 El Instituto de Seguros Sociales –ISS?
- 2 Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Universidad Nacional, ECOPELROL, Magisterio)?
- 3 Otra EPS (Entidad Promotora de Salud)?
- 4 Una ARS (Administradora de Régimen Subsidiado) a través del SISBEN?
- 5 Ninguna?
- 6 No sabe?

Perú (2007)

8. ¿SE ENCUENTRA AFILIADO AL:	
(Lea cada alternativa y circule uno o más números)	
SIS (Seguro Integral de Salud)?	1
ESSALUD?	2
Otro seguro de salud?	3
NINGUNO	4

México (2000)

Variable: cobertura de salud

Universo de aplicación: toda la población

Pregunta:

¿Tiene derecho a servicio médico en...?

- a) el Seguro Social (IMSS)
- b) el ISSSTE
- c) PEMEX, Defensa o Marina
- c) Otra institución. Anote la institución.
- c) Entonces no tiene derecho a servicio médico

Fuente: elaboración propia a partir de boletas censales

4.2.2 Uso de servicios

El cuidado personal de la salud y la atención médica adecuada y oportuna contribuyen al buen estado de salud de la población. Por ese motivo, no sólo resulta necesario indagar desde la perspectiva de la cobertura sino en particular respecto del uso de los servicios de salud, de manera independiente a la modalidad de cobertura al que esté o no asociado. De esta manera, interesa conocer no sólo la accesibilidad sino en particular el uso de los servicios por parte de la población ante circunstancias ligadas a procesos de enfermedad.

Sin embargo, la medición de esta temática asumiría cierta complejidad y, variada resulta ser, en consecuencia, la gama de operacionalizaciones generadas en torno a su medición. México y Colombia aplican la pregunta al universo de toda la población. El primero de estos países pregunta respecto del lugar de atención específica del individuo cuando éste tiene algún problema de salud. Colombia, por su parte, acota el período de referencia al último año y amplía la investigación, inquiriendo, además del lugar de atención en caso de enfermedad, acerca del padecimiento de enfermedades crónicas y el uso de los servicios de seguridad social en salud para cada caso de respuesta positiva ante la existencia de este tipo de enfermedad.

Ahora bien, en el caso de Bolivia, la atención se concentra en conocer básicamente el lugar en el que fue atendido el último parto de las mujeres de 15 años o más con hijos nacidos vivos, así como también quién fue la persona que se hizo cargo de dicha atención.

RECUADRO XI.3
USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN
CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: MÉXICO (2000),
COLOMBIA (2005-2006) Y BOLIVIA (2001)

México (2000)

Variable: uso de los servicios de salud

Universo de aplicación: toda la población

Pregunta:

Cuándo tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?

- a) en el Seguro Social
- b) en el ISSSTE
- c) en PEMEX, Defensa o Marina
- d) en el Centro de Salud (SSA)
- e) en el IMSS-Solidaridad
- f) en consultorio, clínica u hospital privado
- g) en otro lugar. Anote la institución o lugar
- h) no se atiende

Colombia (2005-2006)

Variable: uso de los servicios de seguridad social en caso de enfermedad
 Universo de aplicación: toda la población

C. MÓDULO DE PERSONAS (haga estas preguntas a TODAS las personas del hogar)

37. ¿En el ÚLTIMO AÑO... estuvo enfermo?

1 Sí

1.1 ¿La última vez ... ACUDIÓ POR ATENCIÓN:

- 1 Al servicio de salud al que tiene derecho?
- 2 A otro hospital, clínica, consultorio médico o centro de salud?
- 3 A una droguería o farmacia, tegua o curandero?
- 4 Médico tradicional de su grupo étnico?
- 5 A ninguna parte?

2 No

Variable: padecimiento de enfermedades crónicas
 Universo de aplicación: toda la población

38. Durante los ÚLTIMOS CINCO AÑOS, ¿... ha PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD que ha requerido:

	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿El tratamiento fue o está siendo atendido por el Sistema General de Seguridad Social?
1 Cirugía cardíaca (diferente de trasplante)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
2 Trasplante (riñón, médula ósea, córnea, hígado)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
3 Neurocirugía del sistema nervioso central?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
4 Tratamiento médico y quirúrgico de trauma mayor?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
5 Tratamiento quirúrgico por enfermedad congénita?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
6 Reemplazos articulares?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
7 Diálisis por insuficiencia crónica?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
8 Manejo por grandes quemaduras?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
9 Tratamiento para VIH-SIDA?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
10 Quimioterapia y radioterapia para el cáncer?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No
11 Unidad de cuidados intensivos?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No

Bolivia (2001)

Variable: atención médica al parto
 Universo de aplicación: mujeres de 15 años ó más con hijos nacidos vivos

Preguntas:

- a) lugar en el que atendió el último parto

b) persona que atendió el último parto

CAPÍTULO H. SOLO PARA MUJERES DE 15 AÑOS O MAS DE EDAD		
50 - EN TOTAL, ¿CUÁNTAS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO, INCLUYENDO FALLECIDOS O AUSENTES? Si no tuvo, anote «0» y pase a la siguiente persona. NÚMERO	52 - DE SUS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS, ¿CUÁNTOS FALLECIERON? Si la respuesta es ninguno anote «0». NÚMERO	54 - ¿DÓNDE TUVO LUGAR ESE SU ÚLTIMO PARTO? En un establecimiento de salud 1 En un domicilio 2 En otro lugar 3
51 - DE SUS HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS, ¿CUÁNTOS VIVEN ACTUALMENTE? Si la respuesta es ninguno anote «0». NÚMERO	53 - ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ SU ÚLTIMA HIJA O HIJO NACIDO VIVO? MES AÑO	55 - ¿QUIÉN ATENDIÓ SU PARTO? Médico 1 Enfermera/ Auxiliar de enfermería 2 Partera 3 Listad misma 4 Otra persona 5

Fuente: elaboración propia a partir de boletas censales

Sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado por los sistemas estadísticos en lograr captar el alcance de la cobertura de salud en la población, pareciera ser que existirían dificultades en precisar la información. El problema radicaría en poder asegurar dicho criterio y aludiría a las dificultades de obtener precisión en las respuestas requeridas a la población. Parte del desconocimiento o falta de información relativa a las transformaciones generadas en el sector, parecerían teñir de cierta confusión e imprecisión al dato relevado. De acuerdo con Del Popolo (2000, pág. 111), ya la ronda censal de censos de la década de 1990 manifiesta ciertas dificultades en la captación de esta variable, debido a confusiones en la población respecto de los conceptos involucrados.

Asimismo, cabe mencionar, a manera de reflexión, las dificultades de medición que parecen haber detectado algunos países de la región al evaluar la forma de funcionamiento de la pregunta durante el relevamiento. Por ejemplo, México menciona la necesidad de revisar la variable de cobertura y usos de los servicios de salud, debido a que, respecto de la primera de ellas, no se habría captado bien la doble derechohabencia, quizás porque el orden de las opciones no fue el adecuado. Y respecto de los servicios de salud, tal vez el problema de captación estuvo ocasionado en que la pregunta resultó ser un tanto imprecisa y requiere de una reformulación conceptual (CEPAL/CELADE, 2005).

4.3 Identidad

La inscripción al nacimiento y obtención del documento de identidad resulta ser en la actualidad la forma de acreditar de manera segura e indiscutible las condiciones de capacidad ciudadana de las personas. El registro de los individuos resulta imprescindible, por ejemplo, al momento de implementar un proceso electoral en el país o bien al otorgar planes o programas sociales a determinados grupos de población que viven en situación de vulnerabilidad.

En este caso, éste sería un claro ejemplo del rol que cumple la información que puede ser provista por los censos de población, ante la carencia de datos que debieran ser efectivamente relevados por otra fuente de información, como por ejemplo en este caso los registros. Ante la falta de cobertura y calidad de estos últimos, el censo brinda entonces la posibilidad de cubrir ciertas falencias del Sistema Estadístico Nacional.

Como ya se mencionara, las preguntas relativas a haber sido registrado en el Registro Civil y/o tener documento de identidad, derecho inalienable de las personas, se incorporaron, por ejemplo, en los cuestionarios censales Década 2000 de Bolivia, El Salvador, Paraguay, Perú y Venezuela.

En el caso de Bolivia y Venezuela, que investigó sólo la variable “inscripción en el Registro Civil”. En el primero de ellos, la pregunta se aplica a la totalidad de la población y en el segundo a la población menor de 18 años.

Paraguay y Perú incorporaron simultáneamente las variables “inscripción en el Registro Civil” y “tenencia de documento de identidad”. En el primero de ellos, las dos preguntas se aplican a la totalidad

de la población y en el segundo sólo la pregunta relativa a la inscripción en el Registro Civil, aplicando al universo de población de 18 años ó más la relativa a la tenencia de documento de identidad.

Por su parte, El Salvador incluye la pregunta sobre “tenencia de documento de identidad” aplicándola a la población de 18 años ó más.

Si bien los censos de la década del 2000 han incorporado variables, con el objetivo de satisfacer la demanda de información que contribuya a las políticas públicas nacionales, de acuerdo con CEPAL/CELADE (2005), una evaluación de las lecciones aprendidas llevada a cabo entre los países de la región manifiesta que, por ejemplo, Bolivia y Paraguay, descartarían a futuro consultar acerca de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. En el caso del primero de los países, debido a que la cédula de identidad ya incluye la tenencia de certificado de nacimiento. En el caso del segundo, la variable parece haber presentado muchos problemas de consistencia, junto con la tenencia de cédula de identidad.

RECUADRO XI.4
INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN
CUESTIONARIOS CENSALES DE LA DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: BOLIVIA (2001),
VENEZUELA (2001), PARAGUAY (2002), PERÚ (2007) Y EL SALVADOR (2007)

Bolivia (2001)

Variable: inscripción del nacimiento en el registro civil

Universo de aplicación: toda la población

CAPÍTULO D. PARA TODAS LAS PERSONAS (Solicite la presencia de las personas que durmieron en esta vivienda, incluyendo niños/as)

30 - ¿ESTÁ INSCRITO SU NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL?

Sí 3
 No 4

Venezuela (2001)

Variable: inscripción en el registro civil o en otras instituciones estatales

Universo de aplicación: población menor de 18 años

7. ¿EN ESTE HOGAR HAY PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS?

Sí
 No → **Pase a pregunta 9**

8. ¿CUÁNTAS DE ESAS PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS, NO HAN SIDO PRESENTADAS EN ALGÚN REGISTRO CIVIL, JUZGADO, ALCALDÍA, CONSULADO, HOSPITAL, CLÍNICA, AMBULATORIO, ETC.?

|

Paraguay (2002)

Variables: inscripción del nacimiento en el registro civil y tenencia de cédula de identidad

Universo de aplicación: toda la población

CAPÍTULO E. PARA TODAS LAS PERSONAS

5. ¿Se anotó su nacimiento en un Juzgado o Registro Civil, es decir, tiene partida de nacimiento?

Sí 1
 No 2
 No sabe 3

6. ¿Tiene Cédula de Identidad...

paraguaya? 1
 extranjera? 2
 paraguaya y extranjera? 3
 no tiene 4

Perú (2007)

Variable: inscripción del nacimiento en el registro civil
 Universo de aplicación: toda la población

4. ¿TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO DEL REGISTRO CIVIL?

Sí 1 No 2

Variable: tenencia de documento de identidad
 Universo de aplicación: población de 18 años y más

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS DE EDAD

26. ¿TIENE DNI (DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD)?

Sí 1 No 2

El Salvador (2007)

Variable: tenencia de documento único de identidad
 Universo de aplicación: población de 18 años y más

3a.- ¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?

(ANOTE 00 PARA MENORES DE UN AÑO Y 99 PARA 99 Y MAS AÑOS)

3b.- PARA MAYORES DE 18 AÑOS

¿TIENE USTED DUI?

SI 1 NO 2

Fuente: elaboración propia a partir de boletas censales

4.4 Programas de protección social

La situación de inequidad social, ya mencionada, que caracteriza a la población de América Latina y el Caribe en la actualidad requiere cada vez más de programas públicos que apunten a reducir la pobreza en sus múltiples dimensiones, intentando promover la integración e inclusión social de las personas. Por ejemplo, de acuerdo con Hellen Méndez de Martín Caro (2000, pág. 46), la política social hubo generado una serie de cambios que determinaron nuevas necesidades de información en Venezuela. En este caso, la autora menciona que “*la focalización aparece como paradigma en el lenguaje de los programas sociales gubernamentales, haciéndose cada vez más necesaria la información precisa de los distintos grupos de población vulnerable y en niveles de desagregación geográfica, por edades y por género*”.

De esta manera, los requerimientos de conocer los alcances de, por ejemplo, los programas de protección social se observan incluidos por Brasil, México y Venezuela, a partir de algunas de las categorías de respuesta de las preguntas dirigidas específicamente a conocer los ingresos obtenidos por las personas de 10 años y más, según tipo modalidad de otorgamiento.

Por su parte, las lecciones aprendidas a partir de la evaluación realizada por los países y que figuran sistematizadas en CEPAL/CELADE (2005) remiten a las dificultades de captación de estos fenómenos de compleja medición en el marco de un censo de población. Relacionado con este tema, por ejemplo, México hizo presente que replantearía ingresos y otros ingresos, porque tuvo dos respuestas (el monto y el período de ingresos) y la omisión de una de ellas generó mayores inconsistencias.

RECUADRO XI.5
PROGRAMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS
EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: BRASIL
(2000) Y VENEZUELA (2001)

Brasil (2000) – Cuestionario de la muestra

Variable: percepción de ingresos por algún tipo de programa social
 Universo de aplicación: población de 10 años y más



PARA AS PESSOAS COM 10 ANOS OU MAIS DE IDADE (Nascidas até 31/07/1990)

POSSUÍA RENDIMENTOS EM JULHO DE 2000 PROVENIENTES DE:			
4.57 - APOSENTADORIA, PENSÃO?	<input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM	R\$	00,00
4.58 - ALUGUEL?	<input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM	R\$	00,00
4.59 - PENSÃO ALIMENTÍCIA, MESADA, DOAÇÃO RECEBIDA DE NÃO-MORADOR?	<input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM	R\$	00,00
4.60 - RENDA MÍNIMA/BOLSA-ESCOLA, SEGURO-DESEMPREGO, ETC? (Programas oficiais de auxílio)	<input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM	R\$	00,00
4.61 - OUTROS?	<input type="checkbox"/> 0 - NÃO TEM	R\$	00,00

Venezuela (2001)

Variable: percepción de ingresos por algún tipo de programa social
 Universo de aplicación: mujeres de 12 años y más

35. RECIBIÓ INGRESOS EL MES PASADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS Y CUÁNTO:

Renta | | | | | | | | | | 00

Pensión | | | | | | | | | | 00

Jubilación | | | | | | | | | | 00

Becas de origen público o privado | | | | | | | | | | 00

Ayudas de origen público o privado | | | | | | | | | | 00

Seguro de paro forzoso | | | | | | | | | | 00

Pensión alimentaria | | | | | | | | | | 00

Otros | | | | | | | | | | 00

Ninguno

PARA TODAS LAS MUJERES DE 12 AÑOS O MÁS

Fuente: elaboración propia a partir de boletas censales

4.5 Alimentación

Como ya se mencionara, entre los compromisos internacionales asumidos por los Estados parte se encuentra aquel relativo al objetivo de erradicar la pobreza y reducir el hambre en el mundo (ODM 1). En este sentido, las posibilidades de contar con indicadores fiables relativos a la alimentación y nutrición se han volcado en implementar encuestas específicas relativas a estas temáticas.

En este sentido, respecto de los censos de población, entre todos los países de América Latina y el Caribe, sólo Colombia incorpora una pregunta dirigida a toda la población, en la que indaga acerca de carencias en la alimentación.

RECUADRO XI.6 ALIMENTACIÓN. EJEMPLO DE PREGUNTAS INCORPORADAS EN CUESTIONARIOS CENSALES DÉCADA 2000 EN PAÍSES SELECCIONADOS: COLOMBIA (2005-2006)

Colombia (2005-2006)
Variable: carencia de alimentación
Universo de aplicación: toda la población

C. MÓDULO DE PERSONAS (haga estas preguntas a TODAS las personas del hogar)

35. ¿Por FALTA de dinero, ... no consumió NINGUNA de las tres COMIDAS BÁSICAS (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?

1 Sí

1.1 ¿Cuántos días?

2 No

Fuente: elaboración propia a partir de boletas censales

La complejidad propia a este fenómeno generaría más dudas que certezas acerca de la confiabilidad y validez de la información censal relevada en torno a la temática de la alimentación en la población. Por ese motivo, se considera que resultaría imprescindible profundizar el análisis en relación a la inclusión de preguntas de este tipo en los futuros censos de población.

5. Conclusiones

Entre las principales conclusiones que se deducen del desarrollo expuesto hasta el momento es posible precisar las siguientes:

En relación a la relevancia actual de la protección social en la agenda pública latinoamericana, se percibe el paulatino afianzamiento del análisis de las variables sociodemográficas desde la perspectiva de los derechos humanos como marco de las políticas de protección social. Ello se registra en América Latina y el Caribe en un simultáneo contexto regional caracterizado por una persistente desigualdad social, una alta incidencia de la pobreza, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad y problemas no resueltos de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la relevancia de los requerimientos nacionales relativos a información estadística sobre protección social, la cantidad y diversidad de preguntas, así como las diferentes modalidades tanto en los universos de aplicación como en la operacionalización de las preguntas, manifiesta que habrá primado el criterio de otorgar prioridad a los requerimientos de datos específicos en el país.

En este sentido, pareciera ser que la posibilidad de asegurar cierta comparabilidad internacional en la información relevada sería un criterio de difícil alcance al considerar la diversidad de situaciones que caracteriza a esta temática en los países de la región. Ellas formarían parte de una agenda de trabajo futura en la que se puedan ver reflejadas las actividades de planificación y organización de sectores como el de salud y seguridad social, en la actualidad en proceso de transformación y reorganización al interior de cada país.

En tercer lugar, el censo de población ha asumido un rol particular en los países latinoamericanos. En América Latina y el Caribe se rescata el esfuerzo de los países por contribuir con estadísticas censales confiables y oportunas relativas a la protección social, que bien podrían ser mejor obtenidas a partir de registros continuos o encuestas, pero que necesariamente requieren ser contempladas en el censo al no contarse hasta el momento con registros confiables.

En la medida en que las deficiencias propias de las región hacen que registros continuos y encuestas a hogares no alcancen a satisfacer estos requerimientos de información, los censos de población se visualizarían entonces como una fuente de datos factible de incluir nuevos temas, en cierta medida de compleja medición, en sus cuestionarios censales.

En muchos países de la región, la fuente censal representa, en cierto sentido, prácticamente la única fuente de datos del sistema estadístico nacional, proveyendo información imprescindible no sólo para la planificación y desarrollo, sino también para la evaluación de los programas sectoriales aplicados en el país.

Los comentarios surgidos a partir del análisis de las variables incorporadas en los cuestionarios censales de la década del 2000 dicen relación con la carencia de registros continuos que brinden información respecto a indicadores sobre protección social, elaborados a partir de fuente censal. En ese sentido:

- El censo podría contribuir a cuantificar a la población respecto de su situación en relación con la inscripción al nacimiento a partir de una pregunta aplicada a todas las personas en el cuestionario censal.
- Cierta mejora en la captación de la población cubierta por la seguridad social ameritaría contemplarse a la luz de incorporar una pregunta específica acerca de la “**percepción de jubilación o pensión**” dirigida a toda la población. En este caso, la posibilidad de incorporar simultáneamente preguntas relativas a los “**descuentos o aportes para la jubilación**”, dirigida a la población ocupada, redundaría en contar con información factible de ser utilizada en términos de políticas de previsión social.
- Las variables relativas al alcance de la **cobertura en salud y uso de dichos servicios** parecieran constituirse en preguntas requeridas por los usuarios gubernamentales, ante la falta de un sistema estadístico integrado que dé cuenta de este tipo de información tanto para los niveles nacionales como para las áreas locales. De todas maneras, debido a la complejidad propia del sector salud, ante las transformaciones generadas en su ámbito interno, así como también por cierto desconocimiento o falta de precisión por parte de la población respecto del sistema de salud, se consideraría importante realizar todas las pruebas necesarias con el fin de asegurar que la pregunta cumple con los criterios de validez y confiabilidad requeridos en todo proceso de medición.
- La inclusión de variables tales como “**padecimiento de enfermedades crónicas**” y “**atención de dicha enfermedad por el sistema de seguridad social**”, debido a la complejidad de su medición, requerirían que su inclusión fuera evaluada a partir de las necesidades propias de cada país y, en particular, en un marco de metodología censal muy diferente al de un censo de hecho implementado en un día de trabajo de campo.

- Respecto de las preguntas relativas a la **alimentación y nutrición**, la complejidad propia a este fenómeno generaría la necesidad de profundizar en el análisis del real uso de este tipo de datos por parte de los organismos sectoriales con vistas a monitorear el alcance de las políticas implementadas en pos de paliar la pobreza y el hambre entre la población.
- De todas maneras, entre las **ventajas** que manifiesta la incorporación de preguntas sobre protección social en los cuestionarios censales, se considera que indicadores sobre protección social, elaborados a partir de fuente censal, brindarían información que redundaría en un **conocimiento focalizado del fenómeno** y sería **especialmente útil para generar políticas de protección social en áreas menores o locales**.

En cuanto a las apreciaciones a considerar al momento de evaluar la inclusión de una temática relativa a la protección social, un aspecto no menor a tener en cuenta sería el poder verificar que la población tenga la voluntad y la habilidad de brindar una información adecuada acerca del tema sobre el cual está siendo preguntada.

En síntesis, el Censo debe ser visualizado como parte de un sistema integrado de fuentes de datos, un sistema de fuentes de información en el que cada una de ellas manifiesta en su propia naturaleza tanto ventajas como limitaciones, el diseño conceptual del censo debería ser concebido desde una visión integral respecto de la información que brindan otras fuentes de información sociodemográfica. De este modo se buscaría lograr una mayor complementariedad y evitar superposiciones con otros relevamientos del sistema estadístico nacional, con la finalidad de reducir costos y permitir un uso más eficiente de los datos de diferentes fuentes.

Bibliografía

- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2008), *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe* (LC/L.2864-P), Serie Población y Desarrollo No. 82, Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.9.
- ____ (2005), *Lecciones Aprendidas de los Censos de Población de la Década 2000 Principales resultados derivados de la encuesta dirigida a Oficinas de Estadística en el año 2003*, Proyecto BID-CELADE/CEPAL, ATN/SF-7384-RG: "Difusión y utilización de los censos de la década de 2000", [en línea] <http://www.eclac.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/24371/encuesta-lecciones.pdf>
- Del Popolo, Fabiana (2000) "Encuesta sobre la experiencia censal en aspectos conceptuales. Informe preliminar", en CEPAL/CELADE (2000), *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000* (LC/L.1204-P/E), Serie Manuales No 1, Santiago de Chile; CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9.
- Giusti, Alejandro y Rodríguez Gauna, Cecilia (2000) "Dos desafíos de los censos argentinos: la medición de la condición de actividad en el censo de 1991 y la categoría ocupacional en el censo del 2000", en CEPAL/CELADE (2000), *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000* (LC/L.1204-P/E), Serie Manuales No 1, Santiago de Chile; CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9.
- Huenchuan, Sandra (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas* (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.94.
- Méndez de Martín Caro, Hellen (2000). "Propuestas de temas a investigar en el censo venezolano: conclusiones del Consejo Técnico", en CEPAL/CELADE (2000), *América Latina: aspectos conceptuales de los censos del 2000* (LC/L.1204-P/E), Serie Manuales No 1, Santiago de Chile; CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.9.
- Naciones Unidas (2008), *Principles and recommendations for population and housing censuses. Revisión 2*, Series M. No. 67/Rev. 2. Nueva York, USA. Publicación de las naciones Unidas.
- ____ (1998) "Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Habitación. Revisión 1", Nueva York. Publicación de las naciones Unidas.

Anexos

Anexo 1

Programa

Seminario-Taller

Los censos de 2010 y la salud

CEPAL, Santiago de Chile, 2 al 4 de noviembre de 2009

Lunes 2 de Noviembre, 2009

(Sala Celso Furtado)

8:30 – 9:30 Registro de participantes

Sesión 1

Inauguración y visión general del potencial de los censos en los estudios de salud

9:30 – 10:15 Inauguración

Dirk Jaspers-Faijjer, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL
Oscar Barrios, Grupo de trabajo sobre censos CEA/CEPAL
Carlos Ellis, UNFPA

10:15 – 11:00 Exposiciones:

Salud y protección social en el contexto de la dinámica demográfica y en el marco de los derechos humanos (Dirk Jaspers-Faijjer, CELADE-División de Población de la CEPAL)

Visión general del potencial de los censos en los estudios de salud (Magda Ruiz, CELADE-División de Población de la CEPAL)

11:00 – 11:30 Café

Sesión 2

Acerca de la inclusión del enfoque de género

Moderador: Guillem Fortuny, UNFPA

11:30 – 12:30 *Acerca de la inclusión del enfoque de género en los censos* (Susana Schkolnik, UNFPA)

Comentarios de Vivian Milosavljevic, División de Asuntos de Género, CEPAL

Comentarios de Jimena Arias, División de Asuntos de Género, CEPAL

Preguntas y comentarios

12:30-14:30 Almuerzo

Sesión 3

Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez

Moderadora: Guiomar Bay, CELADE-División de Población de la CEPAL

14:30-15:30 *Preguntas retrospectivas para la medición de la fecundidad y de la mortalidad en la niñez* (Juan Chackiel, UNFPA)

- *Fecundidad y salud sexual y procreación responsable. Situación argentina* (María Luciana Rosemberg, INDEC, Argentina)

- *Experiencia nacional en estudios de fecundidad* (María Eugenia Guzmán, INE, Guatemala)

15:30 - 16:00 Preguntas y comentarios

16:00 - 16:30 Café

Sesión 4**Análisis de la fecundidad y la mortalidad en la niñez (continuación)**

Moderadora: Mary Carmen Villasmil, UNFPA

- 16:30-17:30 • *Preguntas retrospectivas para la medición de la fecundidad y de la mortalidad en la niñez* (Juan Chackiel, UNFPA)
Estimación indirecta de la mortalidad infantil a partir de los datos censales Uruguay, censos años 1975 y 1985 (Nelly Niedworok, INE, Uruguay)
- *Evaluación de la medición de la sobrevivencia de hijos en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001* (Mónica Bankirer, INDEC, Argentina)
- 17:30-18:00 • Preguntas y comentarios
18:00 Coctel de bienvenida

Martes 3 de noviembre**Sesión 5****Análisis de la mortalidad adulta**

Moderadora: Maren Jiménez, CELADE-División de Población de la CEPAL

- 09:00-10:00 • *Estimación de la mortalidad adulta* (Juan Chackiel, UNFPA)
• *El Salvador. Censo 2007. Defunciones generales y maternas* (Roberto Guardado, DIGESTYC, El Salvador)
• *Experiencia nacional* (Oscar Barrios, DGEEC, Paraguay)
- 10:00-10:30 • Preguntas y comentarios
10:30-11:00 *Café*

Sesión 6**Aspectos de la salud reproductiva: fecundidad adolescente y mortalidad materna**

Moderador: Jorge Rodríguez, CELADE-División de Población de la CEPAL

- 11:00-12:00 • *Qué aspectos de la salud reproductiva se han derivado de los censos. La experiencia de la región* (Laura Wong, consultora del CELADE-División de Población de la CEPAL)
• *El censo de población como fuente para la medición de la mortalidad materna: el caso de la República Dominicana en 2002* (Francisco Cáceres, ONE, República Dominicana)
• *Mortalidad materna en Paraguay* (Fulvia Brizuela, Paraguay)
- 12:00-12:30 • Preguntas y comentarios
13:00-14:30 Almuerzo

Sesión 7**Análisis de la cobertura de las estadísticas vitales**

Moderador: Leandro Reboiras, CELADE-División de Población de la CEPAL

- 14:30-15:30 • *Cobertura de las estadísticas vitales a partir de la información recogida en censos o derivada de ellos, experiencias y lecciones aprendidas en la región* (Odette Tacla, Consultora del CELADE-División de Población de la CEPAL)
• *Experiencia nacional* (Myriam Villarroel, INE, Chile)
• *Análisis de la cobertura de estadísticas vitales - Experiencia Colombia - 2005* (Erika María Vargas, DANE, Colombia)
- 15:30 - 16:00 • Preguntas y comentarios del público y expositores
16:00 - 16:30 *Café*

Sesión 8**Discapacidad**

Moderador: Tim Miller, CELADE-División de Población de la CEPAL

- 16:30-17:40 • La medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas (Susana Schkolnik, UNFPA)
- La información sobre las personas con discapacidades en el marco jurídico y las políticas de los países latinoamericanos (Fernanda Stang, CELADE-División de Población de la CEPAL)
 - Discapacidad. Preparativos para el Censo 2010, México (Rita Velázquez, INEGI, México)
 - La boleta del censo de 2010 y la discapacidad (Eyra Montenegro de Ramos, Dirección de Estadística y Censo, Panamá)
- 17:40-18:10 • Preguntas y comentarios

Miércoles 4 de noviembre**Sesión 9****Salud y enfoque étnico en los censos**

Moderadora: Ana María Oyarce, CELADE-División de Población de la CEPAL

- 09:00-10:00 • *Enfoque étnico y salud: el aporte de los censos de población y desafíos para la década 2010 y otras fuentes de datos* (Fabiana Del Popolo, CELADE-División de Población de la CEPAL)
- *Experiencia nacional* (Cynthia Ferreira, INEC, Ecuador)
 - *Experiencia nacional* (Arturo Arias, INEI, Perú)
- 10:00-10:30 • Preguntas y comentarios
- 10:30-11:00 • Café

Sesión 10**Análisis de la seguridad social en salud, pensiones, jubilaciones y otros indicadores de bienestar**

Moderador: Carlos Ellis, UNFPA

- 11:00-12:00 • *Indicadores de protección social a partir de la fuente censal* (Gladys Massé, consultora del CELADE-División de Población de la CEPAL)
- *Principales usos de la información censal en el análisis de la cobertura de los servicios de salud y seguridad social en Costa Rica* (Karla Jinesta, INEC, Costa Rica)
- 12:00-12:30 • Preguntas y comentarios

Sesión 11**Reflexiones finales y conclusiones del taller**

Moderadora: Magda Ruiz, CELADE-División de Población de la CEPAL

- 12:30-13:00 • Lectura de las principales conclusiones del taller
- 13:00-13:30 • Clausura

Anexo 2

Lista de participantes

Argentina

1. María Luciana Rosemberg – Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
(mrosem@indec.mecon.gov.ar)
2. Mónica Bankirer – Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)
(mbank@indec.mecon.gov.ar)

Chile

3. Miriam Villarroel – Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (myriam.villarroel@ine.cl)

Colombia

4. Erica Vargas – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
(emvargas@dane.gov.co)

Costa Rica

5. Karla Jinesta – Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (karla.jinesta@inec.go.cr)

Cuba

6. Diego Enrique González – Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (enrique@one.cu)

Ecuador

7. Cynthia Ferreira – Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (cynthia_ferreira@inec.gov.ec)

El Salvador

8. Edgar Roberto Guardado – Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC)
(roberto.guardado@digestyc.gob.sv)

Guatemala

9. María Eugenia Guzmán Chete – Instituto Nacional de Estadística (INE) (eguzman@ine.gob.gt)

México

10. Rita Velázquez – Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
(rita.velazquez@inegi.org.mx)

Naciones Unidas

11. Carlos Ellis, Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) (Panamá) (ellis@unfpa.org)
12. Guillem Fortuny, Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) (Panamá) (fortuny@unfpa.org)
13. Mary Carmen Villasmil, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Venezuela)
(Mary.Villasmil@undp.org)
14. Daniel Macadar, consultor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Uruguay)
(daniel.macadar@gmail.com)
15. Susana Schkolnik, consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO)
(susanase@vtr.net)
16. Juan Chackiel, consultor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO)
(juan.chackiel@gmail.com)

17. Sonia Montaña, División de Asuntos de Género de la CEPAL (DAG-CEPAL)
(sonia.montano@cepal.org)
18. Vivian Milosavljevic, División de Asuntos de Género de la CEPAL (DAG-CEPAL) (vivian.milosavljevic@cepal.org)
19. Jimena Arias, División de Asuntos de Género de la CEPAL (DAG-CEPAL)
(jimena.arias@cepal.org)

Panamá

20. Andy Ruiz – Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) (eyramos@contraloria.gob.pa)
21. Eyra Montenegro de Ramos – Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)
(andruiz@contraloria.gob.pa)

Paraguay

22. Oscar Barrios – Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC)
(oba@dgeec.gov.py)
23. Fulvia Brizuela – experta invitada (fulviabrizuela@gmail.com)

Perú

24. Arturo Jaime Arias - Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
(arturo.arias@inei.gob.pe)

República Dominicana

25. Francisco Cáceres – Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (francisco.caceres@one.gov.do)
26. Mildred Martínez – Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (mildred.martinez@one.gov.do)

República Bolivariana de Venezuela

27. Gerardo Correa – Instituto Nacional de Estadística (INE) (correage@yahoo.com)

Uruguay

28. Nelly Niedworok – Instituto Nacional de Estadística (INE) (nellyteresita@adinet.com.uy)

CEPAL/CELADE

29. Dirk Jaspers-Faijer (dirk.jaspers@cepal.org)
30. Maren Jiménez (maren.jimenez@cepal.org)
31. Jorge Rodríguez (jorge.rodriguez@cepal.org)
32. Sandra Huenchuán (sandra.huenchuan@cepal.org)
33. Guiomar Bay (guiomar.bay@cepal.org)
34. Tim Miller (tim.miller@cepal.org)
35. Magda Ruiz (magda.ruiz@cepal.org)
36. Leandro Reboiras (leandro.reboiras@cepal.org)
37. Jorge Martínez (jorge.martinez@cepal.org)
38. Paulo Saad (paulo.saad@cepal.org)
39. Fabiana del Popolo (fabiana.delpopolo@cepal.org)
40. Ana María Oyarce (anamaria.oyarce@cepal.org)
41. Alejandra Silva (alejandra.silva@cepal.org)
42. Fernanda Stang (fernanda.stang@cepal.org)
43. Odette Tacla (odette.tacla@ine.cl)
44. Gladys Massé (gladysmasse@fibertel.com.ar)
45. Laura Rodríguez Wong (lwong@cedeplar.ufmg.br)
46. Daniela González (daniela.gonzález@cepal.org)

47. Laura García (laura.garcia@cepal.org)
48. Carla Parraguez (carla.parraguez@cepal.org)
49. Mauricio Holz (mauricio.holz@cepal.org)
50. Magdalena Soffia (magdalena.soffia@cepal.org)
51. Ulla Suulamo (ulla.suulamo@cepal.org)
52. Tuuli Pajunen (tuuli.pajunen@cepal.org)



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

seminarios y conferencias

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

- 59 Los censos de 2010 y la salud. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3253-P), N° de venta: S.10.II.G.58 (US\$ 20.00). 2010.
- 58 Primer encuentro para la Réplica en Innovación Social: “La mediación, el secreto para prevenir la violencia escolar”. División de Desarrollo Social, (LC/L.3034-P), N° de venta: S.09.II.G.92 (US\$ 20.00). 2009.
- 57 Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3095-P), N° de venta: S.09.II.G.79 (US\$ 20.00), 2009.
- 56 La cartografía censal en América Latina para la ronda de censos 2010, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3070-P), N° de venta: S.09.II.G.69 (US\$ 20.00), 2009.
- 55 Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Ana Sojo (editora), (LC/L.3034-P), N° de venta: S.09.II.G.39 (US\$ 20.00). 2009.
- 54 Las finanzas públicas y el pacto fiscal en América Latina. Documentos y ponencias presentados en el XX. Seminario Internacional de Política Fiscal, Santiago de Chile, 28 al 31 de enero de 2008. Ricardo Martner (editor), (LC/L.2977-P), N° de venta: S.08.II.G.86 (US\$ 20.00). 2008.
- 53 Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población (LC/L.2956-P), N° de venta: S.08.II.G.70 (US\$ 20.00). 2008.
- 52 Futuro de las familias y desafíos para las políticas. Irma Arriagada (editora), (LC/L.2888-P), N° de venta: S.08.II.G.25 (US\$ 20.00). 2008.
- 51 Planificar y presupuestar en América Latina. Ricardo Martner (LC/L.2859-P; LC/IP/L.287), N° de venta: S.08.II.G.4 (US\$ 20.00). 2008.
- 50 Integración de políticas, sostenibilidad y agroclaturización en la pampa argentina y áreas extrapampeanas. Santiago de Chile, 10 de abril de 2006, David Manuel-Navarrete y Gilberto Gallopín (LC/L.2744-P), N° de venta: S.07.II.G.80. (US\$ 10.00), 2007.
- 49 Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias. Irma Arriagada (LC/L.2648-P), N° de venta: S.06.II.G.174 (US\$15.00), 2007.
- 48 Reunión de expertos sobre insumos sociodemográficos para la gestión y el desarrollo local. Jorge Rodríguez, editor, octubre, 2006. (LC/L.2581-P), N° de venta: S.06.II.G.111 (US\$15.00), 2006.
- 47 Reformas constitucionales y equidad de género. Informe final del Seminario internacional Santa Cruz de la Sierra 21,22 y 23 de febrero de 2005" autoras Sonia Montañó y Verónica Aranda (LC/L.2489-P). N° de venta: S.06.II.G.22 (US\$20.00), 2006.
- 46 Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Irma Arriagada (editora), (LC/L.2373-P), N° de venta: S.05.II.G.118 (US\$ 20.00), 2005.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre: Actividad: Dirección: Código postal, ciudad, país: Tel.: Fax: E.mail:
