

2012



Panorama Social
de América Latina



NACIONES UNIDAS

CEPAL

2012



Panorama Social de América Latina



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva

Antonio Prado

Secretario Ejecutivo Adjunto

Martín Hopenhayn

Director de la División de Desarrollo Social

Luis Beccaria

Director de la División de Estadística

Dirk Jaspers_Faijer

Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –
División de Población de la CEPAL

Diane Quarless

Directora de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe

Ricardo Pérez

Director de la División de Documentos y Publicaciones

El *Panorama Social de América Latina* es preparado anualmente por la División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la CEPAL, dirigidas por Martín Hopenhayn y Luis Beccaria, respectivamente, y cuenta con la participación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, dirigido por Dirk Jaspers. En esta edición se contó, además, con la colaboración de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe.

La edición 2012 fue coordinada por Martín Hopenhayn, Ana Sojo y Xavier Mancero, quienes junto a Diane Alméras, Verónica Amarante, Ernesto Espíndola, Francis Jones, Nieves Rico, Cecilia Rossel, Sheila Stuart y Pablo Villatoro se encargaron de la redacción de los capítulos. En la preparación de los insumos sustantivos y el procesamiento estadístico colaboraron Mario Acuña, Daniela Aguirre, María Elisa Bernal, Macarena Bonhomme, Fabiana del Popolo, Andrés Espejo, Ernesto Espinoza, Fabiola Fernández, Marco Galván, Maximiliano García, Candice González, Sandra Huenchuan, Alejandra Machado, Jorge Martínez, Tim Miller, Sinovia Moonie, Javiera Rauld, Leonardo Reboiras, Jorge Rodríguez, Nora Ruedi, Javiera Torres y Daniela Trucco.



Notas explicativas

En esta publicación, el término “país” se refiere a entidades territoriales, ya sean Estados conforme al derecho y a la práctica internacionales o territorios para los cuales se mantienen datos estadísticos en forma separada e independiente.

Tres puntos (...) indican que los datos faltan, no constan por separado o no están disponibles.

Dos rayas y un punto (-) indican que el tamaño de la muestra no resulta suficiente para estimar la categoría respectiva con una confiabilidad y precisión adecuadas.

La raya (-) indica que la cantidad es nula o despreciable.

Un espacio en blanco en un cuadro indica que el concepto de que se trata no es aplicable o no es comparable.

Un signo menos (-) indica déficit o disminución, salvo que se especifique otra cosa.

El guión (-) puesto entre cifras que expresen años, por ejemplo 1990-1998, indica que se trata de todo el período considerado, ambos años inclusive.

La barra (/) puesta entre cifras que expresen años (por ejemplo, 2003/2005) indica que la información corresponde a alguno de esos años.

La palabra “dólares” se refiere a dólares de los Estados Unidos, salvo indicación contraria.

Debido a que a veces se redondean las cifras, los datos parciales y los porcentajes presentados en los cuadros no siempre suman el total correspondiente.

Publicación de las Naciones Unidas

ISBN: 978-92-1-221105-3 • ISSN impreso: 1020-5152

LC/G.2557-P • Número de venta: S.13.II.G.6

Copyright © Naciones Unidas, enero de 2013. Todos los derechos están reservados

Impreso en Santiago de Chile • 2012-959

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. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Síntesis	11
Parte I	
Pobreza, distribución del ingreso y desconfianza ciudadana	53
Capítulo I	
Avances recientes en la reducción de la pobreza	55
A. Pobreza	55
1. Contexto económico	55
2. Evolución reciente de la pobreza	57
3. Factores relacionados con los cambios en materia de pobreza	61
B. Rasgos de la pobreza	63
1. Perfiles de pobreza	65
2. Probabilidades de pobreza	72
C. Dos miradas complementarias a la pobreza absoluta	77
1. Pobreza monetaria relativa	77
2. La pobreza de tiempo	81
Bibliografía	84
Anexo	86
Capítulo II	
Desigualdad distributiva y percepciones	89
A. Desigualdad distributiva	89
1. Desigualdad de los ingresos per cápita	89
2. Desigualdad de los ingresos laborales	92
3. Perfiles de los ocupados	94
B. Percepciones distributivas y desconfianza ciudadana: evolución reciente y factores asociados	96
1. Evolución reciente de las percepciones distributivas y de la desconfianza ciudadana	96
2. Percepciones y factores objetivos	100
3. Discusión e implicaciones	105
Bibliografía	107
Anexo	109

Parte II

Algunos aspectos del cuidado en América Latina y el Caribe: empleo, gasto de los hogares y personas con discapacidad	115
Introducción: ¿qué es el cuidado?	117

Capítulo III

El empleo en el sector del cuidado en América Latina	131
A. Introducción	131
B. Debate conceptual y metodológico	135
C. El empleo en el sector del cuidado en América Latina	138
1. Tamaño y evolución reciente	139
2. Composición del empleo en el sector del cuidado.....	142
D. Características de los trabajadores del cuidado	143
E. Condiciones laborales	151
F. Empleo doméstico en América Latina: vulnerabilidades y discriminación en un contexto de crisis	159
1. Migración femenina y servicio doméstico.....	161
2. Crisis y migración.....	162
G. Reflexiones finales	163
Bibliografía	164
Anexo	168

Capítulo IV

Tendencias recientes del gasto social y un perfil del gasto privado en materia de cuidados en la región	171
A. El gasto social en América Latina	171
1. Tendencias regionales recientes y de largo plazo	172
2. La evolución de largo plazo del gasto social en los países	174
3. Disminución de la prociclicidad del gasto social	176
4. La evolución del gasto sectorial.....	177
B. El gasto de los hogares en cuidado: perfil socioeconómico y demográfico.....	180
1. Captación del gasto en cuidados por las diversas encuestas.....	182
2. Algunas características seleccionadas de los hogares latinoamericanos en torno al gasto en cuidados.....	184
3. La irreductibilidad del cuidado en hogares pobres y no pobres	185
4. La desigual distribución socioeconómica del gasto en cuidado de los hogares	186
5. El cuidado en hogares con niños pequeños	187
6. El gasto en cuidados en hogares con adultos de edad avanzada.....	188
Bibliografía	192

Capítulo V

Autonomía e independencia: el cuidado de las personas con discapacidad	193
A. Introducción	193
B. Cuidado para una vida independiente: aproximación conceptual.....	195
C. Magnitud de la discapacidad en los países de América Latina y el Caribe.....	198
1. Discapacidad y brecha de género	201
2. Discapacidad y zonas de residencia.....	203
3. Discapacidad y condición étnica	203
4. Discapacidad e ingresos de los hogares.....	204
D. Vivir con diferentes tipos y niveles de discapacidad.....	205
1. Tipos de discapacidad: prevalencia en América Latina y el Caribe	206
2. Acceso a la educación según tipos de discapacidad	207
3. Actividad económica según tipos de discapacidad.....	209

E. El cuidado de las personas con discapacidad	211
1. Modalidades de convivencia de las personas con discapacidad	212
2. Necesidades, cuidadores y modalidades de cuidado	213
3. Autonomía y protección de los derechos sociales	217
F. Recapitulación	223
Bibliografía	225
Anexo	228
Capítulo VI	
Las políticas del cuidado: situación y desafíos en América Latina y el Caribe	233
A. Políticas y programas vigentes	234
B. Fundamento del pacto social en torno al cuidado	238
C. Políticas públicas para avanzar en materia de cuidado	239
D. El financiamiento del cuidado desde la perspectiva de la protección social y el aseguramiento	242
Bibliografía	245
Anexo	247
Publicaciones de la CEPAL	249
Cuadros	
Cuadro I.1 América Latina (20 países): evolución de algunos indicadores socioeconómicos, 2000-2011	56
Cuadro I.2 América Latina (16 países): cambios en la pobreza y contribución de los efectos de crecimiento y distribución	63
Cuadro I.3 América Latina (18 países): parámetros del cociente de probabilidades de pobreza, 2011	73
Cuadro I.A-1 América Latina (18 países): indicadores de pobreza e indigencia, 1990-2011	86
Cuadro II.A-1 América Latina (18 países): distribución del ingreso de los hogares, 1990-2010	109
Cuadro II.A-2 América Latina (18 países): indicadores de concentración del ingreso, 1990-2010	111
Cuadro II.A-3 Percepción de injusticia distributiva e indicadores objetivos	113
Cuadro II.A-4 Desconfianza en las instituciones e indicadores objetivos	113
Cuadro II.A-5 América Latina: regímenes de bienestar, según distintos autores	114
Cuadro III.1 Definiciones y criterios de inclusión de ocupaciones asociadas al cuidado	136
Cuadro III.2 América Latina: delimitación del empleo en el sector del cuidado mediante encuestas de hogares	138
Cuadro III.3 América Latina (14 países): perfil etario de los trabajadores remunerados del cuidado, por país, alrededor de 2000 y 2010	146
Cuadro III.4 América Latina (14 países): años de escolaridad de trabajadores en el sector del cuidado y el resto de los ocupados, por país, alrededor de 2010	147
Cuadro III.5 América Latina (14 países): incidencia de la informalidad en los trabajadores del cuidado, según subsectores, alrededor de 2000 y 2010	152
Cuadro III.6 América Latina (14 países): incidencia del pluriempleo entre los trabajadores del cuidado, según sexo y subsector, alrededor de 2010	154
Cuadro III.7 América Latina (14 países): diferencias salariales de los trabajadores del cuidado con el resto de los ocupados, alrededor de 2010	155
Cuadro III.8 América Latina (14 países): diferencias salariales de distintos grupos de trabajadores del cuidado con el resto de los ocupados, brechas ajustadas, alrededor de 2010	156
Cuadro III.9 América Latina (14 países): diferencias salariales de los trabajadores del cuidado en educación y salud con el resto de los ocupados, alrededor de 2010	157
Cuadro III.10 Ecuador, México y Panamá: población migrante y no migrante en el servicio doméstico, 2010	161
Cuadro III.A-1 América Latina: evaluación general de la calidad de los datos de las encuestas de hogares para identificar el empleo en cuidados	168
Cuadro III.A-2 América Latina (14 países): coeficientes de correlación entre variables de empleo en cuidados y variables económicas y demográficas, 2010	169

Cuadro III.A-3	América Latina (14 países): edad promedio de los trabajadores del cuidado, según categoría ocupacional, 2010.....	169
Cuadro III.A-4	América Latina (14 países): distribución de trabajadores del sector del cuidado, según categoría ocupacional, 2010.....	170
Cuadro III.A-5	América Latina: mujeres migrantes en el servicio doméstico, por país de nacimiento y país de residencia, 2000.....	170
Cuadro IV.1	América Latina y el Caribe (21 países): gasto público total, gasto público social y gasto público no social, 2008 a 2011.....	173
Cuadro IV.2	América Latina (14 países): estructura del gasto en cuidados según valores promedio y frecuencia de sus componentes	183
Cuadro IV.3	América Latina (14 países): características seleccionadas de los hogares que declaran efectuar gastos en cuidados	184
Cuadro IV.4	América Latina (14 países): gasto en cuidados según quintiles de ingreso per cápita de los hogares y sexo del jefe de hogar, alrededor de 2005.....	187
Cuadro IV.5	América Latina (14 países): gasto en cuidados según presencia de niños menores de 5 años y ocupación de la mujer del núcleo conyugal, alrededor de 2005.....	188
Cuadro V.1	América Latina y el Caribe: prevalencia de la discapacidad por edad y sexo.....	202
Cuadro V.2	América Latina y el Caribe (17 países y territorios): personas de 13 a 18 años con discapacidad escolarizadas, por tipo de discapacidad	208
Cuadro V.3	América Latina y el Caribe (17 países y territorios): personas con discapacidad económicamente activas de 15 años y más, por tipo de discapacidad.....	210
Cuadro V.4	El Caribe: tasas de empleo de las personas en edad de trabajar con y sin discapacidad, por sexo	211
Cuadro V.A-1	América Latina y el Caribe: población con discapacidad, según países, 2000-2011	228
Cuadro V.A-2	América Latina y el Caribe: programas gubernamentales de pensiones para las personas con discapacidad.....	229
Cuadro VI.1	América Latina y el Caribe (países seleccionados): sistematización de programas cuyo objetivo principal es el cuidado	237
Cuadro VI.A-1	América del Sur: principales características de la legislación sobre trabajadores domésticos, 2010	247
Cuadro VI.A-2	Centroamérica, México y República Dominicana: principales características de la legislación sobre trabajadores domésticos, 2010.....	248
Diagramas		
Diagrama I.1	Umbral de pobreza multidimensional y regímenes de pobreza.....	83
Diagrama V.1	Relaciones de la discapacidad y del cuidado.....	196
Diagrama V.2	Diferencias entre integración e inclusión educativas.....	219
Gráficos		
Gráfico I.1	América Latina: evolución de la pobreza y de la indigencia, 1980-2012	57
Gráfico I.2	América Latina (12 países): variación anual de los indicadores de pobreza, 2010-2011.....	58
Gráfico I.3	América Latina (16 países): variación anual de los indicadores de pobreza, 2008-2011.....	59
Gráfico I.4	América Latina (16 países): variación anual del ingreso total per cápita en los hogares pobres, por fuente de ingresos, 2008-2011 y 2010-2011	61
Gráfico I.5	América Latina (15 países): variación anual de los componentes del ingreso laboral por persona en los hogares pobres, 2008-2011 y 2010-2011	62
Gráfico I.6	América Latina: rasgos de las personas pobres y no pobres, alrededor de 2011	66
Gráfico I.7	América Latina: incidencia de algunas características entre las personas pobres y no pobres, por grupos de países, alrededor de 2011	70
Gráfico I.8	América Latina: incidencia de algunas características entre las personas pobres y no pobres, 1999-2010	72

Gráfico I.9	América Latina: parámetros del cociente de probabilidades de pobreza, 2011	75
Gráfico I.10	América Latina (18 países): probabilidad de pobreza de un hogar según sus características, 2011	76
Gráfico I.11	América Latina: parámetros del cociente de probabilidades de pobreza, 1999 y 2011	76
Gráfico I.12	América Latina (18 países): relación entre la línea de pobreza relativa y la línea de pobreza absoluta, año más reciente	79
Gráfico I.13	América Latina (18 países): incidencia de la pobreza relativa y de la pobreza absoluta, alrededor de 2011	79
Gráfico I.14	América Latina (6 países): cambios en la pobreza absoluta y la pobreza relativa, 2002-2011	81
Gráfico II.1	América Latina (18 países): participación en el ingreso por grupos de deciles, año más reciente	89
Gráfico II.2	América Latina (18 países): desigualdad según diversos índices, año más reciente	91
Gráfico II.3	América Latina (12 países): evolución del índice de Gini, 2010-2011	91
Gráfico II.4	América Latina (18 países): evolución de la desigualdad, 2002 - año más reciente	91
Gráfico II.5	América Latina (9 países): tasa de crecimiento anual del ingreso por percentiles, en países con mayor disminución de la desigualdad, 2002-2011	92
Gráfico II.6	América Latina (18 países): índice de Gini del ingreso laboral por ocupado y del ingreso per cápita, año más reciente	93
Gráfico II.7	América Latina (18 países): índice de Gini de sueldos y salarios de trabajadores dependientes y remuneraciones de trabajadores independientes, año más reciente	93
Gráfico II.8	América Latina (17 países): evolución del índice de Gini de los ingresos laborales, 2008-2011	93
Gráfico II.9	América Latina: perfil de los ocupados por quintiles de ingreso laboral, año más reciente	95
Gráfico II.10	América Latina (18 países): percepción de que la distribución del ingreso es injusta o muy injusta, 1997-2011	97
Gráfico II.11	América Latina (18 países): percepción de injusticia en la distribución del ingreso por países, 2011	97
Gráfico II.12	América Latina (18 países): desconfianza en las instituciones políticas y del Estado, 1996-2011	98
Gráfico II.13	América Latina (18 países): desconfianza en las instituciones por países, 2011	98
Gráfico II.14	América del Sur (10 países): percepción de que la distribución del ingreso es injusta y desconfianza en las instituciones, 1997-2011	98
Gráfico II.15	Centroamérica y México (8 países): percepción de que la distribución del ingreso es injusta y desconfianza en las instituciones, 1997-2011	99
Gráfico II.16	América Latina y el Caribe y otras regiones del mundo (57 países): desconfianza en las instituciones políticas y del Estado, 1990-1999 y 2000-2009	99
Gráfico II.17	América Latina (18 países): percepción de que la distribución del ingreso es injusta y coeficiente de Gini, por grupos de países, 1997-2010	103
Gráfico II.18	América Latina (18 países): desconfianza en las instituciones y coeficiente de Gini, por grupos de países, 1997-2010	104
Gráfico II.19	América Latina (18 países): desconfianza en las instituciones y gasto público social como porcentaje del PIB, por grupos de países, 1997-2010	105
Gráfico II.20	América Latina (18 países): opiniones sobre la tributación y percepciones de injusticia en la distribución del ingreso, 2011	106
Gráfico II.21	América Latina (18 países): percepción de transparencia del Estado según la confianza en las instituciones y la percepción de justicia distributiva, 2011	106
Gráfico III.1	América Latina (14 países): ocupados en el sector del cuidado, por subsector, alrededor de 2010	139
Gráfico III.2	América Latina (14 países): evolución de los trabajadores remunerados del cuidado, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	139

Gráfico III.3	América Latina (14 países): correlación entre el PIB per cápita y el tamaño del empleo en el sector del cuidado, alrededor de 2010.....	140
Gráfico III.4	América Latina (14 países): correlación entre las tasas de participación femenina y el tamaño del empleo en el sector del cuidado, alrededor de 2010	140
Gráfico III.5	América Latina (14 países): correlación entre el índice de envejecimiento y el tamaño del empleo en el sector del cuidado, alrededor de 2010.....	141
Gráfico III.6	América Latina (14 países): distribución de trabajadores del cuidado, alrededor de 2000 y 2010	142
Gráfico III.7	América Latina (14 países): porcentaje de trabajadoras en el sector del cuidado y en el resto de los ocupados, alrededor de 2010	143
Gráfico III.8	América Latina (14 países): porcentaje de trabajadoras en el sector del cuidado, alrededor de 2000 y 2010	144
Gráfico III.9	América Latina (14 países): porcentaje de trabajadoras en el sector del cuidado, según subsectores, alrededor de 2000 y 2010.....	144
Gráfico III.10	América Latina (14 países): distribución de los trabajadores del cuidado, según sexo y subsector, alrededor de 2010.....	144
Gráfico III.11	América Latina (14 países): distribución de los trabajadores del cuidado y del resto de los ocupados, según sexo y subsector, alrededor de 2010	145
Gráfico III.12	América Latina (14 países): perfil etario de los trabajadores del cuidado y del resto de los ocupados, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	145
Gráfico III.13	América Latina (14 países): perfil etario de los ocupados del sector del cuidado, según subsector, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010.....	146
Gráfico III.14	América Latina (14 países): distribución de distintos grupos de ocupados según nivel educativo, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010.....	147
Gráfico III.15	América Latina (14 países): distribución de distintos grupos de ocupados, según área geográfica, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	148
Gráfico III.16	América Latina (8 países): distribución de distintos grupos de ocupados, según pertenencia a grupo étnico, promedio ponderado, alrededor de 2010	148
Gráfico III.17	América Latina (14 países): jefes de hogar en distintos grupos de ocupados, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	148
Gráfico III.18	América Latina (14 países): trabajadores que viven en hogares con niños y adolescentes, por grupo ocupacional, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	149
Gráfico III.19	América Latina (14 países): distribución de distintos grupos de ocupados, según quintiles de ingreso per cápita, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	150
Gráfico III.20	América Latina (14 países): incidencia de la pobreza y la indigencia en distintos grupos de ocupados, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	150
Gráfico III.21	América Latina (14 países): distribución de los trabajadores del cuidado y del resto de ocupados, según categoría ocupacional, promedio ponderado, alrededor de 2010.....	151
Gráfico III.22	América Latina (14 países): trabajadores no afiliados a la seguridad social, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010	152
Gráfico III.23	América Latina (14 países): variación de trabajadores no afiliados a la seguridad social, por subsectores, promedio ponderado, alrededor de 2000 y 2010.....	153
Gráfico III.24	América Latina (14 países): horas semanales de trabajo de distintos grupos de ocupados, según sexo, promedio ponderado, alrededor de 2010	153
Gráfico III.25	América Latina (14 países): trabajadores a tiempo parcial en distintos grupos de ocupados, según sexo, promedio ponderado, alrededor de 2010.....	154
Gráfico III.26	América Latina (14 países): diferencias salariales entre los trabajadores del cuidado y el resto de los ocupados, alrededor de 2010	156
Gráfico III.27	América Latina (14 países): diferencias salariales entre los trabajadores del servicio doméstico y el resto de los ocupados, alrededor de 2010.....	157
Gráfico III.28	América Latina (14 países): diferencias salariales de los trabajadores del cuidado en los sectores de la educación y la salud con el resto de los ocupados, alrededor de 2010	158

Gráfico III.29	América Latina: mujeres migrantes en el servicio doméstico, por país de nacimiento, 2000.....	162
Gráfico IV.1	América Latina y el Caribe (21 países): evolución y participación del gasto público social en el gasto total, 1991-1992 a 2009-2010	172
Gráfico IV.2	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público total y tasas de variación bienal, 1991-1992 a 2009-2010	172
Gráfico IV.3	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social, 1991-1992 a 2009-2010	174
Gráfico IV.4	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social per cápita, 1991-1992 a 2009-2010	175
Gráfico IV.5	América Latina y el Caribe (21 países): relación entre el PIB per cápita y el gasto público social per cápita, 2009-2010.....	175
Gráfico IV.6	América Latina y el Caribe (21 países): evolución agregada del gasto público total, el gasto público social, el gasto público no social y el PIB, 1990-2012	176
Gráfico IV.7	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social por sectores, 2009-2010	178
Gráfico IV.8	América Latina (14 países): trabajadores inactivos que declararon como motivo de su inactividad tareas de cuidado y labores domésticas, por sexo	180
Gráfico IV.9	Bolivia (Estado Plurinacional de), México, Nicaragua y Perú: peso del gasto en cuidados según nivel de pobreza y sexo del jefe de hogar, alrededor de 2005	185
Gráfico IV.10	América Latina (14 países): gasto en cuidados según quintiles de ingreso per cápita de los hogares, alrededor de 2005	186
Gráfico IV.11	América Latina (14 países): gasto en cuidados como proporción del gasto total de los hogares y como monto promedio en el mes de referencia, según presencia de adultos de 75 años o más, alrededor de 2005	188
Gráfico V.1	América Latina y el Caribe (32 países): población con discapacidad, según distintas fuentes	199
Gráfico V.2	América Latina y el Caribe (29 países): envejecimiento de la población y discapacidad.....	200
Gráfico V.3	América Latina y el Caribe (31 países): tasa de prevalencia de la población con discapacidad, según sexo	201
Gráfico V.4	América Latina (7 países): tasa de prevalencia de la discapacidad por zona de residencia, sexo y grupos de edad	203
Gráfico V.5	América Latina (8 países): tasa de prevalencia de la discapacidad en hombres y mujeres de 0 a 18 años, según condición étnica	204
Gráfico V.6	América Latina (8 países): tasa de prevalencia de la discapacidad en hombres y mujeres de 60 años y más, según la condición étnica	204
Gráfico V.7	Chile, Costa Rica y México: tasas de prevalencia de la discapacidad según quintiles de ingreso y grupos de edad	205
Gráfico V.8	América Latina (8 países): tasa de prevalencia de los tipos de discapacidad, según grupos de edad.....	207
Gráfico V.9	El Caribe (13 países y territorios): tasa de prevalencia de los tipos de discapacidad, según grupos de edad.....	207
Gráfico V.10	América Latina (7 países): personas con discapacidad que han completado por lo menos 7 años de escolaridad, por tipo de discapacidad	209
Gráfico V.11	El Caribe (10 países y territorios): personas de 18 a 59 años con discapacidad que han completado la enseñanza secundaria, por tipo de discapacidad	209
Gráfico V.12	Chile, Costa Rica y México: tipos de hogares según presencia o no de personas con discapacidad.....	212
Gráfico V.13	Chile, Costa Rica y México: tipos de hogares donde viven hombres y mujeres con discapacidad.....	213
Gráfico V.14	El Caribe (6 países): adultos mayores (60 años y más) con y sin discapacidad que tienen cobertura de seguridad social.....	223

Recuadros

Recuadro I.1	Método utilizado para la medición de la pobreza.....	60
Recuadro I.2	Indicadores para la medición de la pobreza.....	60
Recuadro I.3	Pobreza y género	68
Recuadro I.4	Estimación de las probabilidades de pobreza	74
Recuadro I.5	Medición multidimensional de la pobreza relativa en la Unión Europea.....	79
Recuadro II.1	Indicadores para la medición de la desigualdad distributiva	90
Recuadro II.2	Preferencias distributivas y confianza en las instituciones en distintos regímenes de bienestar	100
Recuadro III.1	El trabajo no remunerado en América Latina.....	133
Recuadro III.2	Cuidados y participación laboral: una relación compleja.....	141
Recuadro III.3	Empleo doméstico y regulación laboral en América Latina: pautas históricas y tendencias recientes	160
Recuadro IV.1	Actualización del gasto social	178
Recuadro IV.2	Uso de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares	181
Recuadro IV.3	Los cambios en la carga del cuidado según las etapas del ciclo de vida	189
Recuadro V.1	Conceptos de independencia e inclusión en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.....	197
Recuadro V.2	Las personas con discapacidad en los censos de población de América Latina y el Caribe: avances en la década de 2010.....	199
Recuadro V.3	Capacitación de docentes especializados en el Caribe	220
Recuadro VI.1	Trayectorias hacia sistemas nacionales de cuidado	235
Recuadro VI.2	La capacitación y formación de cuidadores	240

Síntesis

Desde que en el año 2010 lanzara su propuesta de desarrollo con el título *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*, la CEPAL ha avanzado sistemáticamente en el examen de las brechas sociales en América Latina y el Caribe y en el de las dinámicas en pro de la igualdad, bajo múltiples perspectivas y en ámbitos diversos. En el *Panorama Social de América Latina* ha intentado acompañar este proceso con conocimientos actualizados sobre la situación social en la región. En su edición de 2010 puso especial énfasis en la reproducción intergeneracional de la desigualdad, mostrando cómo las etapas del ciclo vital van reforzando trayectorias diferenciadas. El *Panorama Social de América Latina, 2011* profundizó en la cadena de producción y reproducción de brechas sociales y mostró los estrechos vínculos existentes entre brechas de productividad, segmentación del empleo y vacíos en la protección social.

Con objeto de arrojar nuevas luces sobre la desigualdad en el ámbito social, la edición de 2012 del *Panorama Social de América Latina* se aboca en gran medida a aspectos del mundo del cuidado respecto de los cuales no se contaba hasta ahora con información sistematizada para la región, a saber: empleo remunerado en actividades de cuidado, gastos de los hogares en este ámbito y situación y requerimientos de cuidado de personas con discapacidad. En efecto, esta publicación contribuye a generar conocimientos en un ámbito de la reproducción social que ha sido tradicionalmente soslayado por la política pública y que en los últimos años ha ingresado con brío

en el debate y en las agendas políticas de los países de América Latina y el Caribe. Es un asunto fundamental en torno al cual existen profundas desigualdades y discriminaciones de género que afectan negativamente a la mujer, quien lleva la carga del cuidado en calidad de trabajo no remunerado y poco reconocido¹. Además, dificulta a las mujeres conciliar el trabajo no remunerado del cuidado en el hogar con el trabajo remunerado fuera del hogar, lo que castiga con más virulencia a las familias de menores ingresos, que no pueden “comprar” cuidado y, por lo tanto, redunda en un círculo vicioso de desigualdad.

Asimismo, las desigualdades en el ámbito del cuidado penalizan a las personas con discapacidades (sobrerrepresentadas en todos los indicadores de exclusión). Por otra parte, segmentan la estimulación temprana en función de si los niños acceden o no a salas cuna, educación inicial, preescolar o diferencial. Por último, debido al envejecimiento de las sociedades, imponen una espada de Damocles sobre la atención y protección de los adultos mayores, pues no todos tienen el mismo acceso

¹ La edición de 2009 del *Panorama Social de América Latina* aportó información sustancial en esta materia, al revelar la carga de trabajo no remunerado en cuidado, que recae mayoritariamente en las mujeres. Las encuestas de uso del tiempo permiten visibilizar estas asimetrías de género, ya que contribuyen al reconocimiento del problema y alertan sobre la necesidad de avanzar hacia un nuevo pacto de género en los hogares, así como la urgencia de contar con políticas públicas que ayuden a lograr una mayor conciliación entre trabajo no remunerado y remunerado.

a servicios de seguridad social, jubilaciones, seguros de salud y redes familiares adecuadas.

En este marco, el *Panorama Social de América Latina, 2012* se ha dividido en dos partes. La primera incluye los capítulos I y II sobre la dinámica reciente de la pobreza y la distribución del ingreso, así como sobre las percepciones ciudadanas respecto de la desigualdad y la confianza en las instituciones. La segunda se aboca específicamente al tema del cuidado desde la perspectiva conceptual y política de este como un derecho, la situación del empleo remunerado en actividades de cuidado, el comportamiento del gasto social —y, sobre todo, del gasto de los hogares en servicios de cuidado—, las condiciones de las personas con discapacidades y sus requerimientos de cuidado y, finalmente, las últimas políticas que los países están poniendo en práctica y los desafíos a futuro.

En el capítulo I se presentan las cifras actualizadas a 2011 sobre pobreza e indigencia en América Latina. Ambas continuaron disminuyendo a nivel regional, con lo que las tasas actuales son las más bajas observadas en los tres últimos decenios. Si bien en el período más reciente la pobreza no se redujo en todos los países de la región, en la mayoría retrocedió. El incremento de la renta entre los pobres se ha debido principalmente a un aumento de los ingresos laborales, en línea con lo que se había venido registrando en los últimos años.

En este capítulo se muestra también una caracterización de las personas en situación de pobreza, para lo que se abordan aspectos como el área de residencia, el sexo y la edad de los miembros del hogar y de su jefatura, el nivel educativo, la condición de actividad y el acceso a ciertos servicios básicos. Aun cuando el perfil de las personas pobres es similar al que se observaba a finales de la década de 1990, hay algunos cambios, que guardan relación con la evolución de tendencias que ha experimentado la región, como el aumento de hogares con jefatura femenina, el incremento de los niveles educativos o la disminución del tamaño medio de los hogares.

Por otra parte, en el capítulo II se analizan los avances recientes en la lucha contra la desigualdad distributiva. Las nuevas cifras disponibles muestran una continuidad de la tendencia hacia una menor concentración del ingreso. Si bien las reducciones en los índices de desigualdad son leves, se verifica una disminución acumulada significativa con respecto a inicios de la década de 2000.

A pesar de este progreso, los niveles de desigualdad siguen estando entre los más altos del mundo, situación en que concurre, de manera sugerente, una percepción ciudadana de alta desigualdad captada en las mediciones realizadas mediante encuestas de percepciones. La desconfianza en las instituciones políticas del Estado (poder legislativo, poder judicial y partidos políticos) y

las apreciaciones de injusticia no solo exhiben niveles altos y están correlacionadas, sino que además se asocian con la desigualdad medida objetivamente. Este malestar ciudadano con el modo en que funcionan las instituciones aludidas y se distribuyen los bienes económicos, sociales y políticos es un elemento que debe tenerse en cuenta en las estrategias que aboguen por un pacto social hacia una mayor igualdad.

En el capítulo III se examina el trabajo del cuidado remunerado en la región. A partir de la conceptualización del cuidado adoptada y de la categorización de trabajadores remunerados en el área del cuidado, y sobre la base de información de las encuestas continuas de hogares de la región, se observa que el sector representa en la actualidad el 6,7% del empleo, aunque se registran importantes diferencias entre países. De ese total, en promedio un 5% pertenece al servicio doméstico y un 1,7% al resto de las ocupaciones del cuidado.

En América Latina el empleo en el sector del cuidado está altamente feminizado. Casi un 71% de los trabajadores del cuidado son mujeres empleadas en el servicio doméstico en hogares, al que se suma un 23% de mujeres que trabajan en otras ocupaciones vinculadas con el cuidado (servicios educativos y de salud, casi a partes iguales). El 6% restante corresponde a hombres que trabajan en el servicio doméstico (3,7%) y en otras ocupaciones del ámbito del cuidado. En este sector los jóvenes y los adultos de mayor edad tienen menos peso relativo que en el resto de actividades laborales. Por otra parte, quienes trabajan en el cuidado doméstico poseen menor nivel educativo y menos acceso a la protección social que el conjunto de la población ocupada.

Las brechas salariales por hora —ajustadas por características de los trabajadores— muestran una remuneración del servicio doméstico baja con respecto al promedio de la población ocupada en la gran mayoría de los países, mientras que el cuidado en salud se retribuye por encima del promedio del empleo y en educación se aproxima al promedio. Estas diferencias reflejan la existencia en la región de modelos duales de protección y regulación laboral, en que el empleo doméstico combina escasa regulación, bajos salarios, poco acceso a protección social, discriminación y condiciones laborales extremadamente precarias. Un elemento adicional complica esta ecuación: en muchos países de la región y del mundo se observa una concentración de las mujeres migrantes en ocupaciones como el servicio doméstico y diversas actividades del cuidado.

En la primera sección del capítulo IV se abordan las tendencias recientes del gasto público social. Al igual que en anteriores ediciones de la publicación, hasta el año 2010 este seguía en alza, tanto en los montos absolutos de recursos destinados como en su proporción en el gasto

público total y en del producto interno bruto. Buena parte del esfuerzo por incrementar este gasto estuvo asociado a la ejecución de medidas destinadas a enfrentar los efectos de la reciente crisis financiera internacional, lo que significó que el gasto público social mostrara un claro carácter contracíclico. Los aumentos de recursos se concentraron principalmente en erogaciones de seguridad social, incluidos los componentes redistributivos, como la instrumentación o ampliación de pensiones solidarias, y se produjo una fuerte alza de recursos destinados a programas de asistencia social.

Sin embargo, los antecedentes más recientes sobre las ejecuciones presupuestarias en el área social indicarían que hacia 2011 se inició un proceso de contención del aumento de los gastos sociales, como consecuencia de la necesidad de robustecer las finanzas públicas, afectadas por una merma de ingresos asociada a la inestabilidad e incertidumbre que mantienen las economías más desarrolladas. El objetivo de esa contención del gasto era reducir los déficits fiscales registrados recientemente por muchos de los países de la región.

En la segunda parte del capítulo IV se analiza el gasto privado en cuidado, utilizando información de la última ronda desde el año 2000 de las encuestas de ingreso y gasto de varios países de la región. Se observa que la gran mayoría de los hogares carece de capacidad de pago para contratar servicios remunerados de cuidado. Entre los hogares que declaran efectuar gastos, como es de esperar, el monto varía sustancialmente también según el nivel socioeconómico, pero resalta que la proporción —como porcentaje del ingreso total— que los hogares destinan a ello es bastante uniforme, lo que evidencia el carácter irreducible de las necesidades de cuidado.

El asimétrico mandato de género aún vigente y las restricciones que experimentan las familias para destinar recursos monetarios a los diversos servicios de cuidado siguen condicionando que las mujeres sean primordialmente quienes estén a cargo de esas funciones, lo que impide u obstaculiza su participación en el mercado de trabajo y, por tanto, afecta las propias capacidades familiares de mejorar sus niveles de ingreso. Por otro lado, los hogares con presencia de adultos mayores tienden a destinar mayores gastos en cuidado; dado el envejecimiento de la población, esto supone una señal de alerta para el futuro.

En el capítulo V se aborda la situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe, así como sus necesidades en materia de cuidado y los desafíos que se plantean para las políticas públicas. Se establece una primera aproximación estadística y se realiza un examen comparativo de la situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. Según los últimos datos de distintas fuentes disponibles para 33

países de la región, en torno a un 12% de la población tiene alguna discapacidad, un 5,4% en el Caribe y un 12,4% en América Latina². Junto con las mujeres, los grupos más vulnerables desde el punto de vista económico y social también arrojan tasas más altas de discapacidad: adultos mayores, habitantes de las zonas rurales, pueblos indígenas y afrodescendientes y las personas con menores ingresos.

Si bien entre quienes viven solos están sobrerrepresentadas las personas con discapacidad, la mayoría recibe cuidado y apoyo por parte de miembros de su familia más cercana bajo distintos arreglos de convivencia. Esta situación suele afectar tanto el bienestar emocional como financiero de la familia, por lo que urge ampliar la oferta de servicios de cuidado por parte del Estado, el mercado y las organizaciones civiles. Actualmente se observa una mayor preocupación en las agendas públicas y políticas, lo que se refleja en una incipiente expansión de programas gubernamentales que ofrecen apoyo a los cuidadores familiares y servicios de cuidado domiciliarios y de apoyo a la vida independiente, junto con programas orientados a hacer valer los derechos económicos y sociales de las personas con discapacidad facilitándoles el acceso a la educación inclusiva, el empleo y la cobertura de seguridad social.

Por último, en el capítulo VI se examina la situación de algunas políticas y programas en el ámbito del cuidado en la región, se proponen las condiciones y contenidos para un pacto social y un pacto fiscal en torno al cuidado regido por el eje de la igualdad, se plantean desafíos pendientes para articular sistemas integrados y más igualitarios de cuidado, y se enmarcan estos desafíos en relación con ámbitos más generales de los sistemas de protección social y el aseguramiento.

Las políticas de cuidado implican nuevos equilibrios de las interrelaciones entre Estado, mercado, comunidad y familias. Confiar en que el mercado puede solucionar las necesidades de cuidado de las familias incrementa la desigualdad, ya que la capacidad económica de cada cual es la que define las posibilidades de acceso a los servicios. En una estrategia de cuidado orientada por la igualdad, el Estado debe velar por reducir la brechas de acceso, forjar las capacidades para generar una oferta de cuidado variada y atender las necesidades en ese ámbito

² Aún persisten graves problemas en la medición de discapacidades. Si bien la fuente principal son los censos, estos no ofrecen todavía una comparabilidad entre los países, dado que recogen la información de manera muy distinta, lo que puede producir sub- y sobrerrepresentación. Por lo tanto, es imperioso avanzar hacia una mayor uniformidad y consenso en los cuestionarios, lo que permitirá captar información comparable entre los países y en el tiempo. También es muy importante que las encuestas de hogares incorporen preguntas en la materia, a fin de diagnosticar la situación social de personas con discapacidades según las diversas variables sociales y demográficas.

de grandes grupos de población para que no aumente su vulnerabilidad; se debe considerar asimismo que, más allá de la prestación directa de servicios, el “buen cuidado” requiere también en la práctica de provisión de infraestructura, buen equipamiento y formación de recursos humanos con diversos grados de especialidad que permita constituir una nueva fuente de empleo.

Convertir el cuidado en otro pilar de la protección social y de las políticas públicas y considerarlo como una

f fuente de derechos sociales implica numerosos desafíos. Requiere financiar, articular y regular una red de instancias públicas, privadas y mixtas que provean los servicios necesarios. De manera complementaria, en la regulación de la esfera productiva y en la organización laboral son indispensables cambios que creen condiciones laborales equitativas para mujeres y hombres, de modo que sea posible compatibilizar las actividades productivas con el derecho y la obligación del cuidado.

Parte I

Pobreza, distribución del ingreso y desconfianza ciudadana

Capítulo I

Pobreza: avances recientes y características principales

A. Avances recientes en la reducción de la pobreza

Durante el año 2011 el PIB de América Latina creció un 4,3%, lo que supuso una expansión del 3,2% del producto por habitante. Aunque de una magnitud inferior al crecimiento per cápita de 2010 (que fue de un 4,9%), este resultado consolida la recuperación regional tras la caída registrada en 2009 (de un 3,0%). Por su parte, el empleo mostró una evolución favorable en la región. La tasa de desempleo promedio se redujo del 7,3% al 6,7% respecto del año 2010. La continuidad de la tendencia a la disminución del desempleo desde 2002, interrumpida solo en 2009, ha permitido que las cifras actuales sean las más bajas desde mediados de la década de 1990 y que casi la totalidad de los países latinoamericanos tenga tasas inferiores al 8%. A su vez, los ingresos reales del trabajo se vieron favorecidos por el mantenimiento de una baja inflación en la mayoría de los países; el promedio de la región alcanzó un 6,9%, apenas 0,4 puntos porcentuales por encima de lo registrado en 2010.

En este contexto, las estimaciones de pobreza basadas en las encuestas de hogares disponibles hasta 2011 indican que en ese año la pobreza de la región se situó en un 29,4%, lo que incluye un 11,5% de personas en condiciones de pobreza extrema o indigencia. Las cifras de 2011 representan una caída de 1,6 puntos porcentuales en la tasa de pobreza y de 0,6 puntos porcentuales en la de indigencia respecto de 2010³. De esta manera, continúa

la tendencia a la baja que las ha caracterizado durante el último decenio y que ha permitido que sus niveles sean los más bajos observados en las tres últimas décadas.

En 2012 América Latina y el Caribe ha continuado creciendo y se estima que alcanzará en promedio una tasa del 3,2% anual, 1,1 puntos porcentuales inferior a la de 2011. Cabe esperar asimismo que el ritmo de crecimiento de los precios se mantenga en niveles bajos, sobre todo teniendo en cuenta que la tasa de inflación anual a junio de 2012 (del 5,5% en promedio simple) es la menor registrada desde noviembre de 2010. Según las proyecciones de crecimiento económico positivo e inflación moderada para 2012, la pobreza continuaría su tendencia a la baja, aunque a un ritmo algo menor al observado hasta ahora. En particular, la tasa de pobreza se reduciría en al menos medio punto porcentual, mientras que se espera que la tasa de indigencia se mantenga en torno a los mismos niveles que en 2011.

Los cambios en las tasas de pobreza observados en el nivel nacional muestran situaciones diversas. De los 12 países de los que había información disponible a 2011, siete exhibieron caídas en sus tasas de pobreza: el Paraguay (-5,2 puntos), el Ecuador (-3,7 puntos), el Perú (-3,5 puntos), Colombia (-3,1 puntos), la Argentina (-2,9 puntos) y el Brasil (-2,0 puntos por año entre 2009 y 2011) y el Uruguay (-1,9 puntos). En estos países la indigencia también se redujo de manera apreciable.

³ En la proyección realizada en el *Panorama Social de América Latina, 2011* se asumía que la mayor alza del precio de los alimentos podía provocar un incremento de la indigencia. Aun cuando los precios de los alimentos aumentaron en promedio 1,3 veces más

que los del resto de bienes, el crecimiento de los ingresos y las mejoras distributivas registradas en varios países se tradujeron en una reducción de la indigencia a nivel regional.

A su vez, la República Bolivariana de Venezuela registró un leve incremento de sus tasas de pobreza e indigencia, de 1,7 y 1,0 puntos porcentuales, respectivamente⁴. Por su parte, en Chile, Costa Rica,

Panamá y la República Dominicana no se observaron variaciones notables durante el período analizado, ya que los cambios en la tasa de pobreza fueron inferiores a un punto porcentual por año (véase el cuadro 1)⁵.

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA, ALREDEDOR DE 2002, 2010 Y 2011
(En porcentajes)

País	Alrededor de 2002			Alrededor de 2010			2011		
	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina ^a	2004	34,9	14,9	2010	8,6	2,8	2011	5,7	1,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	62,4	37,1	2009	42,4	22,4	...	...	...
Brasil	2001	37,5	13,2	2009	24,9	7,0	2011	20,9	6,1
Chile	2000	20,2	5,6	2009	11,5	3,6	2011	11,0	3,1
Colombia ^b	2002	49,7	17,8	2010	37,3	12,3	2011	34,2	10,7
Costa Rica ^c	2002	20,3	8,2	2010	18,5	6,8	2011	18,8	7,3
Ecuador ^a	2002	49,0	19,4	2010	37,1	14,2	2011	32,4	10,1
El Salvador	2001	48,9	22,1	2010	46,6	16,7	...	...	...
Guatemala	2002	60,2	30,9	2006	54,8	29,1	...	...	...
Honduras	2002	77,3	54,4	2010	67,4	42,8	...	...	...
México	2002	39,4	12,6	2010	36,3	13,3	...	...	...
Nicaragua	2001	69,4	42,5	2009	58,3	29,5	...	...	...
Panamá	2002	36,9	18,6	2010	25,8	12,6	2011	25,3	12,4
Paraguay	2001	61,0	33,2	2010	54,8	30,7	2011	49,6	28,0
Perú ^d	2001	54,7	24,4	2010	31,3	9,8	2011	27,8	6,3
República Dominicana	2002	47,1	20,7	2010	41,4	20,9	2011	42,2	20,3
Uruguay ^a	2002	15,4	2,5	2010	8,6	1,4	2011	6,7	1,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2002	48,6	22,2	2010	27,8	10,7	2011	29,5	11,7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Áreas urbanas.

^b Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia.

^c Las cifras de 2010 y 2011 no son estrictamente comparables con las de años anteriores.

^d Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú.

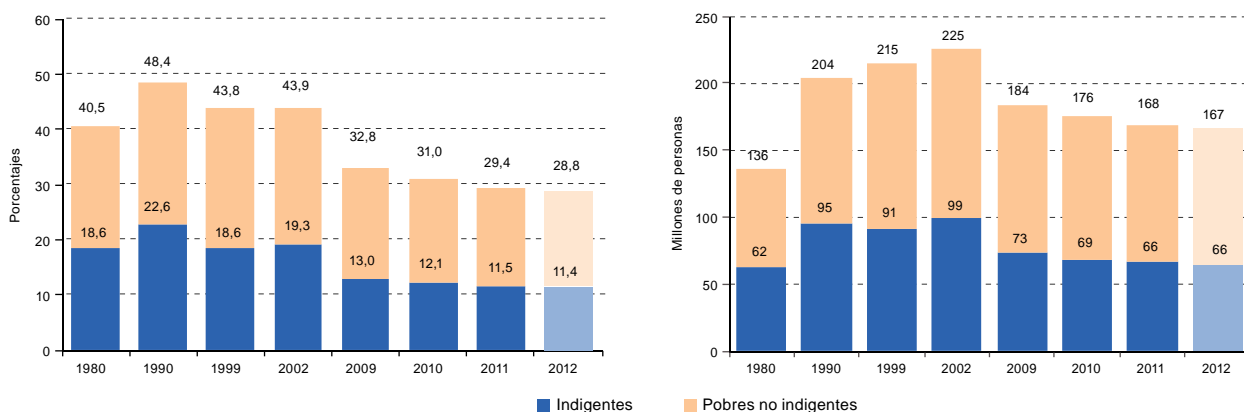
Entre las distintas fuentes de ingreso con que cuentan los hogares, las rentas del trabajo fueron las más determinantes para explicar la variación de los ingresos en los hogares pobres. En los siete países cuyos niveles de pobreza disminuyeron significativamente, los ingresos laborales dieron cuenta de al menos tres

cuartas partes de la variación del ingreso per cápita total. Las transferencias (tanto públicas como privadas, y que incluyen las pensiones y las jubilaciones), así como el resto de los ingresos (de capital, alquiler imputado y otros), también contribuyeron a la reducción de la pobreza, aunque en menor grado.

⁴ Esta tendencia no coincide con la informada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de la República Bolivariana de Venezuela. La diferencia estriba básicamente en que el deflactor de precios utilizado por el INE para actualizar la línea de indigencia creció menos que el deflactor usado por la CEPAL. Mientras el primero refleja la variación de los precios de los productos específicos que componen la canasta básica, el segundo corresponde al IPC de los alimentos, cuya composición es distinta.

⁵ La tendencia observada en la República Dominicana no coincide plenamente con la estimada por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) de ese país. Ello se debe a pequeñas diferencias metodológicas, referidas principalmente a la construcción del agregado de ingresos y al valor de las líneas utilizadas.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y DE LA INDIGENCIA, 1980-2012^a
 (En porcentajes y millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras que figuran sobre las secciones superiores de las barras representan el porcentaje y el número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes). Las cifras relativas a 2012 corresponden a una proyección.

B. Rasgos de la pobreza

Además de conocer la magnitud y evolución de la pobreza en cada país o en el conjunto de la región, interesa saber en qué medida difiere la incidencia de la pobreza en los distintos grupos de la población. Tanto los cambios en los aspectos demográficos, en los mercados de trabajo, en el contexto económico general y en las respuestas institucionales a la pobreza, como la caída de los niveles de pobreza, pudieron haber provocado una modificación paulatina en las características y perfiles de las personas carentes de recursos. A efectos de análisis, la población pobre se subdivide en dos grupos: indigentes y pobres no indigentes. Por su parte, la población no pobre se subdivide en vulnerables (personas con un ingreso per cápita por encima de la línea de pobreza pero inferior a 1,5 veces ese umbral) y no vulnerables.

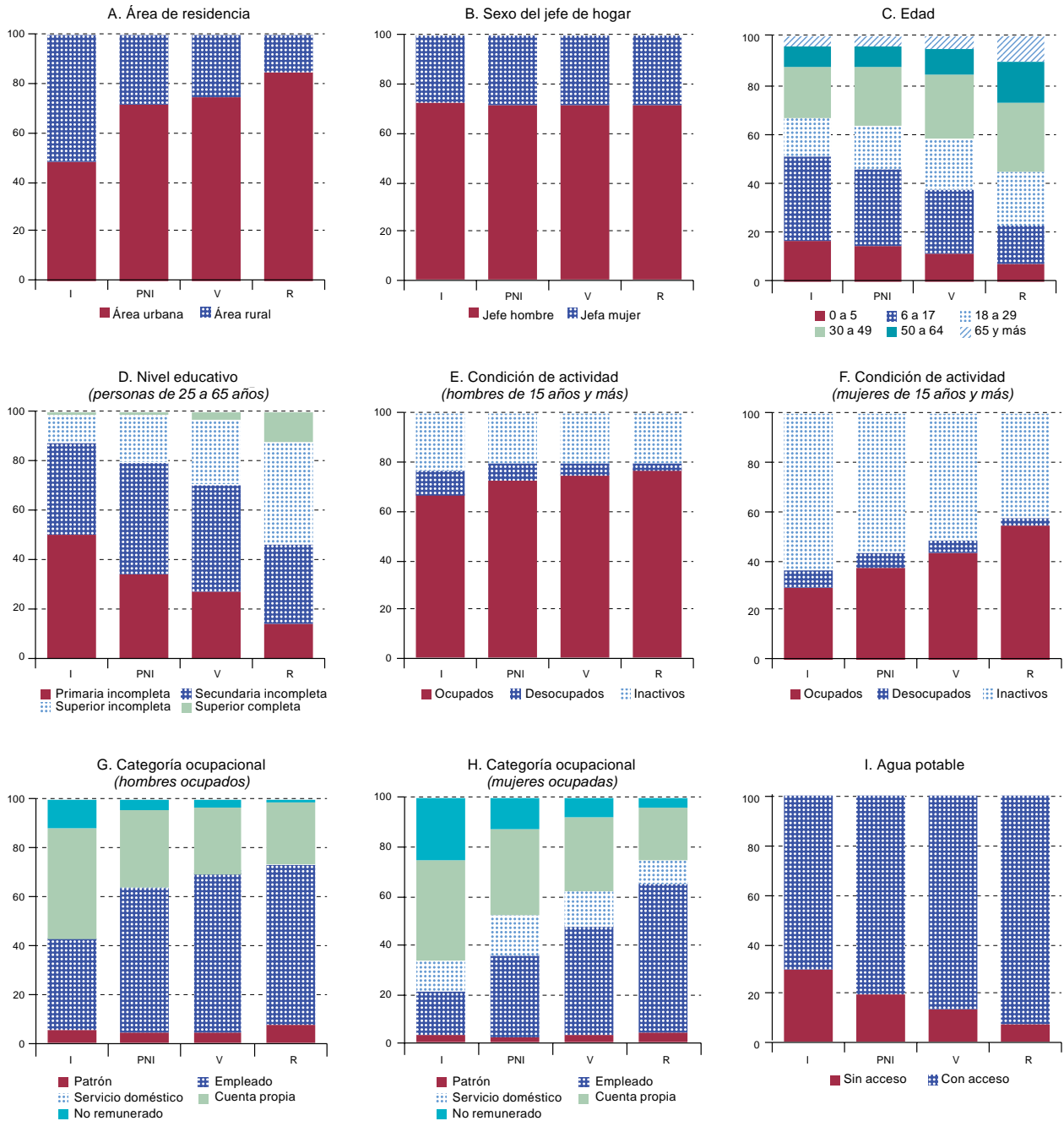
La comparación a nivel regional entre los cuatro grupos indicados muestra, en primer lugar, que el área de residencia es una de las dimensiones que más varía entre las personas según sus niveles de ingreso. Mientras que los indigentes se reparten por igual entre áreas urbanas y rurales, casi tres de cada cuatro pobres no indigentes viven en áreas urbanas (véase el gráfico 2).

La estructura por edades también revela diferencias claras entre pobres y no pobres. El porcentaje de indigentes

menores de edad (hasta 17 años) es del 51% y el de menores pobres no indigentes, del 45%; es decir, prácticamente la mitad de los pobres son niños. La proporción de menores entre la población vulnerable es menor (un 38%), así como entre la no vulnerable (un 23%). Al contrario sucede con las personas de 50 años y más, cuya proporción entre la población pobre se sitúa en torno al 12% y aumenta hasta el 27% entre la población no vulnerable.

A su vez, se observan importantes diferencias en el nivel educativo de los distintos grupos. La mitad de los adultos (entre 25 y 65 años de edad) en situación de indigencia no había completado la educación primaria. Este porcentaje se reduce a medida que aumentan los ingresos, hasta representar un 14% en el grupo de los no vulnerables. Quienes completaron la primaria pero no la secundaria representan el grupo más numeroso entre los pobres no indigentes y los vulnerables, con participaciones en torno al 45% en ambos grupos. Por su parte, entre los no vulnerables predominan las personas que completaron la educación secundaria pero no la educación superior (un 41%). La presencia de personas con educación superior completa entre las personas pobres y vulnerables es muy reducida (inferior al 1% y al 3%, respectivamente), mientras que entre las no vulnerables es sensiblemente superior (alcanza un 13%).

Gráfico 2
AMÉRICA LATINA: RASGOS DE LAS PERSONAS POBRES Y NO POBRES, ALREDEDOR DE 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Personas clasificadas en cuatro categorías: I = Indigentes, PNI = Pobres no indigentes, V = Vulnerables no pobres (línea de pobreza entre 1,0 y 1,5), R = Resto (no pobres ni vulnerables).

Aun cuando se espera que el empleo remunerado sea una de las principales vías para salir de la pobreza, la mayoría de las personas pobres y vulnerables (de 15 años y más) ya se encuentran ocupadas. Los desocupados representan solo alrededor de un 8% entre los indigentes y un 6% entre los pobres no indigentes. Esto de nuevo evidencia una situación persistente en la región, derivada de la heterogeneidad de su estructura productiva, y es que cualquier tipo de empleo remunerado no es garantía de superación de pobreza. Adicionalmente, se registran grandes diferencias en la condición de actividad en función del sexo. Mientras que el porcentaje de hombres ocupados en cualquiera de las cuatro categorías analizadas supera el 60%, el porcentaje de mujeres ocupadas no alcanza ese valor en ninguna categoría, ya que la mayoría no participa en el mercado laboral.

La persistencia del patrón de inserción de los más pobres en el sector productivo tradicional se confirma al considerar que los ocupados en situación de indigencia trabajan en su mayor parte por cuenta propia (un 43%) y que menos de un tercio (un 31%) lo hace como empleado. En cambio, en los demás grupos la categoría predominante es precisamente la de empleado, que corresponde a un 50% de los pobres no indigentes, un 57% de los vulnerables y un 64% de los no vulnerables, lo cual indica que el empleo asalariado no protege a las personas de los riesgos de caer en la pobreza. También en este aspecto es evidente la brecha de género, ya que entre las mujeres hay una proporción más elevada de trabajadoras familiares sin remuneración —particularmente entre indigentes y pobres no indigentes— y de ocupadas en el servicio doméstico.

Respecto al acceso a servicios básicos, se presentan distintas situaciones según el tipo de suministro considerado. El acceso a electricidad es generalizado entre las personas de escasos recursos (tiene acceso un 86% de los indigentes y un 95% de los pobres no indigentes). El porcentaje de personas con acceso a agua potable se sitúa en un 71% entre los indigentes y en un 81% entre los pobres no indigentes. La infraestructura sanitaria es el servicio más escaso para estos grupos, ya que solo tiene acceso a ella un 47% de la población indigente y un 61% de la población pobre.

Entre 1999 y 2011, la incidencia de la pobreza en América Latina se redujo en más de 14 puntos porcentuales. Pese a ello, el perfil de las personas pobres es, en varios aspectos, similar al que se observaba a finales de la década de 1990. No obstante, hay algunos cambios que, en su mayoría, guardan relación con las tendencias demográficas y educativas que ha experimentado la región en general.

La composición por sexo de los grupos pobres es similar a la de 1999, pero se observa un cambio importante en el porcentaje de personas que viven en hogares encabezados por mujeres. De 1999 a 2011, en los hogares indigentes la proporción pasó del 18% al 28%. En los hogares pobres estos valores fueron del 19% y el 28%, respectivamente. Esto indica que se debe ampliar la disponibilidad de alternativas de cuidado, sobre todo para quienes no tienen recursos suficientes para contratar servicios de cuidado en el mercado. Con ese apoyo se facilitaría la participación laboral de las mujeres, algo fundamental para los hogares con jefatura femenina que están bajo el umbral de pobreza.

En paralelo, el aumento de la edad promedio de la población está incidiendo paulatinamente en el perfil y el tamaño de los hogares pobres. En cuanto a la edad, se apreció una disminución del porcentaje de indigentes de 17 años o menos: la proporción fue del 51% en 2011, lo que representa una caída de alrededor de 5 puntos porcentuales con respecto a 1999. Por su parte, aumentó levemente el peso relativo de la población adulta entre los indigentes; el porcentaje de personas de 50 años o más en dicho grupo se incrementó de un 9% en 1999 a un 12% en 2011. Por lo que se refiere al tamaño medio de los hogares, entre la población indigente se redujo de 5,4 miembros en 1999 a 4,6 en 2011, mientras que entre los pobres no indigentes, estas cifras fueron de 4,8 y 4,4, respectivamente.

El porcentaje de pobres que saben leer y escribir aumentó del 82% al 85%, la asistencia escolar de los niños de 6 a 15 años creció del 90% al 94%, la proporción de jóvenes con primaria completa aumentó del 79% al 88% y la de quienes cuentan con secundaria completa pasó del 19% al 33%. Si bien el incremento de los niveles de escolarización entre los más pobres es una tendencia positiva, se observa que las tasas de conclusión de la secundaria todavía son bajas. A su vez, cabe mencionar que el 29% de la población vulnerable desde el punto de vista de los ingresos tenía en 2011 estudios superiores incompletos o completos, cifra 10 puntos porcentuales mayor que en 1999. Esto último significa no solo que el acceso a la educación superior no es condición suficiente para eludir el riesgo de caer en la pobreza. Sugiere también que para una parte de la juventud los mayores conocimientos adquiridos no se plasman en movilidad socioocupacional ni en una inserción productiva oportuna, lo que genera frustración de expectativas y, posiblemente, mayor descontento ciudadano.

En cuanto a los servicios básicos, entre 1999 y 2011 el acceso a electricidad, agua y sistemas sanitarios aumentó 6, 7 y 9 puntos porcentuales, respectivamente.

C. Miradas complementarias a la pobreza absoluta

La pobreza es un fenómeno que se puede medir y analizar desde distintas perspectivas. Una de ellas es la de pobreza monetaria relativa, que expande el concepto tradicional de pobreza absoluta para incorporar más plenamente las necesidades asociadas a la adecuada participación de las personas en la sociedad a la que pertenecen.

El método más habitual para la medición de la pobreza relativa se basa en la determinación de un umbral de ingreso mínimo, o línea de pobreza, como porcentaje de la mediana del ingreso de la población. La elección del porcentaje es discrecional, por lo que la práctica predominante consiste en realizar estimaciones de pobreza relativa empleando diversos valores, típicamente el 40%, 50%, 60% y 70% del ingreso mediano.

Según la lógica que originó la propuesta de pobreza relativa, cabría esperar que el valor de la línea o umbral monetario que identifique a las personas en esta situación sea más elevado que el correspondiente a la línea absoluta, puesto que incorpora un conjunto más amplio de necesidades y satisfactores. Sin embargo, para la mayoría de los países de la región los valores de las líneas relativas que surgen de aplicar la metodología descrita resultan inferiores a los de las líneas absolutas. Por tanto, la metodología tradicional de cálculo de la norma relativa no se puede aplicar de manera generalizada en la región.

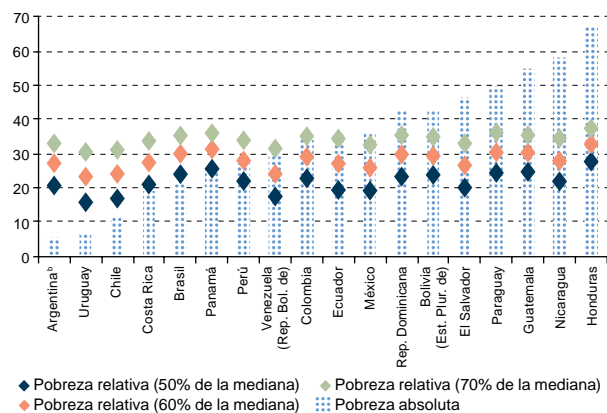
Por otra parte, con la medición de la pobreza relativa según el método convencional se obtienen resultados muy similares entre los distintos países de América Latina. Si se utiliza el umbral del 60% de la mediana del ingreso per cápita, las tasas de pobreza fluctúan entre el 23% y el 33%. Esta escasa dispersión también se reproduce con los otros umbrales (del 50% y del 70% del ingreso mediano), resultados que contrastan ampliamente con los que se obtiene mediante un umbral de pobreza absoluta, cuyos valores van desde menos del 10% hasta casi el 70% (véase el gráfico 3).

Aun cuando en la región no cabe una aplicación generalizada de esta forma de medir la pobreza relativa, hay algunos países donde este criterio proporciona información útil. Adoptando la línea del 60% de la mediana como un indicador del costo de satisfacción de las necesidades sociales, seis países de la región cuentan con tasas de pobreza relativa que superan a las de pobreza absoluta: la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay. Particularmente en estos países, pero también

a nivel regional, a medida que se avanza en la reducción de la pobreza absoluta se hace cada vez más relevante tomar en consideración este tipo de necesidades para identificar a la población carente de recursos económicos.

Se conforma una perspectiva adicional al considerar la privación de tiempo como un elemento relevante para medir el bienestar de las personas. El tiempo dedicado al trabajo remunerado permite generar recursos monetarios para cubrir necesidades diversas, mientras que el tiempo utilizado en trabajo doméstico y de cuidados permite satisfacer las necesidades de autocuidado y de cuidado de otros miembros del hogar. A su vez, el bienestar de los hogares es una función de sus niveles de ingreso y consumo y de sus decisiones sobre el tiempo de trabajo remunerado, a lo cual se agrega que los hogares requieren de un mínimo de horas para cumplir con las tareas domésticas y de cuidado, y también necesitan tiempo para descansar y recrearse.

Gráfico 3
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA POBREZA RELATIVA Y DE LA POBREZA ABSOLUTA, ALREDEDOR DE 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden al año 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

^b Áreas urbanas.

Hasta ahora, en los análisis de pobreza de la región no se ha incorporado sistemáticamente el tiempo destinado a las labores de cuidado y el trabajo no remunerado. Su consideración permitiría dotar de más profundidad al análisis de la pobreza y de las desigualdades de género,

además de constituir un aporte al diseño de políticas. Haciendo una analogía con los recursos monetarios, se puede medir la “pobreza de tiempo” definiéndola, por ejemplo, como la falta de tiempo para descanso y recreación, debido a la dedicación excesiva al trabajo y a las labores domésticas.

Aun cuando la medición de la pobreza de tiempo plantea varias dificultades, relacionadas con su conceptualización y la determinación de estándares y umbrales, puede ser un camino útil para avanzar hacia una mejor comprensión de las distintas dimensiones que conforman el bienestar de las personas.

Capítulo II

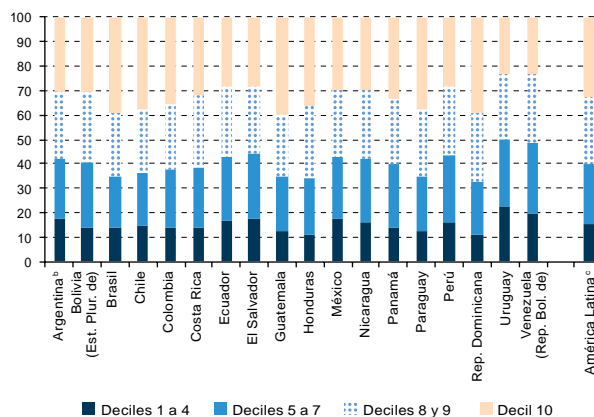
Desigualdad distributiva y desconfianza ciudadana

A. Avances recientes en la disminución de la desigualdad distributiva

Uno de los grandes desafíos que continúa enfrentando América Latina es la reducción de los elevados niveles de desigualdad en la distribución del ingreso prevalecientes en la región. En la mayoría de los países se observa que un conjunto reducido de la población acumula una gran proporción de todos los ingresos generados, mientras que los más pobres sólo alcanzan a recibir una escasa porción. El promedio simple de los valores de los 18 países de los que se cuenta con información relativamente reciente indica que el 10% más rico de la población recibe el 32% de los ingresos totales, mientras que el 40% más pobre recibe el 15%.

Se observan niveles relativamente altos de concentración en el Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, el Paraguay y la República Dominicana, países en que esos porcentajes se acercan al 40% de los ingresos para los más ricos y entre el 11% y el 15% para los más pobres. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Panamá la apropiación por parte de los más pobres resulta similar, pero es algo menor el porcentaje que le corresponde al decil superior. Por su parte, en la Argentina, el Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y el Perú se registran valores mayores en el extremo inferior de la distribución (un 16% o un 17%) y algo menores entre el 10% más rico (en torno al 30%). En el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) se da la menor concentración, ya que las proporciones son del orden del 20% al 23% en ambos extremos.

Gráfico 4
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PARTICIPACIÓN EN EL INGRESO
POR GRUPOS DE DECILES, ALREDEDOR DE 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden al año 2011, excepto en los casos de Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

^b Áreas urbanas.

^c Promedio simple.

La persistencia de altos grados de desigualdad en el ingreso no debería oscurecer el hecho de que en los últimos años se hayan logrado avances en este campo. El balance con respecto a inicios de la década de 2000 muestra una clara tendencia a la reducción de la concentración del

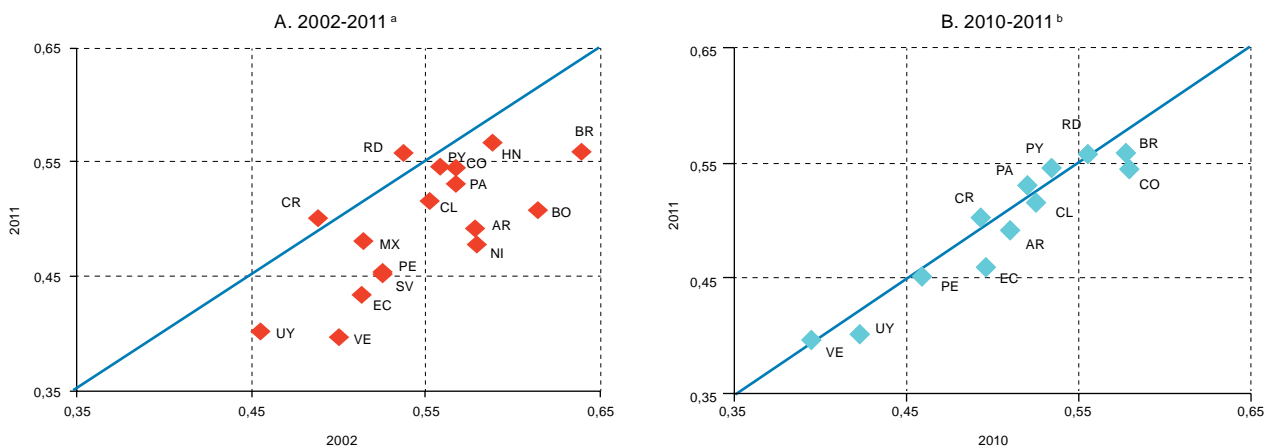
ingreso, una dinámica que ha distinguido al proceso de desarrollo de América Latina en el último decenio y que implica un cambio en la tendencia imperante durante al menos los dos decenios anteriores.

En efecto, al comparar los resultados recientes con los registrados en torno al año 2002 se constatan mejoras distributivas en la mayoría de países de la región. De 17 países considerados, el índice de Gini se redujo a un ritmo de al menos un 1% anual en nueve. Entre los países que registraron los descensos más significativos se encuentran la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Nicaragua

y Venezuela (República Bolivariana de), todos ellos con tasas anuales de reducción del Gini superiores al 2%. Este proceso no se vio particularmente afectado por la crisis económica que se inició en 2008.

En el último año, la desigualdad disminuyó en forma moderada, aunque estadísticamente significativa, en la Argentina, el Brasil, Colombia, el Ecuador y el Uruguay, mientras que en los demás países, incluidos aquellos donde el índice de Gini es algo más alto que el observado en 2010, los nuevos resultados no son estadísticamente distintos a los del año precedente.

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE GINI, 2002-2011 Y 2010-2011



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

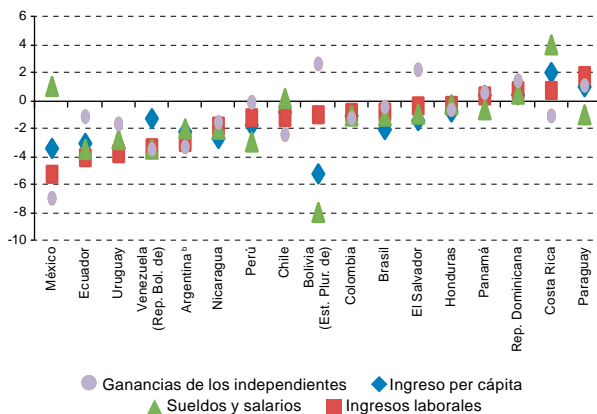
^a Datos referidos a áreas urbanas en la Argentina, el Ecuador y el Uruguay. Los datos relativos a 2002 corresponden a ese año excepto en el Brasil, El Salvador, Nicaragua, el Paraguay y el Perú (2001), la Argentina (2004) y Chile (2000). Los datos referidos a 2011 corresponden a dicho año excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010) y Guatemala (2006).

^b Datos relativos a áreas urbanas en la Argentina. Los datos de 2010 hacen referencia a valores de 2009 en el Brasil y Chile.

Los ingresos del trabajo remunerado constituyen la fuente más importante de ingresos de los hogares y representan en promedio las tres cuartas partes de estos. Asimismo, la mayor parte de la desigualdad del ingreso está determinada por la de la distribución de los ingresos laborales. A nivel regional, el promedio simple del índice de Gini de los ingresos laborales de los ocupados es similar al del ingreso per cápita, aunque se observan situaciones diversas según el país en la relación entre los grados de concentración de ambas variables.

Los cambios en la distribución del ingreso de los ocupados ejercieron una importante influencia en la dinámica de la concentración del ingreso total per cápita, lo que se deduce del hecho de que las variaciones en los indicadores de desigualdad de ambos tipos de ingreso han sido muy parecidas en todos los países considerados. Al diferenciar para los ingresos laborales entre los sueldos y salarios de los empleados dependientes y las remuneraciones de los trabajadores independientes se observa que en la mayoría de los casos las disminuciones de los primeros han sido mayores o que los aumentos resultaron menores (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE GINI DEL INGRESO PER CÁPITA Y LOS INGRESOS LABORALES POR OCUPADO, 2008-2011^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos referidos a 2008 corresponden a ese año, excepto en los casos de la Argentina (2006), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2007), Chile (2009), El Salvador (2004), Honduras (2007) y Nicaragua (2005). Los datos referidos al año más reciente corresponden a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010) y Guatemala (2006).

^b Áreas urbanas.

Finalmente, se examinan las características de los ocupados a lo largo de la distribución del ingreso,

agrupándolos en quintiles según sus ingresos laborales (véase el gráfico 7). Se aprecia una correlación positiva entre la edad media de los ocupados y su nivel de ingreso, al igual que entre los ingresos y el nivel de educación. El análisis de los atributos de los puestos de trabajo muestra que los asalariados y los empleadores van ganando peso relativo a medida que aumenta el ingreso laboral, mientras que va disminuyendo el de los trabajadores por cuenta propia, el servicio doméstico y los trabajadores familiares no remunerados. Esta relación se encuentra vinculada a la elevada heterogeneidad productiva de la región, rasgo con el que también se asocia la mayor prevalencia en los quintiles de menores ingresos de los ocupados en establecimientos pequeños (con menos de cinco personas), cuya proporción disminuye a medida que se pasa a los quintiles de mayores ingresos. Finalmente, el examen de la estructura de los quintiles por ocupación indica la persistente reducción del porcentaje de ocupados no calificados y de los que desempeñan tareas agrícolas a medida que se transita de los quintiles de menores a mayores ingresos. Lo contrario ocurre con la proporción de los altos directivos públicos o privados, de quienes realizan actividades profesionales y de los técnicos, así como de los empleados de oficinas. La participación de los oficiales y operarios se mantiene en los cuatro primeros quintiles y se reduce en el de mayor ingreso.

B. Desconfianza ciudadana: evolución reciente y factores asociados

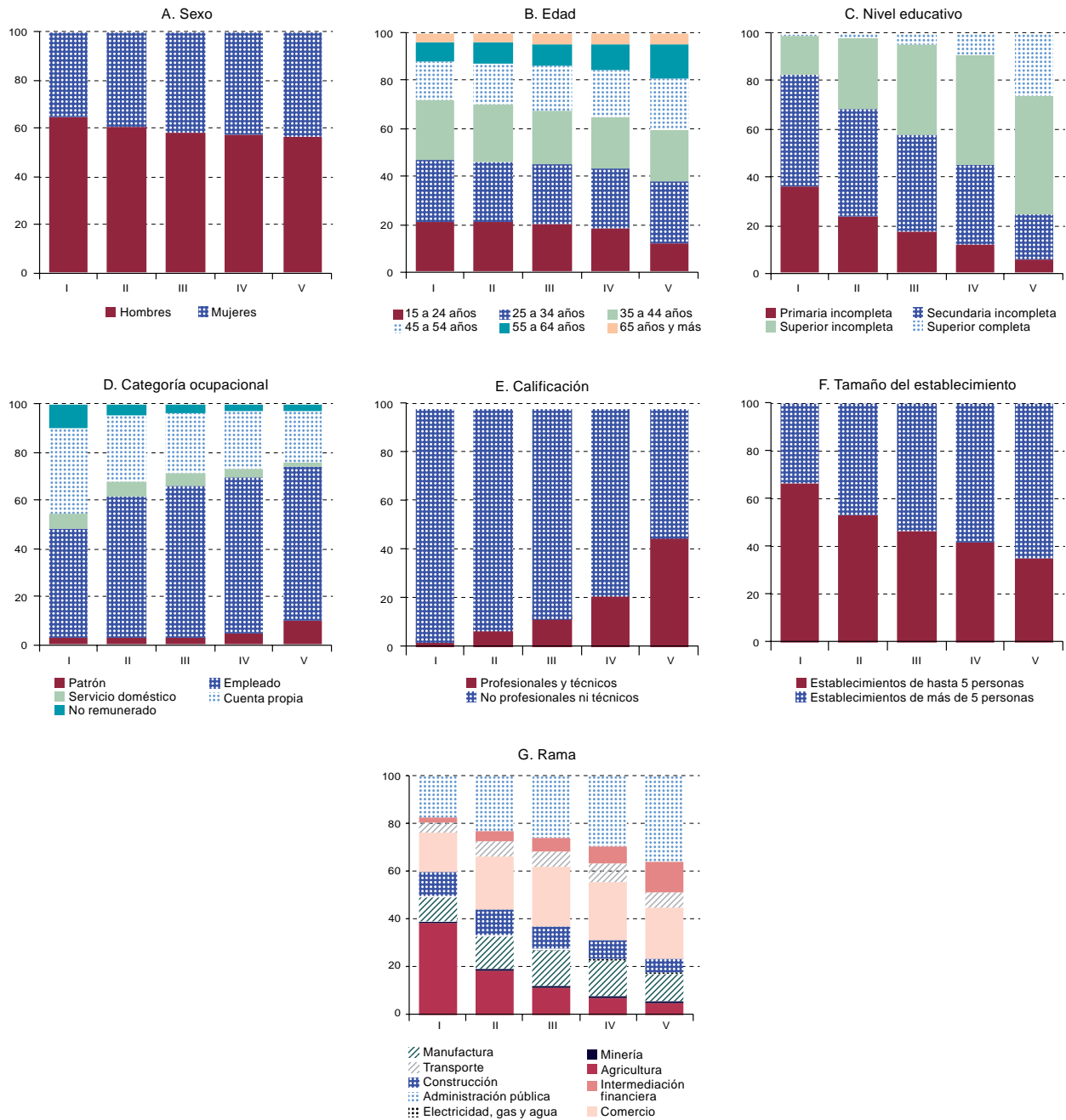
A pesar de los avances logrados recientemente, los países de América Latina todavía adolecen de altos niveles de desigualdad, acompañados de una profunda desconfianza en las instituciones (poder legislativo, poder judicial y partidos políticos) y de acusadas percepciones de injusticia. Estos persistentes sentimientos de malestar ciudadano con las instituciones aludidas constituyen tanto un obstáculo como un desafío para el sentido general de pertenencia y la construcción de pactos sociales orientados por el valor de la igualdad.

Las percepciones de los latinoamericanos sobre la justicia distributiva en sus países continúan siendo muy negativas. En 2011, el 79% de la población regional opinaba que la distribución del ingreso en su país era

muy injusta o injusta. Los principales cambios tuvieron lugar entre 1997 y 2002 y principalmente entre 2002 y 2007, y siguieron la dirección del ciclo económico. Entre 1997 y 2002 las percepciones empeoraron, mientras que entre 2002 y 2007 mejoraron. A partir de 2007 no hubo grandes cambios en los promedios regionales.

La desconfianza en las instituciones políticas y del Estado aumentó entre 1997 y 2003, se redujo significativamente entre 2003 y 2004 y presentó una disminución menos pronunciada entre 2004 y 2006. Esta tendencia se detuvo en 2007 y 2008, para dar lugar a una nueva baja entre 2008 y 2009 y un aumento leve entre 2009 y 2011. En 2011, seis de cada diez latinoamericanos confiaban poco o nada en las instituciones políticas y del Estado, lo cual es un valor muy alto.

Gráfico 7
AMÉRICA LATINA: PERFIL DE LOS OCUPADOS POR QUINTILES DE INGRESO LABORAL, AÑO MÁS RECIENTE^a
 (En porcentajes)



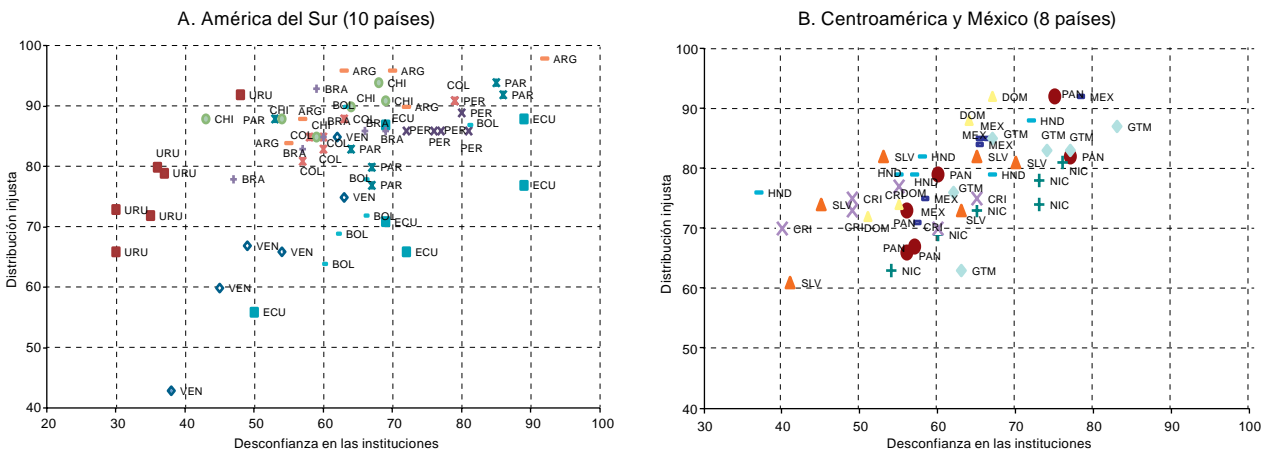
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos referidos al año más reciente corresponden a 2011, excepto en los casos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010) y Guatemala (2006).

La percepción de injusticia distributiva y la desconfianza en el poder legislativo, el poder judicial y los partidos políticos se asociaron a lo largo del período 1997-2011. Algunos países presentaron sistemáticamente menos desconfianza y percepciones de injusticia más bajas (Costa Rica, el Uruguay y Venezuela (República

Bolivariana de)), otros registraron valores intermedios (Colombia y México) y también hubo países (la Argentina, Guatemala y el Perú) que manifestaron en todo el período analizado niveles muy altos de percepción de injusticia en la distribución del ingreso y de desconfianza en las instituciones (véase el gráfico 8).

Gráfico 8
AMÉRICA DEL SUR (10 PAÍSES), CENTROAMÉRICA (7 PAÍSES) Y MÉXICO: PERCEPCIÓN DE QUE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ES INJUSTA Y DESCONFIANZA EN EL PODER LEGISLATIVO, EL PODER JUDICIAL Y LOS PARTIDOS POLÍTICOS, POR GRUPOS DE PAÍSES^{a,b,c}, 1997-2011
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de datos de Latinobarómetro 1997, 2002, 2007, 2009, 2010 y 2011.

- ^a Se considera la suma de los porcentajes de personas que respondieron que la distribución del ingreso en el país era muy injusta o injusta.
- ^b Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Para cada institución, se solicitó a las personas que las evaluaran en una escala ordinal, con los siguientes valores: 1) mucha, 2) alguna, 3) poca y 4) ninguna. Las respuestas de las personas a las tres preguntas se promediaron y recodificaron. Se consideraron como manifestación de poca o ninguna confianza las respuestas con valores comprendidos entre 3 y 4.
- ^c Se incluyen datos de varios años para cada país, por lo que cada punto corresponde a un país y año determinado.

Entre 1997 y 2010, tanto la percepción de injusticia distributiva como la desconfianza en las instituciones aludidas se asociaron con el coeficiente de Gini. En los países y años en que se verificó una mayor desigualdad objetiva en la distribución del ingreso se apreció una mayor percepción de injusticia distributiva y una más alta desconfianza en las instituciones (véase el gráfico 9).

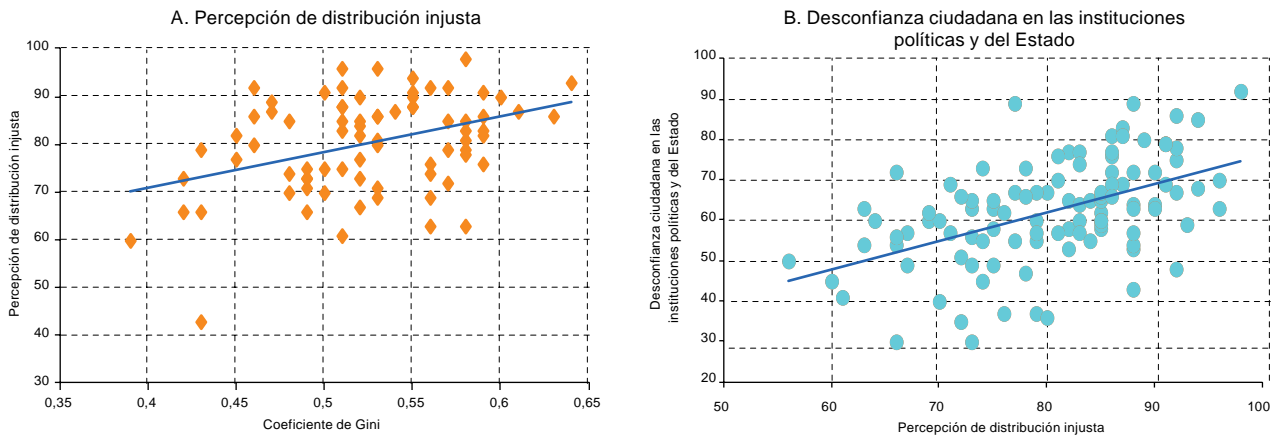
En suma, pese a algunas tendencias positivas observadas en los períodos 2002/2003 y 2006/2007, la desconfianza en las instituciones consideradas y las percepciones de injusticia exhibían en 2011 valores

todavía muy altos. Aun más, la fuerte correlación entre la desconfianza en estas instituciones y las percepciones de injusticia distributiva a lo largo del período 1997-2011 sugiere la persistencia de un profundo malestar ciudadano con el modo en que funcionan las instituciones y se distribuyen los bienes económicos, sociales y políticos en los países. A su vez, la asociación entre la desigualdad medida objetivamente y el malestar con dichas instituciones también indica el carácter conflictivo que en las sociedades latinoamericanas tienen, o pueden tener, los altos niveles de concentración de la riqueza y de diferenciación social prevalecientes.

Gráfico 9

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE QUE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ES INJUSTA Y DESCONFIANZA EN EL PODER LEGISLATIVO, EL PODER JUDICIAL Y LOS PARTIDOS POLÍTICOS, SEGÚN EL COEFICIENTE DE GINI^{a,b,c}, 1997-2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de datos de Latinobarómetro, 1997, 2002, 2007, 2009 y 2010 y la base de datos CEPALSTAT [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

^a Se considera la suma de los porcentajes de personas que respondieron que la distribución del ingreso en el país era muy injusta o injusta.

^b Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Para cada institución, se solicitó a las personas que las evaluaran en la siguiente escala: 1) mucha, 2) alguna, 3) poca y 4) ninguna. Las respuestas se promediaron. Se consideraron como manifestación de poca o ninguna confianza los promedios comprendidos entre 3 y 4.

^c Se incluyen datos de varios años para cada país, por lo que cada punto corresponde a un país y año determinado.

Parte II

Algunos aspectos del cuidado en América Latina y el Caribe: empleo, gasto de los hogares y personas con discapacidad

Introducción

El cuidado: concepto, relevancia, desafíos

El cuidado facilita tanto la subsistencia como el bienestar y el desarrollo. Abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Comprende la estimulación de los fundamentos cognitivos en la infancia y la búsqueda —en la medida de lo posible— de la conservación de las capacidades y la autodeterminación en el caso de las personas frágiles de edad avanzada y de las personas con discapacidades. La manutención requiere generar y gestionar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, así como velar por la salud e higiene personal y experimentar procesos de desarrollo y de aprendizaje cognitivos y sociales. En el seno de las familias estas tareas involucran simultaneidad de papeles y responsabilidades, espacios y ciclos que no son fácilmente traducibles en estimaciones de tiempo, intensidad o esfuerzo⁶. Pueden realizarse de manera no remunerada, por familiares, delegarse con remuneración a través de relaciones laborales formales e informales, delegarse de forma no remunerada en personas ajenas a la familia o brindarse formalmente por medio de instituciones.

En América Latina el cuidado se brinda eminentemente de forma no remunerada en el seno de las familias y, dentro de ellas, principalmente por las mujeres. Lejos de reconocerse su crucial importancia como base de la reproducción social, este trabajo generalmente es poco reconocido y valorizado, y las actividades relacionadas no figuran en las estadísticas ni en las cuentas nacionales. De allí que poner sobre el tapete la economía del cuidado y visibilizar la enorme contribución que el trabajo no remunerado de cuidados hace a la sociedad lleva a replantear los alcances del trabajo humano.

Resulta, pues, fundamental visibilizar el cuidado en la lógica económica, debido a que es crucial para la reproducción de la fuerza de trabajo y a que su

organización social y distribución apuntan hacia profundas desigualdades de género. Por lo tanto, se debe incorporar en el análisis económico (el cuidado como la “sombra del trabajo”), entender su relación con la opresión de género y revalorizar como una actividad significativa y como una responsabilidad ciudadana. El cuidado para criar y educar y el requerido para la reproducción de la fuerza de trabajo son dimensiones entrelazadas.

A las necesidades de cuidado de los niños —que representan actualmente el 27,7% de la población latinoamericana— se suman crecientemente las de personas adultas mayores frágiles (es decir, con altos grados de dependencia). Si cabe definir un corte de edad, no hay duda de que a partir de los 80 años la incidencia de la fragilidad es alta, la independencia es inestable y existe riesgo de pérdida funcional. Las personas de este grupo de edad suelen requerir hospitalizaciones, sufren caídas frecuentes, usan medicación y padecen enfermedades crónicas que tienden a la incapacidad. En la región este segmento representa el 15% del grupo de adultos de 60 años y más y, con una tasa de crecimiento cercana al 4%, se duplicará para 2070; al final del siglo el 36,6% de la población adulta mayor tendrá una edad muy avanzada (80 años o más). Por otra parte, se estima que las personas con discapacidad representan en torno al 12% de la población de América Latina y el Caribe (véase el capítulo V).

Las tensiones concomitantes con las transformaciones del modelo social de distribución de las responsabilidades del cuidado se han analizado desde diversos ángulos. Por ejemplo, con la “crisis del cuidado” se plantea un momento histórico en que simultáneamente se reorganiza el trabajo salarial remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral, con asincronías que indican el agotamiento de los equilibrios tradicionales en que se sustentaba el cuidado.

La perspectiva de derechos en esta materia implica una crítica al asistencialismo en relación con la capacidad de agencia de las mujeres, así como con la autonomía de las personas que son sujetos de cuidados y los cuidadores. Pero pone también sobre el tapete la necesidad de desafiar la dicotomía actividad/pasividad entre el proveedor y el destinatario del cuidado, respectivamente. Al definir los objetivos y estrategias de acción del cuidado en una perspectiva de derechos, resulta también pertinente

⁶ Véase María-Ángeles Durán, “El trabajo no remunerado y las familias”, Consulta técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS), diciembre de 2003 y, *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid, Fundación BBVA, 2010; Ana Sojo, “De la evanescencia a la mira. El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 67 (LC/L.3393), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2011.

considerar cuatro elementos respecto de los sujetos del cuidado que se encuentran en tensión: la autonomía, la dependencia, la fragilidad y la fragilización.

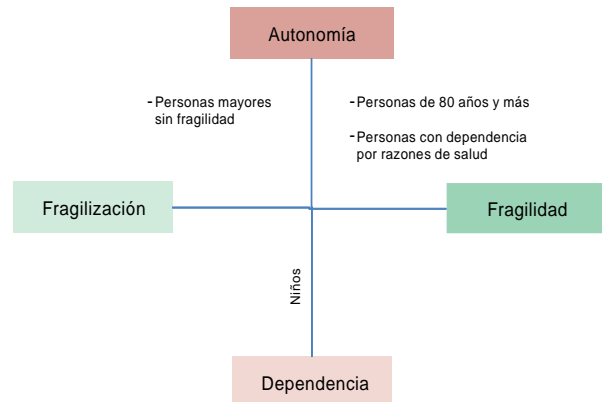
La autonomía está asociada a la capacidad de desempeñar con la menor ayuda posible las funciones relacionadas con la vida diaria, y puede vincularse con la noción de independencia. Conlleva tanto una dimensión pública —que tiene que ver con la participación activa en la organización de la sociedad— como una personal, expresada en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida y de tomar decisiones conforme a preferencias propias. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por sí mismo están en la base de su ejercicio, aun cuando se necesite de la ayuda y apoyo de los demás para lograrla.

La dependencia se entiende como la restricción del ejercicio de la autonomía por una limitación física o mental, que en la práctica reduce las posibilidades de tomar decisiones y de realizar acciones libremente. Por su parte, la fragilidad es un estado precursor de la dependencia, que surge de la acumulación de déficits. Con la edad, por ejemplo, la morbilidad creciente y la interrelación con el entorno confieren vulnerabilidad, por el riesgo de exposición a eventos adversos de salud a corto y mediano plazo. La “fragilización” es el proceso conducente a un estado de fragilidad que deriva del entorno y de los obstáculos sociales, no del funcionamiento de las personas, y que acontece porque las sociedades marginan a quienes tienen determinadas limitaciones funcionales y les impiden realizar sus capacidades. Tal es el carácter de los obstáculos que deben enfrentar las personas con discapacidad.

La tensión entre los cuatro elementos (la autonomía, la dependencia, la fragilidad y la fragilización) ayuda a diferenciar el carácter del cuidado que requieren los niños, las personas mayores frágiles, las personas con discapacidades y las personas con dependencia por razones de salud⁷. En términos de los binomios que se presentan, los niños, las personas mayores en sus diferentes franjas etarias y las personas con dependencia por razones de salud y con discapacidades se sitúan en diferentes cuadrantes (véase el diagrama 1). Obviamente, la realidad excede a un esquema conceptual que, sin embargo, es útil para diferenciar los componentes del cuidado de acuerdo a las características del sujeto y evidencia que los objetivos son diferentes en cada caso, al igual que las estrategias que deben ponerse en práctica.

⁷ Véase una estimación de la población con dependencia por razones de salud en S. Huenschuan, “La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos”, *serie Población y Desarrollo*, N° 100 (LC/L.3308-P), Santiago de Chile, CEPAL, marzo de 2011.

Diagrama 1
SUJETOS Y OBJETIVOS DEL CUIDADO: TENSIONES ENTRE SUS ELEMENTOS



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

Como se advierte, el cuidado de los niños se ubica en el eje dependencia-autonomía para subrayar su carácter transitorio, determinado por su corta edad. Las personas de muy avanzada edad (80 años y más) y las de cualquier edad con dependencia sería por razones de salud o discapacidad se ubican en el cuadrante fragilidad-autonomía. Su cuidado debe concentrarse en brindarles los apoyos específicos y técnicos que permitan gestionar lo mejor posible su dependencia y ofrecer las compensaciones necesarias para suplir las limitaciones que sufren o a las que pueden estar expuestas. Por último, el cuadrante fragilización-autonomía apunta a la calidad del cuidado y al orden de lo preventivo; entre los requerimientos destacan modificaciones del entorno físico, del medio social y de la dotación de servicios para una sociedad que envejece y que encara los obstáculos de las personas con discapacidades. La calidad del cuidado y de la prevención es fundamental para acotar el tránsito de situaciones de fragilización hacia la fragilidad y para que la fragilidad no se convierta en antesala de la dependencia. La autonomía debe verse como un objetivo dinámico, cuyo logro se tiene que buscar y reconstruir de manera constante, y no debe ser malentendida como autosuficiencia, sino percibirse a la luz del respeto en las relaciones del cuidado.

El cuidado como marco de las políticas y de los objetivos y énfasis de estas permite potenciar y articular desde otra óptica la agenda de los derechos sociales, especialmente en lo relativo al acceso universal a determinados servicios con ciertos estándares de calidad, ya que resalta el significado de esta y la regulación y reglamentación de los servicios. En ese sentido, el avance de los derechos de la mujer, de la niñez, de las personas con discapacidades y de la persona adulta mayor se ven a la luz del desarrollo del cuidado y del nivel cualitativo de los servicios relacionados.

En los capítulos siguientes se procura avanzar en diagnósticos y políticas relativas a distintas dimensiones del cuidado. En el capítulo III se caracteriza el empleo remunerado consagrado a actividades de cuidado en los países de América Latina. Este análisis constituye un avance significativo en la comprensión del fenómeno, pues hasta ahora los estudios se concentraban más bien en el trabajo no remunerado en actividades de cuidado. En el capítulo IV se presenta una visión actualizada del gasto social y su dinámica en América Latina y se presta atención al gasto privado de los hogares en servicios de cuidado. También en este caso se trata de un tipo de

información inédita, con algunas limitaciones propias de las fuentes pero que a la vez permite detectar tendencias interesantes de distintos grupos sociales. En el capítulo V se presenta una visión panorámica de la situación de las personas con discapacidades en América Latina y el Caribe a partir de datos de los procesamientos censales más recientes y de otras fuentes, y se caracterizan los diversos arreglos de cuidado y las necesidades de servicios de cuidado para estas personas. Finalmente, en el capítulo VI se plantean desafíos en materia de políticas de cuidado como parte medular de los sistemas de protección social de la región.

Capítulo III

El empleo en el sector del cuidado

Para entender cómo se construyen y valoran el cuidado y la economía del cuidado en las sociedades modernas se requiere considerar tanto el cuidado no remunerado como el remunerado. En la región se ha avanzado sustantivamente en el conocimiento acerca del trabajo no remunerado⁸; por su parte, el trabajo de cuidado remunerado no ha recibido la debida atención y, en términos generales, no se ha profundizado en ciertos aspectos de los mercados laborales, pese a que, más

allá de las dificultades metodológicas, se dispone de información estadística para su estudio.

En las páginas siguientes se procura saldar esas deudas de la investigación regional, alertando respecto de la situación de un sector clave del mercado laboral, cuyas condiciones, vistas a la luz del panorama global del empleo, ponen en evidencia el lugar limitado que ocupa el cuidado en las políticas públicas, lo que incide sensiblemente en la calidad de los servicios.

A. El debate conceptual y metodológico

A nivel internacional, existe un conjunto amplio de investigaciones en las que se analiza el empleo en el sector del cuidado. Estas han ido acompañando los avances de la reflexión sobre el reconocimiento del trabajo no remunerado en la economía y la conciliación entre el trabajo productivo y el reproductivo.

Un desafío fundamental que se ha enfrentado en la elaboración de estos estudios fue el de definir los criterios para identificar a los trabajadores remunerados en el sector

del cuidado. La revisión de la literatura indica la ausencia de una definición única y la existencia de enfoques muy variados para establecer qué empleos deben incluirse dentro de este sector. El análisis realizado para América Latina se basa en uno de estos enfoques, que define el empleo en cuidados como aquel que provee un servicio a personas dependientes (niños, enfermos, adultos mayores, discapacitados) e incluye el trabajo reproductivo relacional y el no relacional. La traslación de estos criterios a las encuestas de hogares en América Latina permitió identificar como trabajadores del cuidado a quienes, dentro de las ramas de actividad de la salud, la educación y los servicios sociales y en los

⁸ Véase CEPAL, *Panorama Social de América Latina, 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.

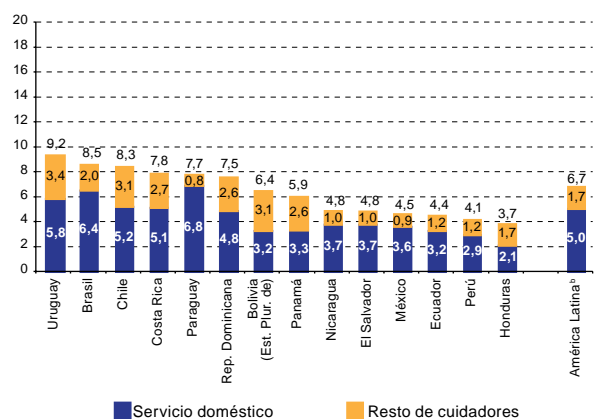
hogares, detentan las siguientes ocupaciones: maestros y asistentes de educación preescolar, maestros y profesores de educación especial, niñeras, enfermeros profesionales y titulados, y auxiliares o ayudantes de enfermería (tanto en domicilio como en instituciones), otros trabajadores del cuidado y la atención de personas, acompañantes

y trabajadores del servicio doméstico. En contraste, la delimitación no considera como parte de los trabajadores del cuidado a los profesores de educación primaria, media y superior, los médicos y otros profesionales de la salud, dado que los servicios que proveen no se inscriben dentro de la noción de cuidado⁹.

B. El empleo en el sector del cuidado

El empleo en el sector del cuidado representa en la actualidad el 6,7% del empleo. Sin embargo, este promedio esconde un panorama algo heterogéneo. En países como el Uruguay, el Brasil y Chile, por ejemplo, el empleo remunerado en este sector supera el 8% del total de los ocupados (9,2%, 8,5% y 8,3%, respectivamente en 2010). En el otro extremo, en 6 de los 14 países analizados (Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Perú) el valor está por debajo del 5% del total de los ocupados. Un aspecto a resaltar es la importancia del servicio doméstico dentro del total del empleo en el sector del cuidado. En promedio, el 5% de los ocupados del sector pertenecen al servicio doméstico y el 1,7% corresponde al resto de las ocupaciones del cuidado (véase el gráfico 10). Esta composición es determinante en la caracterización de este conjunto de trabajadores.

Gráfico 10
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): OCUPADOS QUE TRABAJAN EN EL SECTOR DEL CUIDADO, POR SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de Nicaragua corresponden a 2005, los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a 2007 y los del Brasil y Chile a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^b Promedio ponderado.

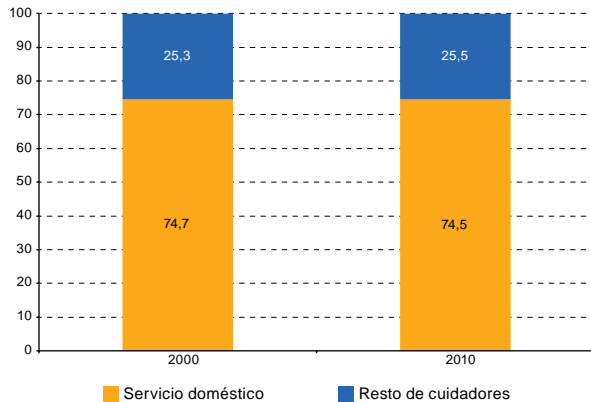
Entre 2000 y 2010, la proporción de ocupados en el sector del cuidado se ha mantenido relativamente estable: en el año 2000 representaban el 6,2% del total de ocupados y el aumento de la importancia del sector a lo largo de la década fue muy pequeño. Tampoco se observan grandes cambios en la evolución del peso del servicio doméstico y del resto de los cuidadores.

Es importante señalar que el conjunto de trabajadores vinculados al cuidado es un conglomerado altamente heterogéneo, compuesto por subgrupos bastante diferentes entre sí. Una primera distinción muestra que en América Latina tres cuartas partes (74,5%) de los trabajadores que se dedican a actividades de cuidados pertenecen al servicio doméstico de los hogares, mientras que la cuarta parte restante (25,5%) se desempeña en otras áreas (véase el gráfico 11). Otra aproximación es la que clasifica a los ocupados según trabajen en servicios educativos, de salud o en servicios a los hogares u otros servicios comunitarios. Casi ocho de cada diez (79,8%) trabajadores del sector del cuidado pertenecen a esta última categoría. Del restante 20%, un 11,5% trabaja en servicios de salud y un 8,7% en servicios educativos (véase el gráfico 12). Finalmente, tanto con uno como con otro criterio, esta distribución se ha mantenido estable en la última década.

En América Latina, el empleo en el sector del cuidado está altamente feminizado, lo que refleja que el sesgo de género, que pauta la distribución del trabajo no remunerado en materia de cuidados, traspasa la frontera de los hogares y naturaliza la sobrerepresentación femenina en estos empleos. En efecto, casi un 71% de los trabajadores del cuidado son mujeres empleadas en el servicio doméstico, al que se suma un 23% de mujeres que trabajan en otras ocupaciones vinculadas con el cuidado (servicios educativos y de salud, casi a partes iguales). El restante 6% corresponde a hombres que trabajan en el servicio doméstico (3,7%) y en otras ocupaciones del ámbito del cuidado (véanse los gráficos 13 y 14).

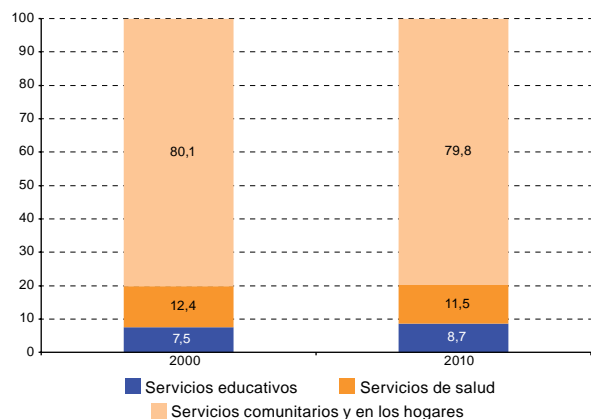
⁹ Al respecto, véase la introducción a la parte II de esta edición del *Panorama Social de América Latina*.

Gráfico 11
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS
OCUPADOS DEL SECTOR DEL CUIDADO SEGÚN TRABAJEN
EN EL SERVICIO DOMÉSTICO O EN OTRAS ACTIVIDADES,
ALREDEDOR DE 2010 ^a
(En porcentajes)



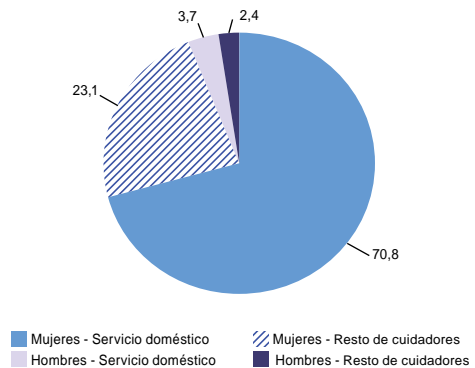
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de 2000 de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002. Los datos de 2010 de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

Gráfico 12
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS
OCUPADOS DEL SECTOR DEL CUIDADO SEGÚN
SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010 ^a
(En porcentajes)



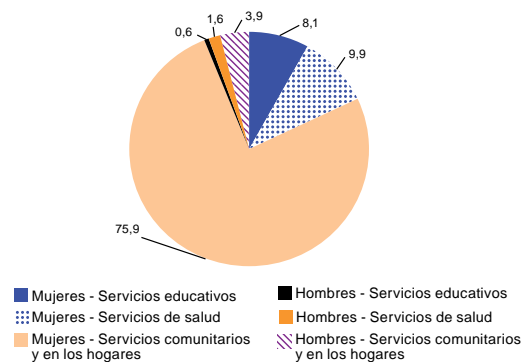
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de 2000 de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002. Los datos de 2010 de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

Gráfico 13
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS
OCUPADOS DEL SECTOR DEL CUIDADO EN EL SERVICIO
DOMÉSTICO Y OTRAS ACTIVIDADES, POR SEXO,
ALREDEDOR DE 2010 ^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a 2007; los del Brasil y Chile a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

Gráfico 14
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS
OCUPADOS DEL SECTOR DEL CUIDADO, SEGÚN SEXO
Y SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010 ^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a 2007; los del Brasil y Chile a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

La configuración anterior conduce a que el sector del cuidado considerado globalmente tenga una importancia especial como fuente de empleo para las mujeres y sea casi inexistente para los hombres. En efecto, el 15,3% de las ocupadas de la región trabajan en este sector, con un peso muy considerable (11,6%) del servicio doméstico, mientras que estas ocupaciones concentran menos del 1% del total de hombres ocupados.

Pero hay otras características que describen el perfil singular de los trabajadores del cuidado y, entre estos, las diferencias entre el servicio doméstico y el resto de los ocupados del sector. En comparación con el resto de los ocupados, entre los trabajadores del cuidado hay una menor presencia de jóvenes de 15 a 24 años, pero también una menor proporción de adultos mayores. Además, son menos educados en promedio que los trabajadores de otros sectores, aunque se detectan importantes diferencias en este conjunto, ya que las trabajadoras del servicio doméstico presentan una escolaridad considerablemente inferior a la de los trabajadores del cuidado en educación y salud.

Por otra parte, entre los trabajadores del cuidado hay menor presencia de jefes de hogar que entre el resto de los ocupados. Sin embargo, entre los primeros la proporción ha ido aumentando (de un 22,5% en 2000 a un 32,8% en 2010) mientras que en el resto descendió levemente (de un 49,3% en 2000 a un 47,6% en 2010). Con respecto a la jefatura de hogar exclusivamente entre las distintas categorías de mujeres ocupadas, se confirman estas mismas tendencias pero surgen algunos matices. El porcentaje de jefes de hogar es mayor entre las trabajadoras del sector del cuidado que entre el resto de las ocupadas y

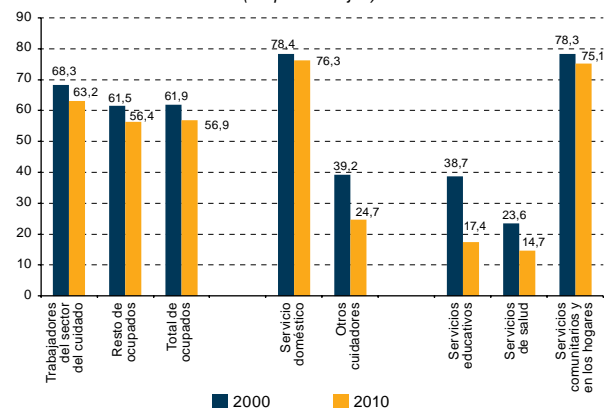
poco menos de un tercio de las trabajadoras del servicio doméstico (31,7%) son jefas de hogar, una proporción que en el resto de las cuidadoras alcanza el 27,9%. Finalmente, entre las trabajadoras del cuidado —muy especialmente entre aquellas que se desempeñan en el servicio doméstico— el porcentaje de jefas de hogar ha sufrido un incremento acentuado, que supera con creces al registrado en el resto de las ocupadas. En definitiva, la proporción de ocupados en el sector del cuidado que tienen responsabilidades familiares es considerable y está en crecimiento.

Los trabajadores del cuidado viven en hogares con un nivel de ingreso per cápita inferior, en promedio, que el resto de los ocupados. Teniendo en cuenta este patrón, no llama la atención que entre estos trabajadores se observe una mayor incidencia de pobreza que entre el resto de los ocupados (un 24,1% frente a un 20,2% en 2010). Sin embargo, una vez más, se observa una marcada heterogeneidad entre los ocupados en tareas de cuidado: entre aquellos que se desempeñan en el servicio doméstico, la incidencia de la pobreza alcanza el 29,1% (2010), mientras que entre el resto de los ocupados del sector desciende al 9,6%. En relación con la indigencia, se confirma un panorama similar.

C. Condiciones laborales

La inserción de los trabajadores del cuidado según su categoría ocupacional es diferenciada. Mientras que los trabajadores y las trabajadoras del servicio doméstico son en su gran mayoría asalariados privados, en el resto de los cuidadores tiene una importancia relativamente grande el sector público, que acoge a casi la mitad. A su vez, los trabajadores del sector del cuidado presentan niveles de desprotección social —es decir, falta de cobertura de la seguridad social—, algo superiores a los del resto de trabajadores (un 63,2% frente a un 56,9% en 2010). Esto obedece principalmente a los elevados niveles de desprotección del servicio doméstico: apenas un 23,7% de los trabajadores de esta área contribuían a la seguridad social en 2010. Los niveles de cobertura son considerablemente superiores entre los trabajadores de la educación y la salud, sectores en los que nuevamente influye la importancia del sector público (véase el gráfico 15).

Gráfico 15
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABAJADORES NO AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Promedio ponderado. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de 2000 de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002. Los datos de 2010 de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

La falta de cobertura de la seguridad social ha descendido en la última década tanto para los ocupados en el cuidado como para el resto de los ocupados. Sin embargo, esta mejora obedece casi exclusivamente a lo sucedido entre los trabajadores de la educación y la salud, ya que la variación correspondiente al servicio doméstico mantiene su tendencia, aunque es de menor magnitud.

Otros tres elementos terminan de configurar el cuadro de las condiciones laborales de los ocupados del cuidado. En primer lugar, las horas de trabajo semanales de quienes se desempeñan en el sector del cuidado son inferiores a las del resto de los ocupados (36,6 frente a 42,3 en 2010), lo que resulta básicamente de las horas de trabajo del servicio doméstico y, especialmente, de

los trabajadores de la educación, ya que los trabajadores del cuidado del sector salud trabajan un número de horas similar al del resto de las ocupaciones. En segundo lugar, el colectivo de trabajadores del cuidado presenta menores niveles de pluriempleo que el resto, lo que obedece al comportamiento de los trabajadores del servicio doméstico. Finalmente, existe una situación generalizada de penalización salarial para el servicio doméstico, mientras que para los trabajadores de la educación el patrón no es claro. Los trabajadores del cuidado en la salud, en tanto, tienden a percibir un salario más elevado con respecto a otros ocupados de similares características de otros sectores, lo que probablemente se vincule al peso del sector público.

D. El empleo doméstico: vulnerabilidades y discriminación

En el empleo doméstico confluye un perfil poblacional específico, déficits en activos básicos y mayor precariedad en las condiciones laborales. La evidencia presentada confirma lo que varias investigaciones ya han demostrado: el empleo doméstico está más feminizado que el resto de las ocupaciones del cuidado, presenta un nivel educativo inferior, está más afectado por la pobreza y la indigencia, y tiene mayor incidencia de población indígena que el resto de los trabajadores del sector. El empleo doméstico también es la categoría en la que se concentra la mayor proporción de jefas de hogar y de trabajadoras que viven en hogares con niños y adolescentes. A su vez, existe una fuerte asociación entre el empleo doméstico y los hogares monoparentales con jefatura femenina, lo que refleja un núcleo de desigualdad en el que se combinan la vulnerabilidad, la alta dependencia del ingreso con extensas jornadas laborales y serias dificultades para conciliar el trabajo remunerado con el no remunerado.

Las pronunciadas diferencias socioeconómicas entre el empleo doméstico y el resto de los trabajadores del cuidado reflejan la existencia en la región de modelos duales de protección y regulación laboral. En esta dualidad, el empleo doméstico combina escasa regulación, bajos salarios, bajo acceso a la protección social, discriminación y condiciones laborales extremadamente precarias.

Un elemento adicional que hace más compleja esta ecuación es que en muchos países de la región y del mundo se observa una concentración de mujeres

migrantes en ocupaciones como el servicio doméstico y las actividades del cuidado. En relación con la migración interna, los resultados de los censos de la ronda de 2010 para algunos países sugieren que la participación de los migrantes internos en el empleo ya no sería tan significativa y estaría tendiendo a la convergencia con la población no migrante. En el caso de la migración internacional, la asociación entre los migrantes y el servicio doméstico es bastante más marcada y persistente.

Uno de los rasgos que definen los flujos migratorios de mujeres entre los países de América Latina es su carácter laboral, y muchas migrantes identifican crecientemente una razón económica para su decisión de migrar y se enrolan en gran medida en el servicio doméstico en el país de destino, ya que ahí encuentran oportunidades reales de inserción económica. Se detecta una alta segregación laboral por género y también por país de origen. Cada vez es más común encontrar que migrantes provenientes de un mismo país desempeñan el mismo tipo de trabajo en los diversos destinos a los que se dirigen y, en el caso de las mujeres, el servicio doméstico es una de las ocupaciones preponderantes. Otra tendencia clara es que, en los principales países receptores, la mayoría de las mujeres migrantes trabajadoras del hogar son madres. Tal condición es relevante, primero, porque significa que estas mujeres son económicamente responsables de sus hijos y, segundo, porque es indicio palpable de la relatividad de la autonomía con que se resuelve la decisión migratoria de las mujeres que se desplazan solas, es decir, dejando a sus hijos en el país de origen.

Capítulo IV

Tendencias recientes del gasto social y del gasto privado en materia de cuidados en América Latina y el Caribe

Hasta mediados de la década de 2000, la evolución del gasto público social había sido altamente procíclica. En el segundo lustro de la década varios países iniciaron esfuerzos sistemáticos por reforzar los programas sociales, en particular los orientados a la lucha contra la pobreza, hecho que marcaría un primer punto de inflexión en el comportamiento del gasto social. Sin embargo, el crecimiento más acelerado de este gasto, en cierta medida en contrapunto con la evolución de las economías, se debe sobre todo a políticas que progresivamente se fueron implementando para hacer frente a diversos choques externos: i) el aumento de los precios de los alimentos y combustibles en 2008, proceso de alza de los productos básicos de exportación que se había iniciado en 2003; ii) la crisis financiera mundial, que tuvo sus mayores manifestaciones y consecuencias entre fines de 2008 y 2009, y iii) la más reciente incertidumbre internacional y la desaceleración del crecimiento económico mundial.

la pobreza y de fortalecimiento de la protección social principalmente en el pilar solidario o no contributivo) se sumaron medidas de reorientación del gasto (e impuestos) para evitar los efectos regresivos del aumento de precios de los productos básicos, principalmente en 2007 y 2008. Luego de iniciada la crisis financiera, los gobiernos tomaron diversas medidas de estabilización de la demanda interna, mediante el aumento del gasto público no social (inversión en infraestructura) y, sobre todo, del gasto social.

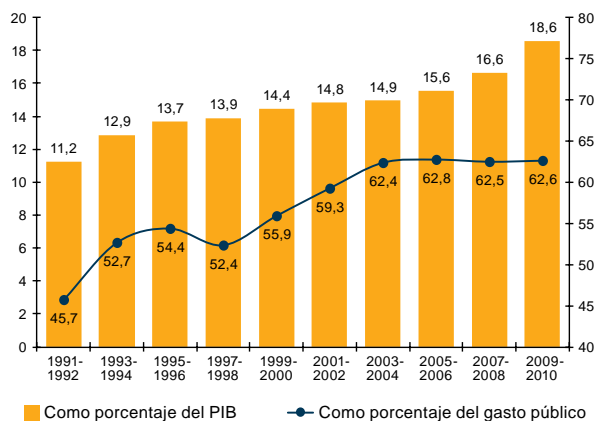
Ya desde inicios de los años noventa se registraba un aumento de la prioridad fiscal del gasto social dentro del gasto público total, que pasó del 45,7% en 1991-1992 al 59,3% en 2001-2002 y al 62,6% en 2009-2010. Sin embargo, algunas fluctuaciones y aumentos de la prioridad fiscal del gasto social obedecieron más bien a contracciones del gasto público no social y, por tanto, a disminuciones relativas del gasto público total, principalmente entre 1999 y 2004.

A partir de 2010, diversos países iniciaron reformas fiscales, tanto por el lado de los ingresos como del gasto, para consolidar sus finanzas públicas, ya que, después de aproximadamente un lustro (2003-2008) de generación de superávits primarios y reducción de la deuda pública, las medidas que involucraron el aumento del gasto público generaron déficit en las cuentas públicas. Aunque las cifras de 2010 muestran que en ese año se mantuvo la tendencia contracíclica de expansión de los gastos, hubo un mayor incremento del gasto público social y, en varios casos, caídas del gasto público no social.

Los datos parciales de 2011 indican que habría una tendencia a la contracción relativa del gasto social (reducción de la prioridad económica, en porcentajes del PIB, de 0,8 puntos porcentuales respecto de 2010 como promedio simple de ocho países), pero que no habría significado necesariamente una disminución absoluta de los recursos destinados a los sectores sociales.

Aun cuando hay claras tendencias generales, en la región existen notables diferencias de un país a otro, no solo en cuanto a la cantidad de recursos que efectivamente pueden movilizar hacia los sectores sociales, sino también respecto del esfuerzo macroeconómico que representa el presupuesto público social.

Gráfico 16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN EL GASTO TOTAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
(En porcentajes del PIB y del gasto público total)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Promedio ponderado de los países.

Estos tres momentos influyeron en diversa medida en la política fiscal y la política social. Al reforzamiento de algunos grandes programas sociales (de lucha contra

A. La evolución del gasto social en los países

Salvo en períodos específicos, todos los países han hecho esfuerzos tanto por aumentar la relevancia del gasto público social dentro del gasto total (prioridad fiscal del gasto social) como su prioridad macroeconómica, muchas veces impulsando el aumento de la proporción del gasto social con respecto al PIB. Al final del período analizado, la prioridad macroeconómica del gasto social había registrado aumentos significativos en prácticamente todos los países. Entre 2009 y 2010 solo el Ecuador, Guatemala, el Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago registraban gastos sociales con valores inferiores al 10% de sus respectivos PIB; además de los países que ya a inicios de la década de 1990 superaban el 15% del PIB destinado a gasto social, ahora se incluyen Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile y Costa Rica (véase el gráfico 17).

Costa Rica, Honduras, Jamaica, México y el Perú lo aumentaron un 50% o más. En contraste, el incremento en Chile, Panamá y, especialmente, Trinidad y Tabago fue poco sustantivo en los últimos 20 años.

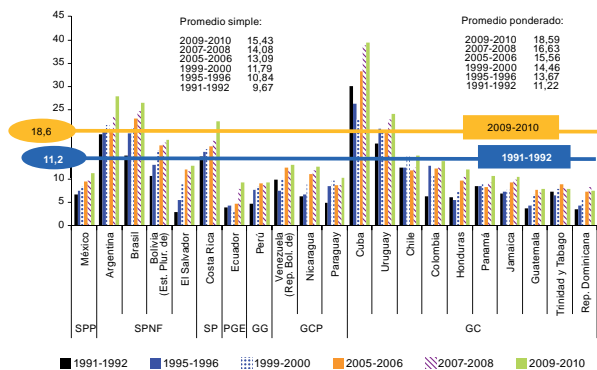
1. Disminución de la prociclicidad del gasto social

Como consecuencia de las medidas adoptadas para enfrentar el alza de los precios de los alimentos y otros productos básicos, y las destinadas luego a paliar los efectos de la crisis financiera internacional, se observa en los últimos años una cierta independencia en las fluctuaciones del gasto social respecto del ciclo económico. Esto explicaría buena parte del incremento del gasto social en el último bienio, de 2 puntos porcentuales del PIB. Esta alza se concentró mayormente en seguridad y asistencia social (un 50% del incremento). Parte de esto se debe tanto a compromisos en materia de seguridad social, cuyo comportamiento es más bien inercial y tiene cierta independencia del ciclo económico, y al reforzamiento en algunos países de componentes no contributivos de aquella (pensiones solidarias); también se aprecia una extensión o puesta en marcha de diversos programas de asistencia social destinados a las personas y los hogares más vulnerables a la contracción económica.

Así lo refuerzan los datos de algunos países: entre 2007 y 2009, esta partida registró un alza del 33,6% en la Argentina (casi un 10% en 2008 y más de un 21% en 2009), del 15% en el Brasil (gobierno federal), del 80% en Chile, casi del 35% en Colombia, del 66% en Costa Rica, de casi un 50% en México (gobierno federal, concentrada en 2008, ya que en 2009 anotó una leve reducción) y de más del 28% en el Paraguay (alza observada en 2009, ya que en 2008 se registró una disminución de más del 10%).

Datos parciales de 2011 indican que habría una tendencia a la contracción relativa del gasto social, pero que no habría significado necesariamente una reducción absoluta de los recursos destinados a los sectores sociales. Esto estaría asociado al mantenimiento de la incertidumbre económica que han generado las economías desarrolladas, más allá de la crisis financiera de 2008-2009, y a los persistentes déficits de la cuenta corriente de la balanza de pagos, que podrían afectar los ingresos fiscales e incrementar el déficit fiscal.

Gráfico 17
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
(En porcentajes del PIB)

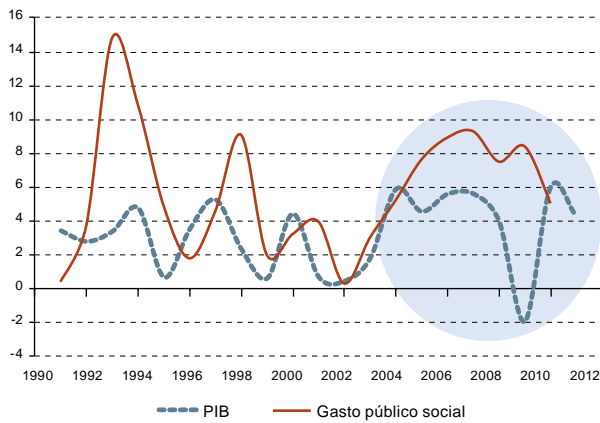


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a GC: Gobierno central; GCP: Gobierno central presupuestario; GG: Gobierno general; PGE: Presupuesto general del Estado; SP: Sector público (total); SPNF: Sector público no financiero; SPP: Sector público presupuestario.

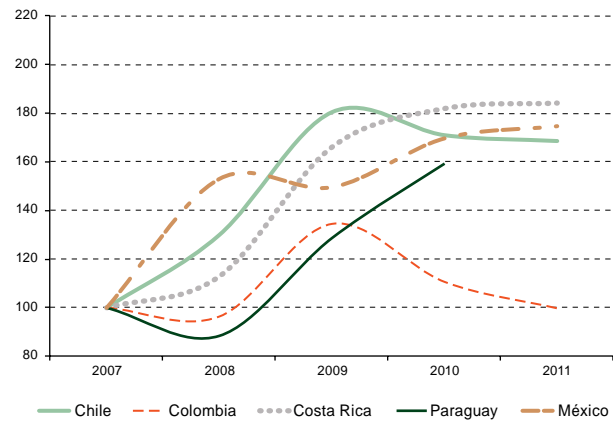
Pese a que existen diferencias persistentes en cuanto a la prioridad macroeconómica del gasto social, vale la pena destacar los países que hicieron esfuerzos proporcionalmente mayores para aumentar el porcentaje de estos gastos. Medida en relación con el PIB, El Salvador aumentó la prioridad macroeconómica del gasto público social en más del 300% (del 2,9% al 13% del PIB); Colombia, el Ecuador, Guatemala, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana duplicaron con creces el esfuerzo macroeconómico entre 1991-1992 y 2009-2010; Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil,

Gráfico 18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN
AGREGADA DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL Y EL PIB, 1990-2010
(Tasas porcentuales de variación anual)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

Gráfico 19
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (5 PAÍSES): EVOLUCIÓN
RECIENTE DE LA ASISTENCIA SOCIAL, 2007-2011
(Índice 2007=100)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

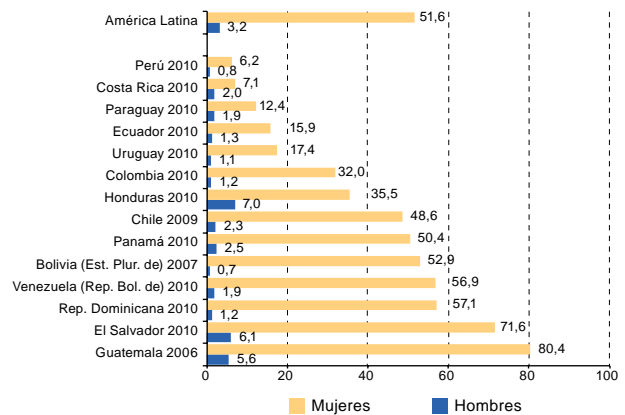
B. El gasto de los hogares en cuidados: perfil socioeconómico y demográfico

Tradicionalmente, las asimetrías de género han dado lugar a que las necesidades universales de cuidado se satisficieran principalmente en el seno familiar y quedaran a cargo de las mujeres. En general, esto va de la mano de débiles políticas públicas de cuidado, con programas de escasa cobertura, bajo financiamiento y fragmentados. En ese sentido, el derecho a cuidar y a ser cuidado sigue fundamentalmente dependiendo del tiempo y el esfuerzo que a tal efecto puedan dedicar las mujeres en el seno de los hogares, de la solidaridad intergeneracional que existe dentro de las familias y de la capacidad de pago de servicios de cuidado de cada cual, lo que, además, restringe las opciones de inserción laboral de las mujeres (véase el gráfico 20).

Las necesidades de cuidado de los hogares se pueden traducir en gastos para contratar una provisión que puede ser de cuidados directos, indirectos o una mezcla de ambos, información que se obtiene mediante el procesamiento de encuestas de ingresos y gastos de los diversos países. Destaca el hecho de que la inmensa mayoría de los hogares carece de tal capacidad de pago. En el caso de los hogares que declaran efectuar gastos, dado su carácter monetario, la demanda efectiva de mercado de los hogares

así expresada depende de los ingresos globales con que ellos cuenten y de la gama de necesidades que deban, quieran y puedan cubrir.

Gráfico 20
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABAJADORES INACTIVOS QUE
DECLARARON COMO MOTIVO DE SU INACTIVIDAD TAREAS DE
CUIDADO Y LABORES DOMÉSTICAS, POR SEXO
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

1. Estructura del gasto en cuidados

Dependiendo de la disponibilidad de información, se agruparon los gastos en diversas actividades del servicio doméstico, que pueden destinarse a la familia como un todo o a integrantes de diversas edades. Por otra parte, se englobaron los gastos dirigidos al cuidado de la salud, dentro y fuera del hogar; se infiere que ellos se destinan principalmente a personas adultas mayores del hogar y a personas enfermas o con discapacidad. Finalmente, se consolidaron los gastos relacionados con la educación, destinados a los infantes desde su nacimiento hasta el preescolar¹⁰.

Las encuestas analizadas evidencian costos muy diversos de los servicios domésticos o de enfermería, relacionados con gastos que, por su carácter, se realizan de manera continua o discontinua en el seno de los hogares; las encuestas no contienen información que permita inferir los costos en razón del número de horas o de jornadas pagadas.

Los servicios domésticos son gastos privados realizados para un servicio también netamente privado. En cambio, las erogaciones en el cuidado de la salud podrían estar cubiertas parcialmente por algún tipo de aseguramiento público o privado. En cuanto a las vinculadas al cuidado de los niños, pueden reflejar pagos de servicios educativos privados, con o sin subvenciones públicas, copagos para servicios educativos públicos y otros.

2. Algunas características seleccionadas de los hogares latinoamericanos en torno al gasto en cuidados

En primer lugar, solo una minoría de las familias de los países analizados puede externalizar esas responsabilidades mediante el pago de servicios (en promedio, un 15%); como es de esperar, son los hogares de menores ingresos los que tienden en mayor medida a no efectuar estos gastos. En cuanto a la distribución por quintiles extremos, en promedio, solo un 7,6% del primer quintil de hogares (el más pobre) efectúa gastos en cuidados, frente al 32% en el quintil más rico; las mayores diferencias entre los hogares más y menos ricos se registran en Chile, Costa Rica y el Uruguay. Por otra parte, en las familias biparentales en las que ambos cónyuges trabajan, es mayor la propensión a efectuar gastos en cuidado, así como en los hogares con niños menores de 5 años. Sin embargo, es extremadamente alto el porcentaje de hogares con niños de ese tramo de

edad que no efectúan gastos, lo que evidencia el papel crucial de los trabajos no remunerados de cuidado que queda en manos de las mujeres.

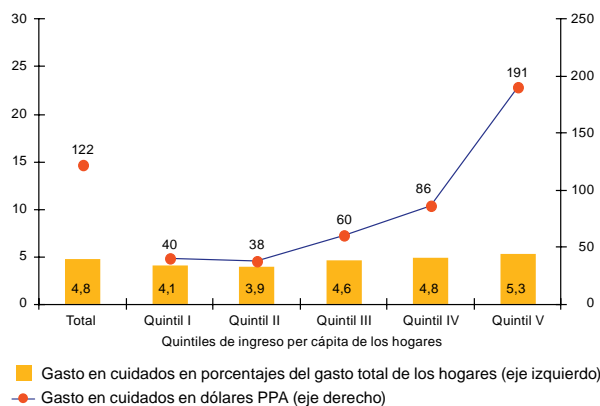
3. La desigualdad e irreductibilidad del cuidado

En el conjunto de la región, conforme aumenta el ingreso disponible, en términos absolutos se incrementa en gran medida el gasto para servicios de cuidado (véase el gráfico 21). En los 14 países analizados, en promedio, las familias más ricas gastan cuatro veces más que aquellas con los menores ingresos. Pero en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, El Salvador, México y Panamá, las diferencias del monto de gasto entre el V y el I quintil son mucho más grandes: el promedio simple para este subconjunto muestra que las familias más ricas gastan 17 veces más; dentro de ellos, Chile es el país más desigual. En la otra punta de la distribución, los países con menor nivel de desigualdad entre los quintiles extremos son el Perú, la República Dominicana y el Uruguay; en este subconjunto, el quintil más rico gasta un 50% más que el más pobre.

Sin embargo, como se observa en el gráfico 21, la proporción de recursos destinados al cuidado respecto del ingreso total de los hogares no muestra una fluctuación significativa por quintiles de ingreso.

Gráfico 21
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EN CUIDADOS
SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA DE
LOS HOGARES, ALREDEDOR DE 2005^a

(En porcentajes del gasto total de los hogares y dólares PPA de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

^a Se consideran únicamente los hogares que efectuaron gasto en cuidados.

¹⁰ Sobre la conceptualización del cuidado subyacente, véase la introducción a la parte II de esta edición del *Panorama Social de América Latina*.

Por su parte, los niveles de gasto en cuidado de los hogares encabezados por varones, en su mayoría biparentales, son en promedio un 16% superiores a los de hogares encabezados por mujeres; pero si se considera la proporción del gasto en cuidado respecto del gasto total, estos últimos tienen erogaciones mayores que los primeros.

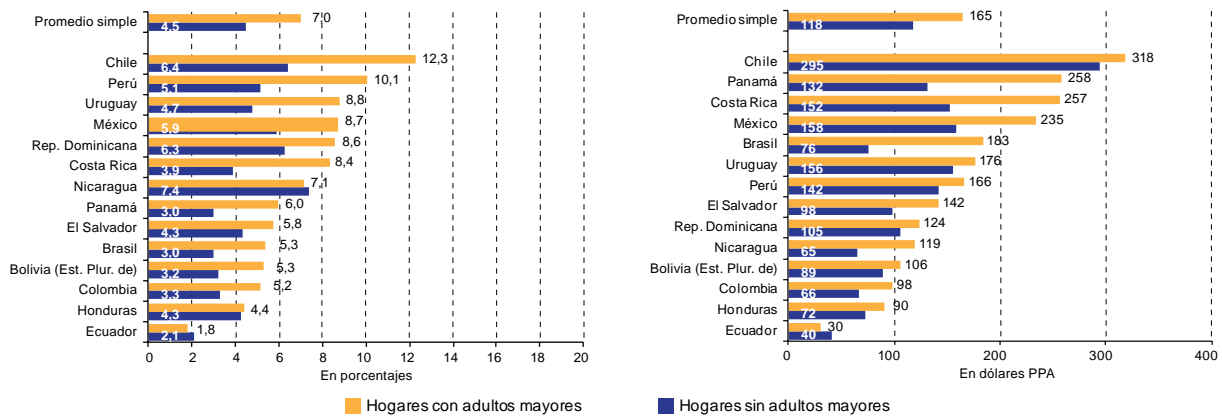
Al comparar la contrastante capacidad de gasto en esta área de los hogares pobres y no pobres, resaltan varios aspectos a tener en cuenta: el desigual acceso en términos de la cantidad de servicios de cuidado que se puede adquirir, la variable monetaria como barrera de acceso a los servicios y la desigual calidad de los servicios que se pueden adquirir. La capacidad de gasto tiene efectos no solo para la calidad del cuidado, sino también para las condiciones de empleo de quienes prestan estos cuidados directos e indirectos remunerados (véase el capítulo III).

4. El cuidado remunerado y no remunerado en hogares con niños pequeños y adultos de edad avanzada: contrastes

En 11 de los 14 países analizados, los hogares con niños destinan incluso menos cantidad de recursos

al cuidado que aquellos sin niños. Ello muestra que en gran medida las necesidades de estos niños son cubiertas con cuidados no remunerados, sea por su madre, otros parientes o por vecinas. Sin embargo, si la mujer trabaja fuera del hogar, hay una tendencia a gastar más en cuidados remunerados. En contraste, las erogaciones en el cuidado de los hogares con adultos mayores son más altas, tanto en los montos como en la proporción que se le destina (véase el gráfico 22). Esta diferencia se debe probablemente a que se cuenta con menor apoyo intergeneracional e intrafamiliar para este fin, porque la complejidad de los cuidados es mucho mayor en adultos mayores o porque en la biografía familiar la persona adulta mayor deja de prestar este servicio solidario —implícito en el cuidado no remunerado de la infancia— y pasa a ser sujeto de cuidado. Sin embargo, cabe tomar en cuenta un recaudo adicional: las mujeres de avanzada edad frecuentemente deben asumir el papel de cuidadoras principales de sus esposos, lo que, por su dificultad, incluso puede acelerar su propia vulnerabilidad.

Gráfico 22
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EN CUIDADOS COMO PROPORCIÓN DEL GASTO TOTAL DE LOS HOGARES Y COMO MONTO PROMEDIO EN EL MES DE REFERENCIA, SEGÚN PRESENCIA DE ADULTOS DE 75 AÑOS O MÁS, ALREDEDOR DE 2005^a
(En porcentajes y dólares PPA de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.
^a Incluye solo a hogares que efectuaron gastos en cuidados.

Capítulo V

El cuidado de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe: una aproximación comprehensiva

A. Introducción

Desde la adopción en 2006 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), esta problemática se ha ido incorporando con vigor a la agenda social y política de todos los países del mundo. La Convención afirma el derecho de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad en igualdad de condiciones que el resto de la población; de allí que garantizar el goce de sus derechos requiere de la instalación de una red idónea de asistencia domiciliaria y personal y otros servicios de apoyo y ayudas técnicas.

En este contexto, en el presente capítulo se presentan los resultados de una exploración comprehensiva de la información disponible sobre la situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. Es importante señalar que los datos disponibles son poco comparables entre países, pues las estimaciones varían según el grado de severidad de las deficiencias

consideradas en las preguntas de los distintos instrumentos de medición, sean censos, encuestas de hogares o encuestas especializadas. Por otro lado, en el capítulo se brinda una mirada regional a las necesidades generadas por el crecimiento de un grupo de la población al cual todos podemos pertenecer en algún momento de nuestro ciclo de vida o al que podemos estar vinculados a través del cuidado de otra persona. Se analizan las complejas necesidades e implicancias éticas del cuidado como aporte a la formulación de políticas sociales con un enfoque de derechos, tomando en cuenta que el cuidado que reciben las personas con alguna discapacidad puede ser el instrumento para lograr una vida más independiente y tomar el control de los procesos de decisiones que involucra el amplio espectro de sus necesidades, y constituirse en el mecanismo para asegurar el ejercicio de sus derechos y su participación social.

B. El cuidado para una vida independiente: aproximación conceptual

La aproximación del concepto de cuidado de las personas con discapacidad ha evolucionado junto con el concepto mismo de discapacidad, desde el modelo biomédico, que requiere asistencia médica y rehabilitadora para facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación, hasta el modelo biosocial, en el que la discapacidad se conceptualiza como un problema social y personal, que requiere también de apoyo para la integración a la sociedad mediante tratamientos individuales y acciones en el entorno físico, social y familiar. Desde allí, la discapacidad se considera el producto de una interacción compleja entre la alteración de la salud y los factores del entorno. Estos cambios de enfoque se reflejan en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de

la Discapacidad y de la Salud (CIDDM-2), adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 2001, en la que se basan los actuales trabajos de medición.

De este modo, la funcionalidad se define como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades que responden a sus necesidades diarias básicas, instrumentales y funcionales, cuya pérdida genera el peligro de caer en la discapacidad y la dependencia. Por su parte, el concepto de autonomía se refiere a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás —aun gracias a las tecnologías de apoyo—, mientras que la independencia se entiende como la capacidad de tomar

decisiones por sí mismo y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo con las preferencias propias y los requerimientos del entorno, aunque se necesite de la ayuda y el apoyo de otras personas para lograrlo. Estas dos condiciones, que

son constitutivas de la calidad del cuidado, están incluidas en la CDPD (artículo 19) y son ampliamente impulsadas por las organizaciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

C. La magnitud de la discapacidad

En los países de América Latina y el Caribe, la información disponible de la ronda de los censos de 2000 y 2010, además de las encuestas especializadas de discapacidad, permite una aproximación a la magnitud del problema. Sin embargo, debido a que se presenta una importante heterogeneidad en los criterios de medición —principalmente en el tipo y severidad de las deficiencias y limitaciones registradas— la comparabilidad es acotada y no es posible trazar un mapa preciso de la discapacidad en la región.

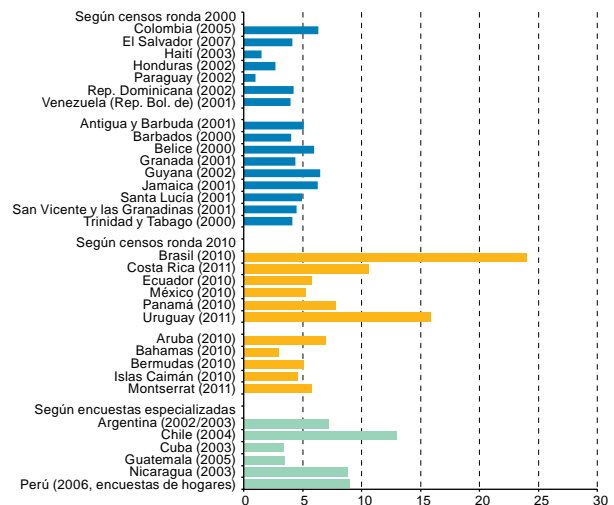
Por ejemplo, en los países que ya realizaron los censos de la última ronda, la prevalencia varía desde un 5,1% en México hasta un 23,9% en el Brasil (véase el gráfico 23), mientras que en el Caribe el rango se extiende desde un 2,9% en las Bahamas hasta un 6,9% en Aruba. Esto indica la necesidad de fortalecer los procesos de armonización de la medición de modo de tener información regional comparable.

De todas maneras, es posible estimar que en la actualidad, alrededor del 12,0% de la población de América Latina y el Caribe viviría al menos con una discapacidad, lo que involucraría aproximadamente a 66 millones de personas. Además, se prevé que esta proporción se incrementaría debido al envejecimiento de la población y a cambios en los estilos de vida¹¹. Esto permite prever una presión creciente sobre el cuidado en los hogares, sobre las redes disponibles y los limitados recursos y servicios que el Estado destina a estos fines¹².

¹¹ La velocidad de expansión relativa de la población mayor de 60 años en América Latina, y específicamente de la población mayor de 80 años, plantea desafíos enormes a los servicios de cuidado y su financiamiento y al trato de la sociedad, ya que habrá un porcentaje claramente superior de personas con discapacidades a causa de este envejecimiento.

¹² Para realizar este estudio se utilizaron aquellos censos de la ronda de 2010 que incorporan preguntas sobre discapacidad (el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, México, Panamá y el Uruguay en América Latina, y Aruba, las Bahamas, las Bermudas, las Islas Caimán y Montserrat en el Caribe). En el caso de los países de la región que aún no han aplicado y procesado estos censos, se han considerado los censos de la ronda de 2000 (Colombia, El Salvador, Haití, Honduras, el Paraguay y la República Dominicana en América Latina, y Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago en el Caribe), así como información proveniente de encuestas de hogares y encuestas especializadas (Argentina, Chile, Cuba, Guatemala, Nicaragua, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)).

Gráfico 23
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (33 PAÍSES): PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN TOTAL
(En porcentajes)

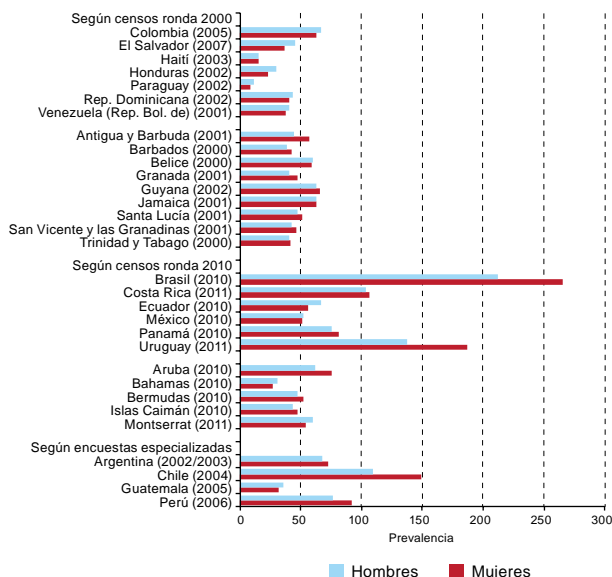


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de población, 2010; Chile: Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC), 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de población y vivienda 2011; Cuba: Estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) 2005; Haití: Censo general de población y vivienda, 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional para Personas con Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2010; y para el Caribe: Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda, 2001; Aruba, 2010; Bahamas, 2010; Barbados, 2000; Belice, 2000; Bermudas, 2010; Islas Caimán, 2010; Granada, 2001; Guyana, 2002; Jamaica, 2001; Montserrat, 2011; Santa Lucía, 2001; San Vicente y las Granadinas, 2001 y Trinidad y Tabago, 2000.

En más de la mitad de los países, las mujeres registran una tasa de prevalencia de discapacidad más alta que la de los hombres (véase el gráfico 24), especialmente a partir de los 60 años. Ello podría obedecer al hecho de que la mayor esperanza de vida de las mujeres aumenta la posibilidad de tener una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica. De igual modo, las mujeres viven estas etapas de su vida en un contexto de

mayor vulnerabilidad económica, lo que potencia aún más el riesgo de que cualquier deficiencia de salud se transforme en discapacidad, debido a la falta de recursos que les impide costear servicios de apoyo y las ayudas técnicas necesarias para aminorar el impacto de las limitaciones adquiridas con la edad.

Gráfico 24
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (31 PAÍSES): PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD POR SEXO
(Por cada 1.000 personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de población, 2010; Chile: Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC), 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de población y vivienda 2011; Cuba: Estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y V de Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS) 2005; Haití: Censo general de población y vivienda, 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional para Personas con Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; Venezuela (República Bolivariana de): Censo de Población y Vivienda 2001; y para el Caribe: Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda, 2001; Aruba, 2010; Bahamas, 2010; Barbados, 2000; Belice, 2000; Bermudas, 2010; Islas Caimán, 2010; Granada, 2001; Guyana, 2002; Jamaica, 2001; Montserrat, 2011; Santa Lucía, 2001; San Vicente y las Granadinas, 2001 y Trinidad y Tabago, 2000.

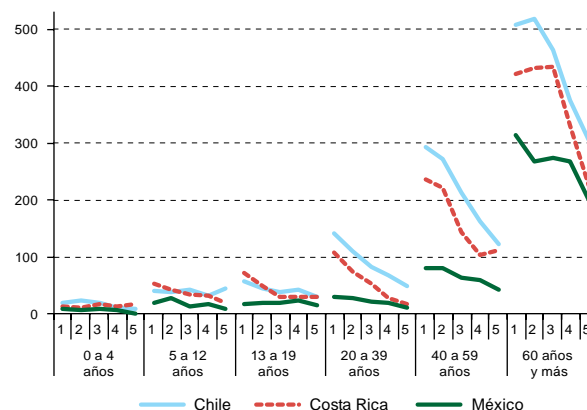
Además de las mujeres, los grupos de población que presentan mayor vulnerabilidad económica y social también arrojan tasas más altas de discapacidad: los adultos mayores, los habitantes de las zonas rurales, los pueblos indígenas y afrodescendientes y las personas con menores ingresos. Estos grupos sufren una mayor incidencia de personas con discapacidad (o de mayor

intensidad en la discapacidad) por falta de atención oportuna y por no contar con los recursos o el acceso a los servicios pertinentes.

Las personas con discapacidad están sobrerrepresentadas entre los más pobres. En tres países de América Latina —Chile, Costa Rica y México— las encuestas de hogares de los últimos años muestran una prevalencia de la discapacidad más elevada en los primeros quintiles de ingreso a medida que aumenta la edad de las personas. Si bien a partir de los 40 años la desigualdad es evidente, esta se hace especialmente notable en las personas de 60 años y más. El gráfico 25 alerta sobre el incremento de las brechas entre quintiles a medida que envejece la población. Esto implica que existen factores de contexto que van ejerciendo un efecto cada vez mayor conforme se avanza en el ciclo de vida, donde los recursos económicos y sociales claramente pesan para poder anticiparse a una vejez con mayor o menor autonomía. Por tal razón, tanto más importante resultan las políticas que puedan contrapesar estas diferencias de trayectorias según el nivel de ingreso de las personas.

La falta de recursos de los hogares, el costo de los apoyos técnicos y los servicios de cuidado y los obstáculos a la generación de ingresos que enfrentan las personas con discapacidad y aquellos que los cuidan potencian el impacto negativo de las deficiencias sobre la calidad de vida de los afectados, lo que incluye su empobrecimiento.

Gráfico 25
AMÉRICA LATINA (3 PAÍSES): PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO Y GRUPOS DE EDAD, ALREDEDOR DE 2010
(En número de personas por cada 1.000)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Chile: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2009; Costa Rica: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG), 2010; México: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2010.

D. La calidad de vida según tipos y niveles de discapacidad

La calidad de vida de las personas está también muy relacionada con el tipo de limitación que deben enfrentar, tanto por las dificultades propias de cada tipo de deficiencia —ya sea sensorial, mental o física— como por las diferencias en la respuesta del entorno a cada una de ellas en cuanto a capacidad de autocuidado, adaptación del medio físico, participación social, oferta de oportunidades educativas y laborales y respeto del derecho a la autodeterminación. Según información censal de 18 países de la región, prevalecen en América Latina y el Caribe las limitaciones visuales y de movilidad, seguidas por las deficiencias de la audición y del habla en América Latina y de las dificultades relacionadas con las funciones mentales y la destreza en el Caribe. La discapacidad visual y la motora son las que menos impacto negativo tienen en el acceso a la educación y el empleo, mientras que las personas con deficiencias cognitivas y mentales o con poca capacidad de autocuidado son las que encuentran más obstáculos para integrarse a la actividad económica y social.

Las dificultades para responder a las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad dependen de su grado de autonomía funcional y de independencia, que tienen relación con las características de los distintos tipos de deficiencia con los que deben vivir: visual, auditiva, cognitiva, comunicativa, de movilidad, del cuidado personal, de las funciones mentales. A su vez, el tipo de discapacidad con la que debe vivir una persona influye de manera marcada en sus oportunidades de participación social. Por ejemplo, la información sobre la asistencia escolar de las personas

con discapacidad de 13 a 18 años en 17 países de América Latina y el Caribe revela una gran disparidad de acceso según el tipo de discapacidad. Los porcentajes de acceso van desde un mínimo del 17% en el caso de las personas con discapacidad psíquica en El Salvador, hasta el 100% en el caso de las personas con discapacidad auditiva en Bermudas y aquellas con dificultad para hablar en las Islas Caimán. En cuanto a los logros educativos, la discapacidad visual y auditiva y la dificultad para caminar y moverse son las limitaciones que menos los afectan. Las personas con dificultad para hablar, aprender y relacionarse con los demás (discapacidad psíquica) y aquellas con pérdida de la capacidad de autocuidado son las que enfrentan los mayores obstáculos para completar años de estudios.

De la misma manera, la actividad económica de las personas con discapacidad varía en función de su tipo de discapacidad. Se advierte en 14 países que las personas con discapacidad visual son las que tienen más facilidad para incorporarse a la fuerza laboral, superando la participación económica total de las personas con discapacidad en todos los países, con excepción de Barbados y Santa Lucía. Las personas con discapacidad auditiva y motriz y aquellas con limitaciones para hablar también tienen más oportunidades que las personas con deficiencias de las funciones cognitivas y mentales, destreza deficiente o poca capacidad de autocuidado. En todos los casos, el porcentaje de personas de 15 años y más con algún tipo de discapacidad (única o múltiple) que son económicamente activas es mucho más bajo que el porcentaje de las personas sin discapacidad.

Cuadro 2
EL CARIBE: TASAS DE EMPLEO DE PERSONAS EN EDAD DE TRABAJAR CON DISCAPACIDAD Y SIN DISCAPACIDAD, POR SEXO, ALREDEDOR DE 2000
(En porcentajes del total de personas en edad de trabajar)

País	Personas con discapacidad			Personas sin discapacidad		
	Tasa de empleo		Razón entre el empleo masculino y el femenino	Tasa de empleo		Razón entre el empleo masculino y el femenino
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
Antigua y Barbuda	63,6	64,5	0,99	77,1	67,1	1,15
Antiguas Antillas Neerlandesas	41,6	32,7	1,27	67,7	54,0	1,25
Barbados	36,3	30,4	1,19	80,7	67,4	1,20
Belice	62,8	28,0	2,24	76,0	33,0	2,31
Granada	38,9	24,0	1,62	68,3	47,8	1,43
Santa Lucía	40,9	32,9	1,25	68,4	51,5	1,33
San Vicente y las Granadinas	33,0	23,7	1,39	62,8	41,6	1,51
Trinidad y Tabago	34,7	21,1	1,64	72,3	41,6	1,74
Total	40,8	27,2	1,50	72,5	46,7	1,55

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proporcionada por las respuestas al cuestionario sobre disponibilidad de datos en la subregión caribeña.

E. El cuidado de personas con discapacidad

Según el primer *Informe Mundial sobre Discapacidad* de la OMS, publicado en 2011, las personas con discapacidad necesitan apoyo y asistencia para lograr una buena calidad de vida y participar en la vida económica y social en igualdad de oportunidades con las demás personas. Este cuidado puede incluir:

- i) servicios de cuidado a domicilio para dar apoyo en las tareas domésticas;
- ii) atención de salud primaria a domicilio para responder a las necesidades médicas y de autocuidado;
- iii) entrega de equipamiento y ayuda técnica, adaptación de la vivienda y formación de capacidades para el cuidado;
- iv) atención ambulatoria en centros abiertos de rehabilitación;
- v) oferta de cuidados en residencias adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad, y
- vi) centros institucionales especializados.

Si bien un porcentaje apreciable de personas con discapacidad en la región viven solas, la gran mayoría recibe este cuidado y apoyo por parte de miembros de su familia inmediata bajo distintos arreglos de convivencia. Esta situación tiene un efecto importante en el bienestar tanto emocional como financiero de la familia, lo que pone en evidencia la insuficiencia de la oferta de servicios de cuidado por parte del Estado, el mercado y las organizaciones civiles. Sin embargo, el problema adquiere hoy mayor presencia pública y política en los países de la región, lo que se refleja en la expansión de programas gubernamentales que ofrecen apoyo a los cuidadores familiares, el otorgamiento de

servicios de cuidado domiciliarios y de apoyo a la vida independiente, y la puesta en marcha de programas orientados a impulsar el goce de los derechos económicos y sociales por medio del acceso a la educación inclusiva, el empleo y la cobertura de seguridad social de personas con discapacidades.

Los tipos de programas de cuidado que ofrecen los gobiernos de la región incluyen servicios de atención domiciliaria para las personas con discapacidad y sus familiares; provisión de ayuda técnica, ortesis y prótesis, ya sea por entrega directa o mediante el financiamiento total o parcial para su adquisición; adaptación y reparación de viviendas para las personas con discapacidad; centros residenciales y apoyo económico de distintos montos para el financiamiento de los servicios de cuidado y de rehabilitación. Además, destacan los programas de educación integrada y educación inclusiva para niños con discapacidad que ofrecen los gobiernos de algunos países de América Latina y el Caribe. También se avanza en distintas modalidades de programas de empleo y capacitación para las personas con discapacidad, los que no solo tienen un efecto sobre sus ingresos, sino también sobre su autonomía económica a largo plazo, por medio de los sistemas de seguridad social.

El análisis muestra que una minoría de países de América Latina y el Caribe ofrecen beneficios no contributivos cuya entrega es independiente de la actividad laboral, mientras la mayoría otorgan asignación familiar, beneficios focalizados, pensión mínima garantizada a la persona declarada inválida o a sus hijos con discapacidad en la medida en que la persona titular del derecho haya cotizado al sistema nacional de seguridad social durante un período determinado.

F. Recapitulación

Los resultados de esta exploración ponen en evidencia la necesidad de avanzar de manera coordinada y consensuada para homologar criterios que permitan elaborar diagnósticos exhaustivos, que provean mayor unidad en la mirada regional y mayores posibilidades

de lograr una visión dinámica que recoja los cambios a lo largo del tiempo.

En términos de valores y políticas, existe consenso en la comunidad internacional respecto de un enfoque de derechos, en cuyo marco el cuidado de las personas

con discapacidades debe regirse por el valor ético de la autonomía. Esto no constituye en absoluto un desconocimiento de las condiciones de dependencia que las distintas discapacidades plantean en la vida de las personas. Más bien se busca, dentro de esas realidades, una relación

de cuidado que potencie al máximo la capacidad de las personas para decidir sobre sus proyectos de vida, llevar una vida con el máximo de libertad y dignidad posible, y poder ser visibles y audibles tanto en sus condiciones como en sus demandas de buen trato.

Capítulo VI

Las políticas del cuidado: situación y desafíos de la región

A. El pacto social en torno al cuidado

Los nuevos roles de mujeres y hombres, los rápidos cambios sociodemográficos —la mayor participación laboral femenina, la modificación de las estructuras familiares, el envejecimiento poblacional y los cambios en el perfil epidemiológico— modifican las necesidades de cuidado y tornan más crítico y cuestionable el hecho de que el trabajo no remunerado de las mujeres en el hogar sea la columna vertebral de su provisión. Se requiere, en este marco, un nuevo balance respecto del rol del Estado, del mercado, de las familias y de la comunidad en la provisión del cuidado. Este nuevo balance requiere de un nuevo contrato social que establezca una distribución más equitativa de los roles y de los recursos entre mujeres y hombres en el seno de las familias y de la sociedad, y que potencie un nuevo vínculo entre la esfera pública y privada del trabajo con efectos positivos en el desarrollo productivo. En cuanto al Estado, es indispensable conformar sistemas nacionales de cuidado que estén dotados de una institucionalidad pública capaz de integrar las políticas y los servicios de cuidado, de articular las organizaciones y recursos públicos, privados y de la sociedad civil, de velar por la pertinencia, integralidad y calidad de los servicios, con una visión sensible a las especificidades y necesidades del entorno.

En el marco de los pactos sociales para avanzar hacia una mayor igualdad, el sistema de cuidados y las políticas que lo sustentan se construyen sobre la definición del cuidado como un derecho ciudadano. Este derecho tiene a la igualdad y la universalidad como principios rectores, en el sentido de que todos los miembros de un país tengan igualdad de acceso al cuidado, que se concibe para todas

las personas en su condición de titulares de derechos. De allí la necesidad de avanzar hacia la universalización progresiva de los cuidados, que debe conformar un pilar de la protección social, articulando enfoques universales con acciones afirmativas y políticas selectivas que permitan igualar el ejercicio del derecho al cuidado.

Por su parte, el principio de solidaridad se refiere a la participación en el financiamiento. La solidaridad se estructura por medio de la tributación y de las contribuciones a la seguridad social que financian prestaciones y transferencias, apuntando a la progresividad, y la solidaridad tiene además una perspectiva intergeneracional. Finalmente, el principio de corresponsabilidad establece la necesidad de un nuevo contrato de género, en el entendido de que es indispensable una distribución más equitativa de los roles y los recursos entre mujeres y hombres en el seno de las familias y de la sociedad para lograr una solución igualitaria de las necesidades de cuidado que la región enfrenta.

Las necesidades y los recursos con que cuentan las personas varían conforme a su ciclo de vida, y la solidaridad intergeneracional respecto del cuidado posibilita intercambios mutuamente beneficiosos al permitir compartir derechos, responsabilidades y riesgos. La familia y el Estado son las instituciones por excelencia que posibilitan esta forma de solidaridad, y las asociaciones y la comunidad también pueden promoverlas. Dado que los intercambios de tiempo y de dinero entre generaciones funcionan mejor cuando existe un relativo equilibrio demográfico, debe reconocerse

que, en diversos grados, la solidaridad intergeneracional está actualmente amenazada y sometida a diversas tensiones concomitantes con el envejecimiento de la población y a la provisión informal y formal de cuidado. Las políticas de cuidado repercuten en el equilibrio de responsabilidades entre la familia, la comunidad,

el Estado y el mercado y deben velar por equilibrar los recursos que se destinan a los diferentes grupos de edad. La política pública afecta las transferencias intergeneracionales de carácter monetario y no monetario. Este es un aspecto complejo del pacto social en torno al cuidado.

B. Políticas y programas vigentes

Los pasos más avanzados en la región hacia una mayor igualdad en materia de cuidado son de carácter jurídico y normativo, se reflejan en la legislación y en reglamentos e incluso en normas constitucionales. Si bien no se advierten aún cambios sistémicos sustanciales, en algunos países la consolidación de sistemas nacionales o de redes de servicios de cuidado comienza a formar parte de la agenda de políticas. En otros casos, este tema se integra al debate con la perspectiva de constituirse en uno de los pilares de la protección social. En varios países, como el Uruguay y Costa Rica, se está ampliando la cobertura de servicios y se dan pasos hacia la organización de sistemas de cuidado. También se están planteando, en algunos, legislaciones para profundizar el derecho a cuidar vinculado a las políticas de conciliación entre la vida familiar y el trabajo, lo que puede fortalecer los derechos laborales.

Los servicios de cuidado generalmente tienen baja cobertura y, sobre todo, operan en el marco de una débil institucionalidad. Como esta dimensión tradicionalmente no ha constituido un eje de las políticas públicas, en muchos casos los programas nacionales que de forma directa o indirecta aluden a los cuidados están enmarcados en programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres o vulnerables. Otros encaran la temática del cuidado a partir de prestaciones relacionadas con la alimentación y nutrición infantil o de adultos mayores, y un número importante se vinculan con componentes de salud.

En el cuadro 3 se resume un panorama de los programas nacionales directamente asociados al cuidado en 14 países. De acuerdo con los registros disponibles, la gran mayoría tiene bajo presupuesto o baja cobertura: en términos presupuestarios, ninguno supera el 1% del PIB; en cuanto a su presupuesto total, de acuerdo con la información disponible, solo unos pocos superaban los

100 millones de dólares. Además, la gran mayoría tiene como beneficiarios a los infantes, en segundo lugar a los adultos mayores y en tercer lugar a las personas con discapacidad. Los programas de infancia mayormente se orientan a salas cuna y jardines infantiles para niños pobres o vulnerables; las prestaciones más típicas, adicionales a las directamente ligadas al cuidado, están enfocadas a distintas combinaciones de nutrición, salud y educación. Los programas —incluidos los de mayor presupuesto y cobertura— generalmente se ejecutan en centros donde se efectúa la prestación principal de cuidado y se proveen prestaciones complementarias, salvo algunas atenciones específicas de salud de mayor complejidad.

Se detectaron también programas públicos que contemplan atenciones domiciliarias y algunos pocos que contemplan ambos espacios, en cuyo caso la atención domiciliar es de carácter secundario. En varios países se han desarrollado distintas combinaciones público-privadas para proveer asistencia domiciliar a personas adultas mayores, enfermos crónicos y personas con discapacidad. Los servicios son básicos e incluyen generalmente ayuda para el aseo personal, la limpieza de la vivienda, la cocina y las compras y acompañamiento, y en algunos casos brindan también atención primaria de la salud y servicios de enfermería. Se observa una gran variedad en la organización, la cobertura y el esquema de estos servicios. La escasa provisión privada tiene en todos los países un alto costo, al alcance solo de familias de altos ingresos. Por su parte, la cobertura de los servicios públicos es en general muy limitada y en muchos de los casos son planes piloto que aún no llegan a consolidarse. Finalmente, en varios países el Estado provee asistencia económica de distintos montos para financiar servicios de cuidado y de rehabilitación de personas con discapacidad.

Cuadro 3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): SISTEMATIZACIÓN DE PROGRAMAS
 CUYO OBJETIVO PRINCIPAL ES EL CUIDADO^a**

País	Programa	Beneficiarios				Atención		Componentes adicionales
		Infantes/niños	Adolescentes	Discapacitados	Adultos mayores	Domiciliaria	En centro de atención	
Argentina	Centros de jubilados				X		X	Alimentación y salud
	Programa de Atención Médica Integral (PAMI)				X		X	Salud
	Promoción y protección de los derechos de los adultos mayores				X	X	X	-
	Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios				X	X	X	-
Chile	Chile Crece Contigo						X	-
	Programa de Apoyo al Recién Nacido	X					X	Salud
	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	X				X	X	Salud
	Programa 4 a 7	X					X	Alimentación, educación/capacitación
	Programa Jardín Infantil	X					X	Alimentación, educación/capacitación
Colombia	Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa			X			X	-
	Programa Adulto Mayor al Cuidado				X		X	-
	De Cero a Siempre	X			X		X	Alimentación y salud
	Red de cuidado	X			X		X	Alimentación, salud, educación/capacitación, ocupación
Cuba	Programa de Empleo para las Personas con Discapacidad (PROEMDIS)			X			X	Salud y ocupación
	Operación Rescate Infantil	X				X	X	Alimentación y salud
Ecuador	Joaquín Gallegos Lara			X			X	Salud
	Foster Care					X	X	Educación/capacitación
Jamaica	Places of Safety	X					X	Alimentación
	Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras	X					X	-
México	Centros de Desarrollo Infantil	X					X	Alimentación, salud y educación/capacitación
	Programa Abrazo	X					X	-
Nicaragua	Aporte a Lisiados y Veteranos de la Guerra del Chaco				X		X	Alimentación
	Programa Nacional Cuna Más	X				X	X	Alimentación, salud y educación/capacitación
Paraguay	Adolescent Mothers Programme		X				X	-
	Golden Apple				X		X	-
Perú	Home Help Grant					X	X	-
	Early Childhood care and Education (ECEC)	X					X	Educación/capacitación
Uruguay	Sistema de Cuidados	X		X			X	Alimentación y salud
	Atención de la Primera Infancia	X					X	-
	Programa de Acogimiento Familiar	X				X	X	-
	Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC)	X	X				X	Alimentación
Venezuela (República Bolivariana de)	Misión Niños y Niñas del Barrio	X					X	Salud
					X		X	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
^a Por la desagregación lograda, en Chile y el Uruguay se presentan el programa principal y sus componentes en renglones separados.

C. Políticas públicas para avanzar en materia de cuidado

A partir del diagnóstico y con el fin de promover el consenso acerca de la responsabilidad social del cuidado, pueden identificarse ámbitos de acción indispensables para avanzar de manera gradual y progresiva:

- i) Ampliar la cobertura y la oferta de cuidado, mediante la creación de nuevos servicios y el incremento de la cobertura existente en los tres subsectores: público, privado y comunitario. El Estado debe cumplir un rol creciente en la organización de esta oferta para el cuidado infantil, de adultos mayores y personas con discapacidades.
- ii) Garantizar servicios de calidad para todos, destinando el financiamiento adecuado a las diferentes modalidades de prestación de cuidados, y adoptar las medidas necesarias para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención estableciendo estándares. En el proceso de mejora de la calidad, el Estado tiene el papel de regular y supervisar las prestaciones e impulsar la protocolización y la integralidad de los servicios.
- iii) Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los trabajadores con responsabilidades familiares. Para ello se requieren acciones que faciliten la gestión del tiempo, estrategias para compatibilizar el trabajo remunerado con el no remunerado, políticas de tiempo no solo circunscritas a las licencias de maternidad y paternidad, sino también de crianza, y horarios y modalidades de trabajo en los que se tengan en cuenta las responsabilidades familiares de los trabajadores.
- iv) Ampliar las opciones disponibles de cuidado de las familias. Para ello, se requiere también ampliar la infraestructura social que reduce la carga del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en los hogares (agua potable y saneamiento, electricidad y transporte público).
- v) Fomentar, por medio de la oferta de servicios públicos de cuidado y la regulación del mercado laboral, empleos de calidad para las personas que trabajan en el sector, otorgando estímulos para crear empleos de calidad para varones y mujeres, con el objetivo de lograr la profesionalización del cuidado. Además de la capacitación, es preciso generar mecanismos de acreditación o certificación de competencias para proteger el ejercicio de los derechos de quienes dan y reciben cuidado.
- vi) Prestar especial atención a la segregación ocupacional asociada al empleo remunerado en el sector del cuidado, que incide en las brechas salariales y en la fuerte asociación de estas ocupaciones con situaciones de vulnerabilidad y pobreza. La segregación ocupacional por sexo es la muestra más evidente de la desigualdad y desvalorización de los cuidados como tarea remunerada. También es importante avanzar en materia de regulaciones laborales en el campo de los cuidados, incrementando los aportes a la seguridad del servicio doméstico y convirtiendo estos empleos en una puerta de entrada al sistema de protección social para las trabajadoras —que en su mayoría se encuentran en situación de pobreza— y eventualmente sus hijos.
- vii) Reconocer el importante aporte que realizan las mujeres mediante el cuidado no remunerado mediante un consenso en materia de protección social y políticas de igualdad y redistributivas.
- viii) Aumentar el presupuesto público destinado a cuidados, previa identificación y delimitación del porcentaje de gasto público social destinado a este sector. En consonancia, evaluar los presupuestos sectoriales desde la perspectiva del cuidado, incluyendo la rendición de cuentas en este ámbito como mecanismo de seguimiento de las políticas. Es vital desarrollar un sistema de información que alimente las políticas de cuidado, oriente la asignación de recursos y permita avanzar hacia la incorporación del trabajo no remunerado y remunerado de cuidados en el sistema de cuentas nacionales de los países.
- ix) Avanzar hacia la creación de mecanismos de exigibilidad del derecho al cuidado, en conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por cada país, y los derechos incluidos en las constituciones nacionales.

D. El financiamiento del cuidado desde la perspectiva de la protección social

El financiamiento de las políticas de cuidado debe estar destinado a que la satisfacción de las necesidades de cuidado de las personas dependientes no esté determinada por la provisión de cuidados informales que se brinda en el seno familiar o por la capacidad individual de pago de servicios, ya que a escala de la sociedad ambos ámbitos evidencian grandes desigualdades.

Por ese motivo, como parte del pacto social y fiscal sobre el cuidado, debe plantearse el financiamiento mediante impuestos generales, cuyo impacto redistributivo está claramente determinado por la presión fiscal, la estructura tributaria y el monto y origen de los recursos que se destinen a tal efecto. Pero también es pertinente analizarlo en términos del aseguramiento dentro del marco de los sistemas de protección social, aspirando a que se convierta en uno de sus pilares. Esto representa un cambio profundo de óptica respecto de los principios del Estado de bienestar, ya que originalmente el aseguramiento se concibió en relación únicamente con el trabajo asalariado, y los asuntos de género y familia se tomaban en consideración solo en la medida en que afectarían la oferta de trabajo del proveedor masculino.

La solidaridad del financiamiento redistributivo y la universalidad plasmada en el acceso abierto a los servicios están en el corazón del pacto sobre el cuidado. Ello se fundamenta en la necesidad de diversificar los riesgos asociados y en la aspiración de prestar servicios de creciente calidad. Con una racionalidad análoga a la del aseguramiento en materia de salud, es importante prever el aseguramiento del cuidado de largo plazo, dado el carácter fortuito de algunos eventos que pueden

exacerbar la dependencia, y la imprevisibilidad en cuanto al nivel de dependencia que las personas mayores van a tener que enfrentar, más allá de las medidas preventivas y del autocuidado que puedan haber adoptado a lo largo de su vida para aminorarlo o de las condiciones socioeconómicas de que hayan podido disfrutar. Con respecto al cuidado de los niños, este no es un evento imprevisible sino deseado, relacionado con la necesidad de intervenir en esta fase del desarrollo. En este caso, los riesgos están asociados con el acceso a los servicios, mientras que en el caso de los eventos indeseados, el riesgo es doble: el acontecimiento del evento y la capacidad de encararlo.

En América Latina y el Caribe, la desigualdad que expresan los sistemas de protección social de pensiones y de salud es tan extrema y tan difícil ha sido su reforma que el financiamiento del cuidado de largo plazo no debe alinearse con las formas de seguridad social preexistentes. Debe asentarse en el principio de iguales oportunidades de cuidado, lo que implica una arquitectura basada en los principios de solidaridad y de universalidad, nutrida con impuestos generales y con formas de aseguramiento solidarias, de carácter contributivo y no contributivo. En cuanto a la operación de la red así financiada, es preciso establecer interacciones efectivas entre los servicios pertinentes para la prestación de cuidados (salud, asistencia social) y la red de prestadores de la protección social existente, con regulaciones que impidan el descreme del mercado y que velen por la calidad, teniendo en cuenta la universalidad encarnada en el principio de igualdad de acceso al cuidado.

Parte I

Pobreza, distribución del ingreso y desconfianza ciudadana

Capítulo I

Avances recientes en la reducción de la pobreza

A. Pobreza

Los niveles de pobreza e indigencia registrados en 2011 presentan una nueva disminución a nivel regional respecto de lo observado en el año precedente. Aun cuando un conjunto importante de países de la región continúa teniendo tasas elevadas de pobreza, el promedio regional es el más favorable de los últimos 20 años.

1. Contexto económico

El PIB de América Latina creció durante 2011 un 4,3%, lo que equivale a una expansión del 3,2% del producto por habitante. Aunque de una magnitud inferior al crecimiento per cápita de 2010 (4,8%), este resultado consolida la recuperación regional tras la caída ocurrida en 2009 (-3,0%). La Argentina (7,9%) y Panamá (8,9%) registraron las mayores tasas de crecimiento por habitante, seguidos por el Ecuador (6,3%), el Perú (5,7%), el Uruguay (5,4%) y Chile (5,0%). Por su parte, solo en el Brasil (1,9%), El Salvador (0,9%), Guatemala (1,4%) y Honduras (1,6%) el producto por habitante creció menos de un 2% (véase el cuadro I.1).

En 2011 el empleo mostró una evolución favorable en la región. La tasa media de desempleo se redujo

del 7,3% al 6,7% respecto de 2010. La continuidad de la tendencia a la reducción del desempleo, iniciada en 2002 e interrumpida solo en 2009, permitió que las cifras de 2011 fueran las más bajas desde mediados de los años noventa y que casi la totalidad de los países latinoamericanos tuvieran tasas de desempleo inferiores al 8%. Los países que registraron las mayores disminuciones del desempleo son Panamá (2,3 puntos porcentuales), el Ecuador (1,6 puntos porcentuales), Chile (1,1 puntos porcentuales) y Colombia (0,9 puntos porcentuales). A su vez, los incrementos más marcados se registraron en Costa Rica (0,6 puntos porcentuales) y Honduras (0,4 puntos porcentuales).

Cuadro I.1
AMÉRICA LATINA (20 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES SOCIOECONÓMICOS, 2000-2011
(En porcentajes)

País y año	PIB per cápita	Desempleo	Salario medio real ^c	Índice de precios al consumidor ^d	País y año	PIB per cápita	Desempleo	Salario medio real ^c	Índice de precios al consumidor ^d
	<i>(tasa media anual de variación)^a</i>	<i>(promedio simple del período)^b</i>	<i>(tasa media anual de variación)</i>	<i>(tasa media anual de variación)^a</i>		<i>(tasa media anual de variación)^a</i>	<i>(promedio simple del período)^b</i>	<i>(tasa media anual de variación)</i>	
Argentina					Haití				
2000-2009	2,4	13,0	4,5	9,4	2000-2009	-0,7	...	...	15,7
2010	8,2	7,7	12,9	10,9	2010	-6,6	...	...	6,2
2011	7,9	7,2	20,3	9,5	2011	4,3	...	...	8,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)					Honduras				
2000-2009	1,8	7,9	-0,9	4,9	2000-2009	2,3	5,8	...	7,9
2010	2,5	6,5	3,1	7,2	2010	0,8	6,4	...	6,5
2011	3,6	...	-0,5	6,9	2011	1,6	6,8	...	5,6
Brasil					México				
2000-2009	2,1	9,4	-0,9	6,7	2000-2009	0,7	4,6	2,3	4,9
2010	6,6	6,7	2,1	5,9	2010	4,4	6,4	-0,9	4,4
2011	1,9	6,0	2,4	6,5	2011	2,8	6,0	0,9	3,8
Chile					Nicaragua				
2000-2009	2,6	9,0	1,9	3,3	2000-2009	1,7	9,0	0,6	8,5
2010	5,1	8,2	2,3	3,0	2010	1,8	9,7	1,3	9,1
2011	5,0	7,1	2,5	4,4	2011	3,6	...	0,1	8,6
Colombia					Panamá				
2000-2009	2,4	15,0	1,3	6,0	2000-2009	4,0	12,3	-1,1	2,6
2010	2,6	12,4	2,8	3,2	2010	5,9	7,7	1,9	4,9
2011	4,5	11,5	-0,1	3,7	2011	8,9	5,4	0,7	6,3
Costa Rica					Paraguay				
2000-2009	2,2	6,2	1,0	10,6	2000-2009	0,0	9,6	0,6	8,1
2010	3,2	7,1	2,1	5,8	2010	11,2	7,0	0,7	7,2
2011	2,8	7,7	5,7	4,7	2011	2,6	6,5	2,7	4,9
Cuba					Perú				
2000-2009	5,4	2,6	4,9	2,8	2000-2009	3,8	8,9	1,0	2,5
2010	2,4	2,5	3,0	1,5	2010	7,6	7,9	2,6	2,1
2011	2,7	...	...	1,7	2011	5,7	7,7	...	4,7
Ecuador					República Dominicana				
2000-2009	2,8	8,7	...	15,3	2000-2009	3,6	15,9	...	12,7
2010	2,1	7,6	...	3,3	2010	6,3	14,3	...	6,3
2011	6,3	6,0	...	5,4	2011	3,1	14,6	...	7,8
El Salvador					Uruguay				
2000-2009	1,5	6,4	...	3,6	2000-2009	2,1	12,5	-0,2	8,7
2010	0,8	6,8	1,0	2,1	2010	8,5	7,1	3,3	6,9
2011	0,9	6,6	-2,9	5,1	2011	5,4	6,3	4,0	8,6
Guatemala					Venezuela (República Bolivariana de)				
2000-2009	0,9	5,0	-0,8	6,8	2000-2009	1,8	12,2	-2,3	21,6
2010	0,4	4,8	2,8	5,4	2010	-3,0	8,7	-5,2	27,4
2011	1,4	...	0,4	6,2	2011	2,6	8,3	2,9	29,0
América Latina									
2000-2009	1,8	9,4	...	7,4					
2010	4,8	7,3	...	6,5					
2011	3,2	6,7	...	6,9					

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras oficiales.

^a A partir del valor del PIB per cápita en dólares, a precios constantes de 2005.

^b Los datos de Colombia, el Ecuador, Panamá y la República Dominicana incluyen el desempleo oculto. En el caso de Guatemala, en el período 2000-2009 solo se dispuso de datos sobre el trienio 2002-2004. Con respecto al período 2000-2008 de Honduras, constan datos a partir de 2001. Los datos de desempleo del Perú corresponden a los de la ciudad de Lima.

^c Por lo general, la cobertura de este índice es muy parcial. En la mayoría de los países se refiere solo a los trabajadores formales del sector industrial.

^d Variaciones interanuales tomando diciembre como mes de referencia. El agregado regional corresponde al promedio simple de las variaciones.

Los salarios reales del empleo formal aumentaron 1 punto porcentual o más en nueve países con información disponible, mientras que el salario mínimo real también exhibió un crecimiento. Este comportamiento de los ingresos reales del trabajo se vio favorecido por el mantenimiento de tasas de inflación bajas en la mayoría de los países; el promedio de la región alcanzó el 6,9%, apenas 0,4 puntos porcentuales por encima de lo observado en 2010. Incluso en los países que registraron las mayores tasas de inflación, estas se mantuvieron por debajo del 9%, excepto en la Argentina y Venezuela (República Bolivariana de). Por otra parte, los países que exhibieron una tendencia al alza más pronunciada fueron El Salvador y el Perú, con tasas anuales de

inflación entre 2,6 y 3,0 puntos porcentuales más altas que las de 2010.

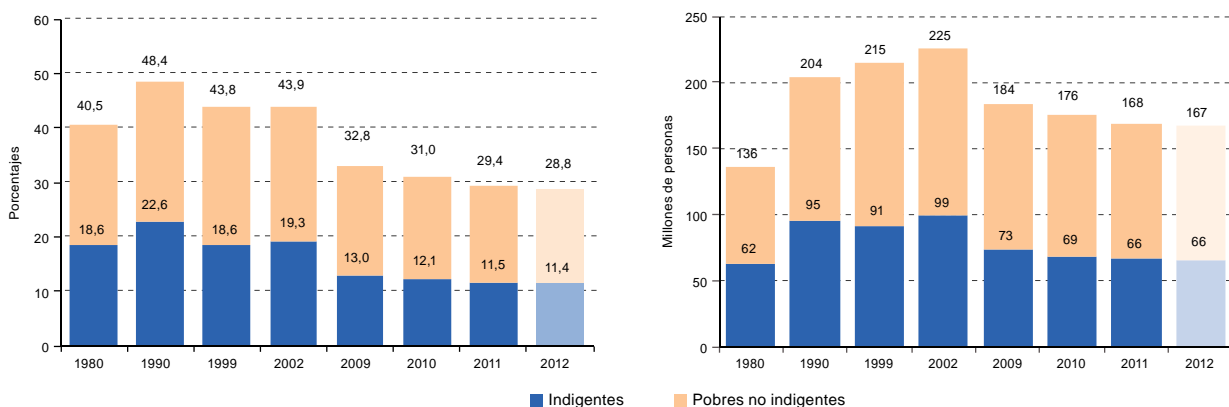
En 2012, América Latina y el Caribe continuó creciendo, a una tasa que se estima alcanzará el 3,2% anual, 1,1 puntos porcentuales más baja que la del año anterior. Cabe esperar asimismo que el ritmo de crecimiento de los precios se mantenga en niveles reducidos, ya que la inflación anual a junio de 2012 (un 5,5% en promedio simple) es la más baja registrada desde noviembre de 2010. En lo que respecta al mercado laboral, se proyecta que las principales variables sigan mostrando mejoras, con una leve alza de la tasa de ocupación y el mantenimiento o una leve disminución de la tasa de desempleo (CEPAL, 2012).

2. Evolución reciente de la pobreza

Las estimaciones de pobreza basadas en las encuestas de hogares disponibles a 2011 indican que en ese año la pobreza de la región se situó en un 29,4%, lo que incluye a un 11,5% de personas en condiciones de

pobreza extrema o indigencia. En términos absolutos, estas cifras equivalen a 168 millones de personas pobres, de las cuales 66 millones son indigentes (véase el gráfico I.1)¹.

Gráfico I.1
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y DE LA INDIGENCIA, 1980-2012^a
(En porcentajes y millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras que aparecen sobre las secciones superiores de las barras representan, en los gráficos respectivos, el porcentaje y el número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes). Las cifras de 2012 corresponden a una proyección.

¹ Las cifras de 2009 a 2011 son algo inferiores a las que aparecen en el *Panorama Social de América Latina, 2011*, a consecuencia del uso de cifras de pobreza y de proyecciones de población más recientes para algunos países.

De esta manera, la incidencia de la pobreza y de la indigencia continuó con la tendencia a la baja que la caracterizó durante el último decenio. Las cifras al año 2011 representan una caída de 1,6 puntos porcentuales en la pobreza y 0,6 puntos porcentuales en la indigencia respecto de 2010. En términos del número de personas, estas reducciones equivalen a 8 millones y 3 millones menos de personas viviendo en situación de pobreza y de indigencia, respectivamente.

Asimismo, los niveles regionales de pobreza e indigencia de los años recientes son los más bajos observados en las últimas tres décadas. El porcentaje de personas en situación de pobreza en 2011 es al menos 10 puntos porcentuales inferior al que se registró en 1980, 1990, 1999 o 2002.

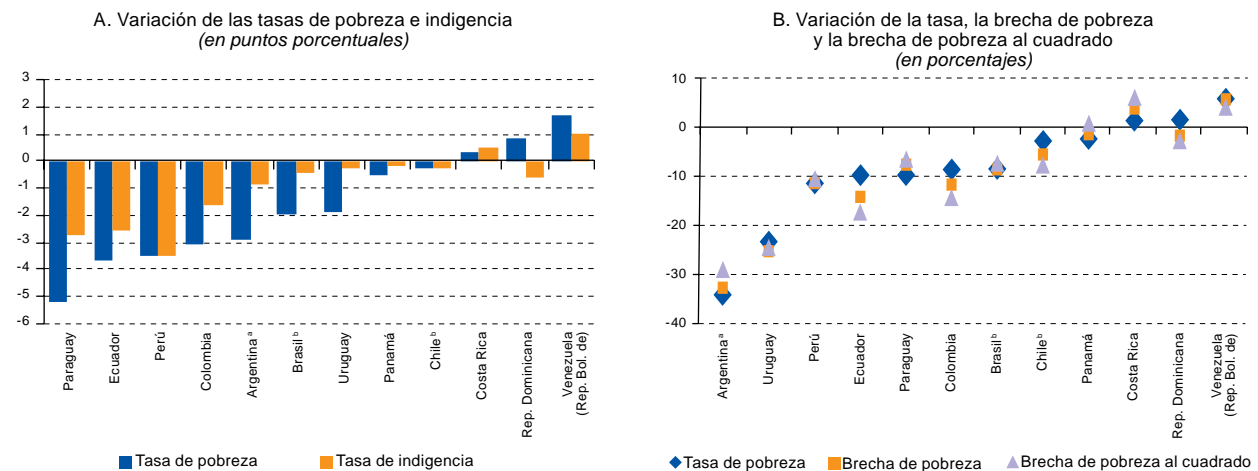
Un elemento que en los últimos años ha tenido una alta relevancia en la evolución de la pobreza y la indigencia ha sido la diferencia entre la evolución de los precios de los alimentos y la de los demás bienes y servicios. Mientras la línea de indigencia se actualiza año a año de acuerdo con la variación del índice de precios de los alimentos, el componente no alimentario de la línea de pobreza se actualiza según la variación de los precios del resto de productos. Entre 2007 y 2009, dicha diferencia fue el principal factor del aumento de

la indigencia regional y la simultánea disminución de la pobreza. Si bien en 2011 los precios de los alimentos también crecieron a un ritmo superior a los del resto de productos, la brecha entre ambos índices de precios fue considerablemente más reducida que la registrada cuatro años antes. El crecimiento del índice de precios al consumidor (IPC) de los alimentos fue 1,3 veces superior al correspondiente al resto de los productos, relación que en 2008 había alcanzado 2,3 veces².

Las proyecciones de crecimiento económico e inflación moderada para 2012 hacen prever que la pobreza continuaría su tendencia a la baja, aunque a un ritmo algo más lento que el observado hasta ahora. En particular, la tasa de pobreza se reduciría en al menos medio punto porcentual, mientras que se espera que la tasa de indigencia se mantenga en torno a los mismos niveles de 2011.

Los cambios en la pobreza observados a nivel de los países muestran situaciones diversas. De los 12 países con información disponible a 2011, 7 exhibieron caídas en las tasas de pobreza: Paraguay (-5,2 puntos), Ecuador (-3,7 puntos), Perú (-3,5 puntos), Colombia (-3,1 puntos), Argentina (-2,9 puntos), Brasil (-2,0 puntos por año, entre 2009 y 2011) y Uruguay (-1,9 puntos). En estos países la indigencia también se redujo de manera apreciable (véase el gráfico I.2).

Gráfico I.2
AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES): VARIACIÓN ANUAL DE LOS INDICADORES DE POBREZA, 2010-2011



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Áreas urbanas.

^b Corresponde a la variación anual entre 2009 y 2011.

² En la proyección realizada en el *Panorama Social de América Latina, 2011* se asumió que la mayor alza del precio de los alimentos podía provocar un incremento de la indigencia. No obstante, el

crecimiento de los ingresos y las mejoras distributivas registradas en varios países fueron superiores a los esperados, lo que redundó en una disminución de la indigencia a nivel regional.

La República Bolivariana de Venezuela registró un leve incremento de sus tasas de pobreza e indigencia, de 1,7 y 1,0 puntos porcentuales, respectivamente³. Por su parte, en Chile, Costa Rica, Panamá y la República Dominicana no se observaron variaciones apreciables durante el período analizado, ya que los cambios en la tasa de pobreza fueron inferiores a 1 punto porcentual por año⁴.

Cabe mencionar que, debido a las grandes diferencias de un país a otro en lo que respecta a la población total, los cambios ocurridos al nivel de la pobreza regional no necesariamente guardan una relación directa con la magnitud de los cambios observados a nivel nacional. En efecto, aun cuando la reducción de la pobreza en el Brasil no fue de las más altas, la mitad de la disminución de la pobreza regional en 2011 se origina en este país. Por otra parte, las caídas en la pobreza extrema de Colombia y el Perú aportan en conjunto el 70% de la disminución de la indigencia observada a nivel regional.

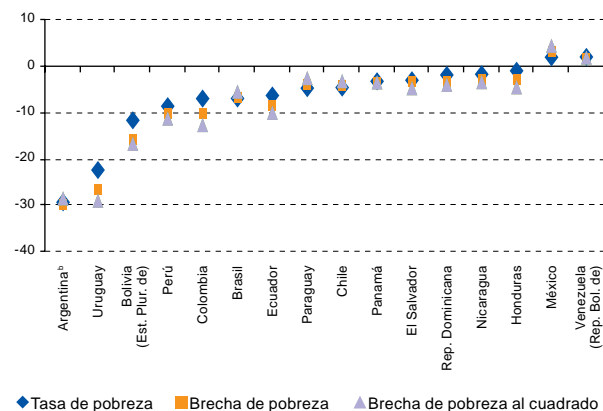
Las tendencias descritas concuerdan con las que muestran los índices de brecha de pobreza y brecha al cuadrado. En el cálculo del índice de brecha de pobreza se considera la diferencia entre el ingreso medio de los pobres y la línea de pobreza (ponderada por el porcentaje de personas pobres), mientras que la brecha de pobreza al cuadrado toma también en cuenta la distribución de dichos ingresos entre los pobres.

Las variaciones porcentuales de estos índices complementarios entre 2010 y 2011 son de magnitud similar a las que presenta la tasa de pobreza. Cabe destacar como excepciones los casos de Chile, Colombia y el Ecuador, donde la reducción de los índices complementarios es algo superior a la de la tasa de pobreza, lo que refleja un mejoramiento de la brecha y de la distribución de ingresos de los pobres adicional al indicado por la tasa de pobreza. Lo contrario sucede en casos como los de la Argentina y el Paraguay, donde la reducción de la pobreza no estuvo acompañada de una disminución de la distancia media de los ingresos de los pobres respecto de la línea de pobreza. Solo en el caso de la República Dominicana los indicadores

complementarios muestran una tendencia distinta a la de la tasa de pobreza, pero ello es esperable, dada la pequeña magnitud de los cambios (véanse el recuadro I.3 y el gráfico I.2).

La evolución de la pobreza en un período un poco más largo, que abarca la crisis experimentada por la región principalmente durante 2009, muestra un resultado favorable para la mayoría de los países latinoamericanos. Entre 2008 y el período de medición más reciente disponible, la variación porcentual de los indicadores más utilizados para la medición de la pobreza da cuenta de un avance perceptible. Cabe destacar que la reducción porcentual de los índices de brecha de pobreza y de brecha al cuadrado fue, en general, más marcada que la de la tasa de pobreza. Ello demuestra que, a pesar de la crisis, no solamente disminuyó el porcentaje de personas con ingresos inferiores a la línea, sino que además mejoró el nivel medio de ingresos de los pobres y su distribución (véase el gráfico I.3).

Gráfico I.3
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): VARIACIÓN ANUAL DE LOS
INDICADORES DE POBREZA, 2008-2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Corresponde al período indicado, excepto en la Argentina (2009-2011), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2007-2009), Chile (2006-2011), El Salvador (2009-2010), Honduras (2007-2010), México (2008-2010) y Nicaragua (2005-2009).
^b Áreas urbanas.

³ Esta tendencia no coincide con la informada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de la República Bolivariana de Venezuela. La diferencia estriba básicamente en que el deflactor de precios utilizado por el INE para actualizar la línea de indigencia creció menos que el deflactor usado por la CEPAL. Mientras el primero refleja la variación de los precios de los productos específicos que componen la canasta básica, el segundo corresponde al IPC de los alimentos, cuya composición es distinta.

⁴ La tendencia observada en la República Dominicana no coincide plenamente con la estimada por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) de ese país. Ello se debe a pequeñas diferencias metodológicas, referidas principalmente a la construcción del agregado de ingresos y al valor de las líneas utilizadas.

Recuadro I.1
MÉTODO UTILIZADO PARA LA MEDICIÓN DE LA POBREZA

El enfoque utilizado en este informe para estimar la pobreza consiste en clasificar a una persona como pobre cuando el ingreso por habitante de su hogar es inferior al valor de la línea de pobreza o monto mínimo necesario que le permitiría satisfacer sus necesidades esenciales. Las líneas de pobreza, expresadas en la moneda de cada país, se determinan a partir del valor de una canasta de bienes y servicios, empleando el método del costo de las necesidades básicas.

La canasta básica para la medición de la pobreza se construye sobre la base de una canasta básica de alimentos, que abarca los bienes que se precisarían para cubrir las necesidades nutricionales de la población, tomando en consideración los hábitos de consumo, la disponibilidad efectiva de alimentos y sus precios, correspondientes a cada país y zona geográfica. En la mayoría de los casos, la información sobre la estructura del consumo de los hogares, tanto de alimentos como de otros bienes y servicios, proviene de las encuestas de presupuestos familiares llevadas a cabo en los países durante la década de 1980.

A este valor, la línea de indigencia, se agrega el monto requerido por los hogares para satisfacer las necesidades básicas no

alimentarias, a fin de calcular el valor total de la línea de pobreza. Para ello, se multiplica la línea de indigencia por un factor, que toma valores distintos según se refiera a áreas urbanas o rurales. En las estimaciones de pobreza hasta 2006, se utiliza un factor de 2 para las zonas urbanas y 1,75 para las rurales^a. En las estimaciones posteriores a 2007, el factor es variable y depende de la diferencia entre la evolución de precios de los alimentos y la del resto de bienes y servicios.

El valor de las líneas de indigencia y pobreza se actualiza cada año de acuerdo con la variación acumulada del índice de precios al consumidor (IPC). En las estimaciones anteriores a diciembre de 2006 se aplica la misma variación a ambas líneas. A partir de 2007, la línea de indigencia se actualiza mediante la variación del IPC de los alimentos, mientras que la parte de la línea de pobreza que corresponde al gasto en bienes no alimentarios se actualiza mediante la variación del IPC correspondiente.

La información sobre el ingreso de las familias proviene de las encuestas de hogares realizadas en los respectivos países en los años correspondientes a las estimaciones de pobreza presentadas en

esta edición. Conforme a la práctica habitual de la CEPAL, se aplicaron correcciones a los datos debido a la falta de respuesta a algunas preguntas sobre los ingresos por parte de los asalariados, los trabajadores independientes y los jubilados, así como para atenuar los probables sesgos por subdeclaración. Esta última operación se llevó a cabo mediante la comparación de las partidas de ingreso de la encuesta con las resultantes de una estimación de la cuenta de ingresos y gastos de los hogares del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), elaborada para este propósito a partir de información oficial.

Las cifras sobre ingreso utilizadas corresponden al concepto de ingreso corriente total, es decir, al ingreso por concepto de trabajo asalariado, monetario y en especie, del trabajo independiente (incluidos el autosuministro y el valor del consumo de productos generados por el hogar) y de las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares. En la mayoría de los países, el ingreso de los hogares incluye, además, un valor imputado por concepto de arriendo de las viviendas habitadas por sus propietarios.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a Constituyen excepciones a este caso general las estimaciones de pobreza del Brasil, Colombia y el Perú. En el Brasil se utilizaron las líneas estimadas conjuntamente a fines de los años noventa por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) y la CEPAL. En Colombia se emplearon los umbrales propuestos por la Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad (MESEP) de ese país. En el caso del Perú, las cifras corresponden a las estimadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Recuadro I.2
INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE LA POBREZA

Los indicadores de pobreza utilizados en este documento corresponden a la familia de índices paramétricos propuestos por Foster, Greer y Thorbecke (1984), que se obtienen a partir de la siguiente expresión:

$$1) \quad FGT_{\alpha} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left(\frac{z - y_i}{z} \right)^{\alpha}$$

donde n representa el tamaño de la población, q equivale al número de personas con ingresos inferiores a la línea de pobreza o indigencia (z) y el parámetro $\alpha > 0$ asigna distintos grados de relevancia a la distancia entre los ingresos (y) de cada individuo

pobre o indigente y la línea de pobreza o indigencia.

Cuando α toma el valor cero, la expresión 1) corresponde al índice de recuento (H), que indica el porcentaje de personas con ingresos inferiores a la línea de pobreza o indigencia:

$$2) \quad H = q/n$$

Cuando α es igual a uno, se obtiene el indicador de brecha de pobreza (PG) (o de indigencia), que pondera el porcentaje de personas pobres (o indigentes) por el déficit relativo de sus ingresos con respecto al valor de la línea de pobreza (o indigencia):

$$3) \quad PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[\frac{z - y_i}{z} \right]$$

Por último, cuando α toma el valor dos se asigna un mayor peso relativo en el resultado final a quienes están más lejos de superar la pobreza (o indigencia), al elevar al cuadrado el déficit relativo de ingresos:

$$4) \quad FGT_2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left(\frac{z - y_i}{z} \right)^2$$

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de James Foster, Joel Greer y Erik Thorbecke, "A class of decomposable poverty measures", *Econometrica*, vol. 52, N° 3, 1984.

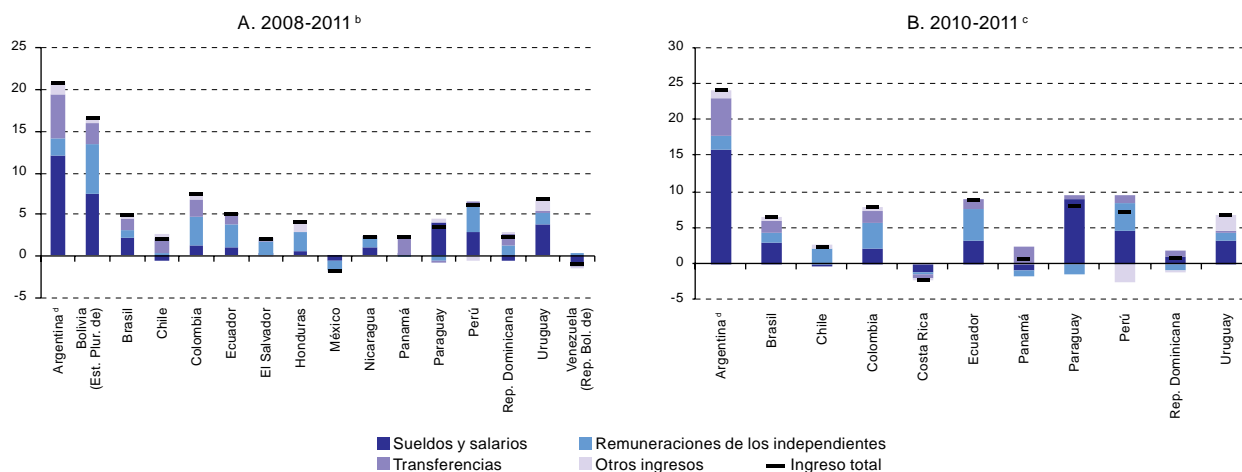
3. Factores relacionados con los cambios en materia de pobreza

Entre las distintas fuentes de ingreso con que cuentan los hogares, los ingresos laborales fueron los más determinantes en la variación de los ingresos de los hogares pobres. En el gráfico I.4 se muestra el aporte de cada fuente de ingresos a la variación del ingreso per cápita de los hogares que están por debajo la línea de pobreza en aquellos países donde la pobreza disminuyó de manera significativa en el período más reciente. En estos países, los ingresos laborales representaron la mitad o más de la variación del ingreso per cápita total. De esta manera, uno de sus principales motores del episodio más reciente de reducción de la pobreza ha sido el mercado laboral. Durante ese período, las transferencias (tanto públicas como privadas, incluidas las pensiones y jubilaciones) y el resto de los ingresos

(ingresos de capital, alquiler imputado y otros) también contribuyeron al aumento del ingreso de los pobres, pero en menor grado (véase el gráfico I.4).

Si se amplía el período de análisis, los resultados tienden a ser similares. Entre 2008 y 2011, es decir, incluidos los años de la crisis económica, la fuente de ingreso que tuvo el mayor incremento entre los hogares pobres fueron los ingresos laborales. A su vez, en la mitad de países, el aumento de los sueldos y salarios recibidos en condición de dependencia fue mayor que el del ingreso de los independientes, y en la otra mitad sucedió lo contrario. Solamente en Chile, Panamá y la República Dominicana el principal crecimiento del ingreso provino de una fuente distinta a los ingresos del trabajo, en general las transferencias (véase el gráfico I.4).

Gráfico I.4
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): VARIACIÓN ANUAL DEL INGRESO TOTAL PER CÁPITA EN LOS HOGARES POBRES,
POR FUENTE DE INGRESOS, 2008-2011 Y 2010-2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a El porcentaje de población analizado es el mismo en ambos períodos y corresponde a la tasa de pobreza de 2008 o el año anterior más cercano.

^b Los datos referidos a 2008 corresponden a dicho año, excepto en la Argentina (2006), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2007), Chile (2006), El Salvador (2004), Honduras (2007) y Nicaragua (2005). Los datos de 2011 corresponden a dicho año, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Nicaragua (2009), y El Salvador, Honduras y México (2010).

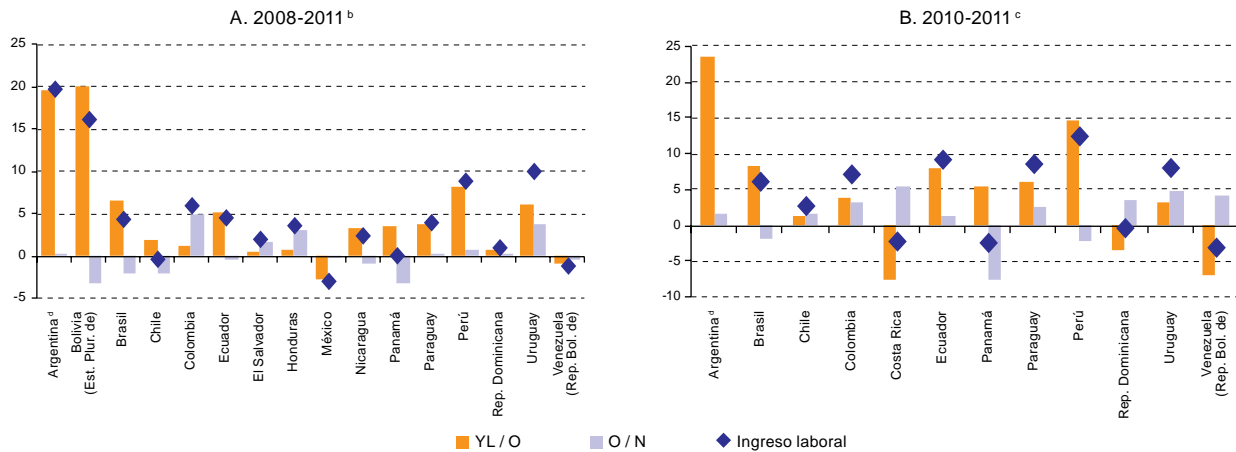
^c Corresponde al período 2009-2011 en el caso del Brasil y Chile.

^d Áreas urbanas.

El crecimiento de los ingresos laborales per cápita puede provenir de un aumento de la remuneración de cada persona ocupada o de un aumento de la proporción de personas ocupadas en el hogar. En el período 2010-2011, en los nueve países en los que creció el ingreso laboral de los pobres se registró un aumento de ambos componentes (excepto en el Perú, donde cayó el porcentaje de personas

ocupadas). En estos casos, el incremento porcentual de las remuneraciones por ocupado fue superior al del porcentaje de ocupados, excepto en Chile y el Uruguay. De los cuatro países donde cayó el ingreso laboral per cápita, en uno (Panamá) el factor principal fue la caída de la ocupación, mientras que en los otros tres el elemento principal fue la caída en la remuneración por ocupado (véase el gráfico I.5).

Gráfico I.5
AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): VARIACIÓN ANUAL DE LOS COMPONENTES DEL INGRESO LABORAL POR PERSONA EN LOS HOGARES POBRES, 2008-2011^a Y 2010-2011^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a El porcentaje de población analizado es el mismo en ambos períodos y corresponde a la tasa de pobreza de 2008 o el año anterior más cercano. YL= ingreso laboral; O= número de ocupados; N= población total.

^b Los datos referidos a 2008 corresponden a dicho año excepto en la Argentina (2006), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2007), Chile (2006), El Salvador (2004), Honduras (2007) y Nicaragua (2005). Los datos referidos a 2011 corresponden a dicho año excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010).

^c En el caso del Brasil y Chile, corresponde al período 2009-2011.

^d Áreas urbanas.

Al analizar el período 2008-2011, se observa una mayor cantidad de países en los cuales el aumento de los ingresos laborales per cápita provino principalmente de un incremento de las remuneraciones de los ocupados. De los 14 países en que creció el ingreso laboral por persona en los hogares pobres, solo en Colombia, El Salvador y Honduras el aumento del porcentaje de ocupados fue superior al de las remuneraciones de los ocupados. Más aún, en seis países de ese grupo, el porcentaje de personas ocupadas disminuyó. De esta manera, cabe deducir que, al menos en lo que respecta a los ingresos de los pobres, el período de la crisis económica y posterior recuperación afectó principalmente la cantidad de puestos de trabajo, pero no lo suficiente como para causar una caída de los ingresos laborales por persona.

Por otra parte, interesa conocer en qué medida la variación de las tasas de pobreza e indigencia proviene del crecimiento del ingreso medio de las personas (efecto crecimiento) o de los cambios en la forma en que se distribuye este ingreso (efecto distribución). Desde 2008 hasta el período de estimación de pobreza más reciente, ambos efectos han actuado de manera complementaria.

El efecto crecimiento indica el cambio en la tasa de pobreza que se hubiera obtenido con la variación observada en el ingreso medio de los hogares asumiendo que no hubo ningún cambio en la distribución del ingreso en el período. Este efecto contribuyó a reducir la pobreza en la mayoría de los países de la región, excepto en México, Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana de), donde hubo una caída del ingreso medio en términos reales que tendió a aumentarla. Entre los países donde este efecto contribuyó predominantemente a la reducción de la pobreza se destacan la Argentina, Colombia, el Paraguay y el Perú.

Por su parte, el efecto distribución indica cuál hubiera sido la variación en la tasa de pobreza si el ingreso medio no se hubiera modificado en el período analizado. Es posible comprobar que este efecto también contribuyó a disminuir los niveles de pobreza en la mayoría de países de la región (excepto en Honduras, Panamá y la República Dominicana) y resultó predominante en este sentido en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, el Ecuador y el Uruguay.

Cuadro I.2
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): CAMBIOS EN LA POBREZA Y CONTRIBUCIÓN DE LOS EFECTOS DE CRECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN
(En porcentajes)

	Año		Pobreza			Efecto		Contribución a la variación total	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Variación	Crecimiento	Distribución	Crecimiento	Distribución
Argentina ^a	2006	2011	24,8	5,7	-19,1	-14,0	-5,1	73	27
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2007	2009	54,0	42,4	-11,6	-4,0	-7,6	35	65
Brasil	2008	2011	25,8	20,9	-4,9	-1,6	-3,2	34	66
Chile	2006	2011	13,7	11,0	-2,7	-1,7	-1,1	61	39
Colombia	2008	2011	42,2	34,2	-8,0	-5,8	-2,1	73	27
Ecuador	2008	2011	42,7	35,4	-7,3	-2,7	-4,7	36	64
El Salvador	2004	2010	47,5	46,6	-0,9	2,1	-3,0	<0	>100
Honduras	2007	2010	68,9	67,4	-1,5	-2,6	1,1	>100	<0
México	2008	2010	34,8	36,3	1,5	5,8	-4,3	>100	<0
Nicaragua	2005	2009	61,9	58,3	-3,6	1,7	-5,4	<0	>100
Panamá	2008	2011	27,7	25,3	-2,4	-2,7	0,2	>100	<0
Paraguay	2008	2011	56,9	49,6	-7,3	-7,0	-0,3	95	5
Perú	2008	2011	36,2	27,8	-8,4	-6,4	-2,0	76	24
República Dominicana	2008	2011	44,3	42,2	-2,2	-3,5	1,4	>100	<0
Uruguay	2008	2011	13,7	6,5	-7,2	-3,3	-4,0	45	55
Venezuela (República Bolivariana de)	2008	2011	27,6	29,5	1,9	3,4	-1,5	>100	<0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Áreas urbanas.

B. Rasgos de la pobreza

Las personas que pertenecen a los grupos de ingresos más bajos presentan distintas características que aquellas que perciben mayores ingresos. Las personas indigentes viven en hogares con más niños, tienen menores niveles educativos y una mayor incidencia de desempleo que las personas en hogares con más recursos. Si bien algunos elementos del perfil de los pobres, como los mencionados, se mantienen relativamente constantes a lo largo del tiempo, se han evidenciado algunos cambios, en línea con las tendencias sociodemográficas experimentadas por la región.

Además de conocer la magnitud y evolución de la pobreza en cada país o en la región en su conjunto, es necesario conocer en qué medida la incidencia de la pobreza difiere de un grupo de la población a otro. El análisis de los perfiles de pobreza puede contribuir a la formulación de hipótesis que permitan avanzar en la comprensión de los procesos y factores que inciden en la persistencia o la

superación de la pobreza. Asimismo, esta información es necesaria para que en la elaboración de las estrategias y los programas de reducción de la pobreza se tomen en cuenta, entre otros factores, las especificidades demográficas, de acceso a servicios y de inserción en el mercado de trabajo que presentan los pobres en comparación a otros grupos de la población.

La identificación de las principales características de los pobres y sus similitudes y diferencias con respecto a otros grupos de población no son independientes del contexto en el que se manifiestan. Los cambios que se han venido produciendo en América Latina en las variables demográficas, los mercados laborales, el entorno económico general (crecimiento, distribución del ingreso) y las iniciativas estatales de reducción de la pobreza proveen un contexto interpretativo general para los perfiles de pobreza y sus transformaciones recientes.

En lo que respecta a los cambios demográficos, durante las últimas décadas los países de la región han experimentado, en distinta magnitud, dos transiciones: la demográfica y la urbana. La transición demográfica se ha expresado en un descenso de la fecundidad y la mortalidad y en un incremento de la esperanza de vida, lo que ha provocado el envejecimiento de la población y la reducción del tamaño medio de los hogares. A esto se agregan los cambios de la estructura de las familias, como el mayor número de hogares monoparentales con jefatura femenina y la disminución de las familias nucleares. A su vez, en los últimos decenios se ha verificado un pronunciado crecimiento de la población urbana, por lo que la región tiene ahora porcentajes de urbanización comparables o incluso superiores a los de los países desarrollados (Rodríguez, 2006). Esto, en general, debería implicar un aumento del acceso de la población a servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento, así como a servicios de educación y salud.

Un rasgo de las economías regionales muy persistente a lo largo del tiempo, que guarda una estrecha relación con la pobreza y la desigualdad, es la heterogeneidad estructural, concepto que designa la coexistencia de establecimientos productivos con muy diferentes niveles de productividad y salarios (CEPAL, 2012). A su vez, en las últimas dos décadas se han verificado cambios en la estructura productiva y en los mercados laborales que podrían impactar directa o indirectamente en los perfiles de la pobreza, entre los que destacan el incremento de la ocupación en el sector de los servicios en comparación con el empleo agrícola, un aumento en la proporción de asalariados entre los ocupados y una mayor participación laboral de las mujeres, aunque todavía a una tasa inferior a la de los hombres, lo que puede deberse en parte a la carencia de alternativas de cuidado en el hogar y también a las brechas salariales por sexo (véase un análisis del

papel de las mujeres en la economía del cuidado en los capítulos siguientes).

En paralelo, como se puede apreciar en las otras secciones de este capítulo, a partir de 2002 se ha observado en la región una reducción de la incidencia de la pobreza y un mejoramiento de la distribución del ingreso, siendo el incremento de los ingresos laborales la principal causa del primer fenómeno. A su vez, si bien el aporte de las transferencias estatales no ha sido el factor más relevante en la disminución de la pobreza observada en los últimos años, no se puede dejar de mencionar la tendencia a una mayor institucionalización y cobertura de las políticas de reducción de pobreza percibida desde inicios de la década pasada. Estas iniciativas se han focalizado en la población que está por debajo del umbral de pobreza absoluta, atendiendo de preferencia a los hogares encabezados por mujeres y con menores de 18 años, pero con diferencias de un país a otro en cuanto a la cobertura y magnitud de las transferencias proporcionadas.

Por último, cabe enunciar dos temas a discutir en el marco de los perfiles de pobreza y de sus variaciones recientes. El primero es la hipótesis de feminización de la pobreza, derivada del análisis de las dinámicas de la pobreza en los países desarrollados y que ha sido aplicada al estudio de los cambios de los perfiles de pobreza en la región. La feminización de la pobreza ocurriría por la interacción de los siguientes factores: i) el incremento del número de hogares monoparentales encabezados por mujeres; ii) la discriminación y segregación por sexo del mercado de trabajo, con menores salarios para las mujeres y menores oportunidades en empleos formales y estables, y iii) la escasez de alternativas de cuidado, la concentración de las transferencias públicas en los grupos de mayor edad y el sesgo de la seguridad social hacia los asalariados formales. El segundo es la vulnerabilidad, uno de cuyos fundamentos es la constatación empírica de que la pobreza no afecta de modo permanente a los mismos hogares. Habría una “rotación” de la pobreza, es decir que ciertos segmentos de la población experimentarían cambios descendentes y ascendentes en sus condiciones de vida (CEPAL, 2000). Estos segmentos no han sido objeto preferente de las políticas públicas, al menos en las últimas décadas. Por tanto, el análisis de la población vulnerable despierta interés no solo como marco de comparación respecto de las características de la población pobre, sino también porque estos grupos deberían ser destinatarios de una política más activa por parte de los Estados.

1. Perfiles de pobreza

Como se señaló, los cambios ocurridos en los aspectos demográficos, los mercados de trabajo, el contexto económico general y las respuestas institucionales a la pobreza, así como la caída de los niveles de pobreza, pudieron haber provocado una modificación paulatina de las características y perfiles de las personas en situación de carencia. En esta sección se pasa revista a algunos de los principales rasgos de la población según su condición de pobreza. A efectos del análisis, la población pobre se subdivide en dos grupos: indigentes y pobres no indigentes. Por su parte, la población no pobre se subdivide entre vulnerables (personas con un ingreso per cápita superior a la línea de pobreza pero inferior a 1,5 veces dicho umbral) y no vulnerables.

La comparación a nivel regional entre los cuatro grupos indicados arriba muestra, en primer lugar, que el área de residencia es una de las dimensiones que más varía entre las personas según sus niveles de ingreso. Mientras los indigentes se reparten por igual entre áreas urbanas y rurales, casi tres de cada cuatro pobres no indigentes viven en áreas urbanas. De las personas no vulnerables (con ingresos superiores a 1,5 veces la línea de pobreza), solo un 15% vive en áreas rurales (véase el gráfico I.6). En todo caso, esto no significa que en términos absolutos la población indigente rural sea mayor que la población indigente urbana. A su vez, el problema de la vulnerabilidad, al menos si se utiliza un umbral monetario de satisfacción de necesidades básicas, parece ser mayoritariamente urbano.

En la medida en que empeora la situación socioeconómica de los hogares, se incrementa la población que adscribe a una etnia. En 2011 se apreciaba que entre los indigentes, el porcentaje de personas que adscribían a alguna etnia alcanzaba un 29%. Por su parte, este porcentaje entre los pobres no indigentes llegaba a un 15%. En los dos grupos restantes, esta proporción resultaba más baja (un 13% entre las personas vulnerables y un 6% entre los no pobres). De este dato se puede derivar la complejidad que enfrentan las políticas de reducción de la pobreza (entendidas desde una perspectiva amplia) en los contextos en que la intersección entre pobreza y adscripción étnica es más significativa, puesto que en estos casos se necesitarán iniciativas que promuevan simultáneamente la satisfacción de necesidades básicas, el reconocimiento y la inclusión social y cultural.

La estructura por edad también muestra diferencias claras entre pobres y no pobres. Entre los indigentes

y pobres no indigentes, el porcentaje de menores de edad (hasta 17 años) es del 51% y el 45%; es decir, prácticamente la mitad de los pobres son niños. Dicho porcentaje cae al 38% entre los vulnerables y se reduce al 23% en el caso de los no vulnerables. Lo inverso sucede con las personas de 50 años y más, cuya proporción entre los pobres, que ronda el 12%, aumenta al 27% entre los no vulnerables.

A su vez, se verifican diferencias importantes en el nivel educativo de los distintos grupos⁵. De los adultos en situación de indigencia (de 25 años de edad en adelante), la mitad no completó la educación primaria. Este porcentaje se reduce a medida que aumentan los ingresos, hasta representar un 14% en el grupo de los no vulnerables. Quienes completaron la primaria pero no la secundaria representan el grupo más numeroso entre los pobres no indigentes y los vulnerables, con participaciones en torno al 45% en ambos grupos. Por su parte, entre los no vulnerables predominan las personas que completaron la educación secundaria pero no la educación superior (41%). La presencia de personas con educación superior completa entre los pobres y vulnerables es muy reducida, inferior al 1% y 3%, respectivamente, mientras que entre las personas no vulnerables alcanza un 13%.

Las disparidades en el ámbito educativo no solo se presentan al considerar los niveles alcanzados por la población adulta, sino que se manifiestan también entre los niños y jóvenes. Un 8% de los niños indigentes de 6 a 15 años no asiste a un establecimiento educativo, porcentaje que cae al 2% en los hogares no vulnerables. Asimismo, el porcentaje de personas de 15 a 19 años de edad que no completó la primaria alcanza un 17% entre los indigentes, un 10% entre los pobres no indigentes, un 6% entre los vulnerables y un 3% entre los no vulnerables. En todo caso, las cifras de asistencia escolar de los niños indican que la falta de acceso no es un problema masivo, incluso dentro de los grupos más pobres. Hay mayores dificultades en la conclusión de la primaria por parte de la población de 15 a 19 años y, sobre todo, de quienes tienen entre 25 y 65 años.

⁵ En este caso, el análisis hace referencia a las personas que tienen entre 25 y 65 años, de manera de minimizar la inclusión de personas que pueden seguir cursando estudios.

Gráfico I.6
AMÉRICA LATINA: RASGOS DE LAS PERSONAS POBRES Y NO POBRES, ALREDEDOR DE 2011
 (En porcentajes)

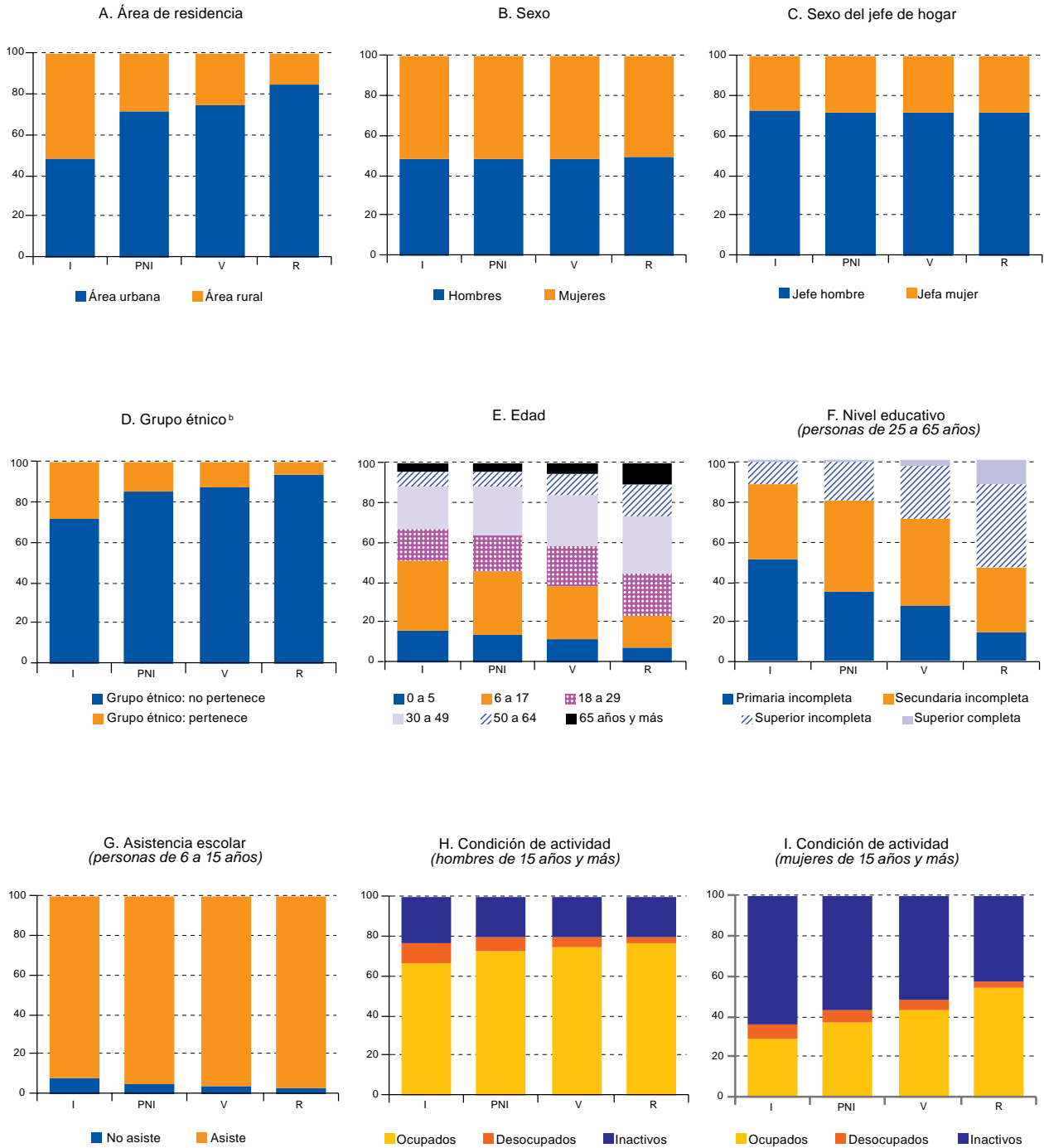
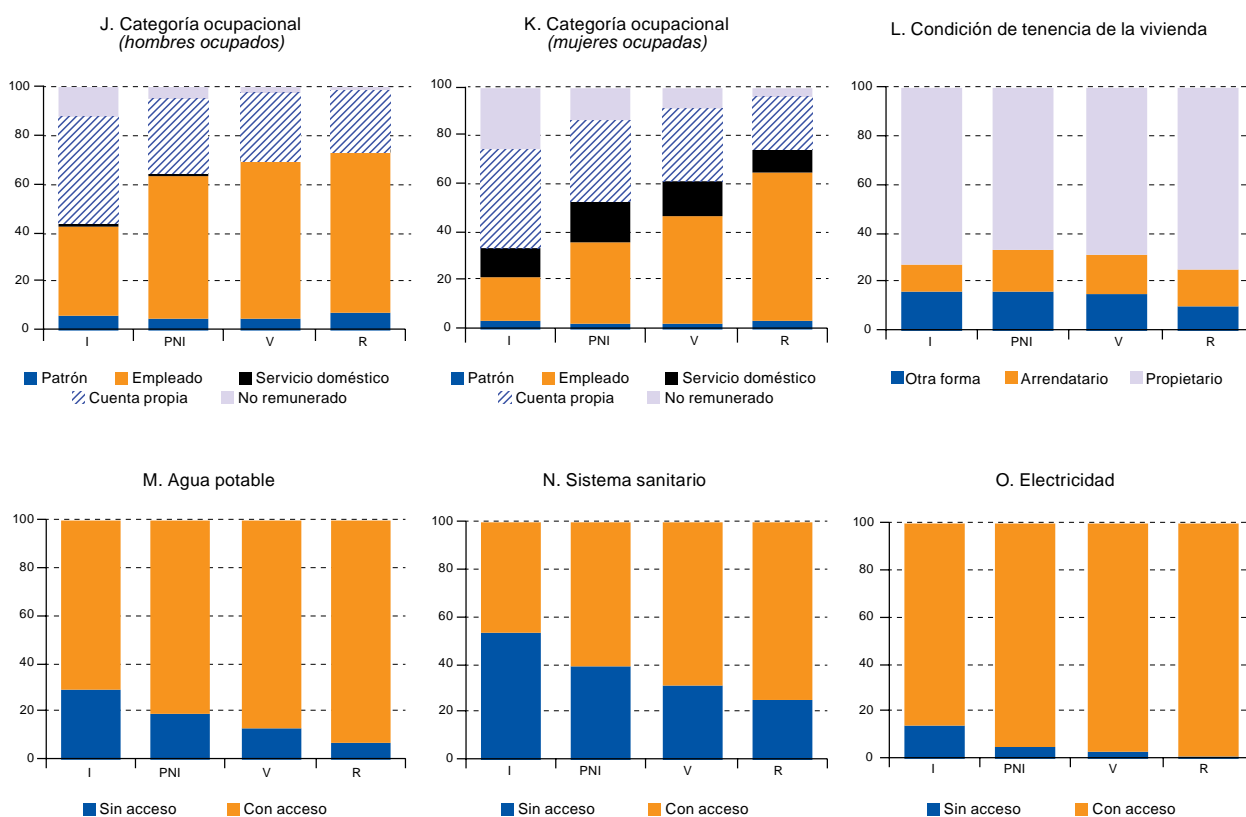


Gráfico 1.6 (conclusión)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Personas clasificadas en cuatro categorías: I = Indigentes, PNI = Pobres no indigentes, V = Vulnerables no pobres (línea de pobreza entre 1,0 y 1,5) y R = Resto (no pobres ni vulnerables).

^b Solo incluye información sobre Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, el Ecuador, Guatemala, México, el Paraguay, el Perú y el Uruguay.

Por su parte, la distribución de los pobres según el sexo no es muy distinta a la de quienes están sobre la línea de pobreza. Las mujeres representan entre un 51% y un 52% de la población en cualquiera de los cuatro grupos analizados. Sucede algo parecido con la distribución de las personas según el sexo del jefe de su hogar. El porcentaje de personas en hogares con jefatura femenina se mantiene en torno al 28% en los grupos pobres y no pobres. No obstante, cuando el análisis de pobreza y género se circunscribe al grupo de personas en edad de participar en el mercado laboral, se hace evidente que la pobreza afecta en mayor medida a las mujeres (véase el recuadro I.3). Asimismo, el análisis de probabilidad de pobreza que se presenta más adelante verifica la existencia de una correlación entre la condición de pobreza y el sexo femenino, particularmente en los países con menores niveles de pobreza.

Aun cuando se espera que el empleo remunerado sea una de las principales vías para salir de la pobreza, la mayoría de las personas pobres y vulnerables (de 15 años y más) ya se encuentran ocupadas. Los desocupados representan solo alrededor de un 8% entre los indigentes y un 6% entre los pobres no indigentes. Esto pone nuevamente en evidencia una situación persistente en la región que deviene de la heterogeneidad de su estructura productiva: acceder a cualquier tipo de empleo remunerado no es garantía de superación de la pobreza. A su vez, las personas no activas económicamente representan entre un 40% y un 46%, en los grupos pobres no indigentes e indigentes, respectivamente. Esta proporción se reduce entre los vulnerables (37%) y los no pobres (32%).

Recuadro I.3 POBREZA Y GÉNERO

La composición por sexo de los hogares pobres, presentada en esta sección, no muestra grandes diferencias con respecto a la de los hogares no pobres. Sin embargo, al analizar el subconjunto de población en edad de trabajar, las diferencias de género en cuanto a la magnitud de la pobreza se hacen evidentes. En efecto, el índice de feminidad de la pobreza para las personas entre 20 y 59 años de edad indica que en todos los países de la región la tasa

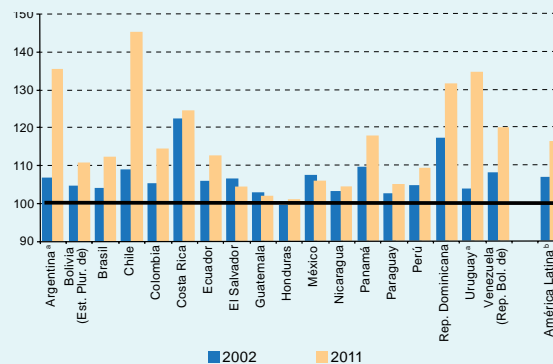
de pobreza de las mujeres es más alta que la de los hombres. Aun cuando este índice, construido como el cociente entre las tasas de pobreza de las mujeres y los hombres multiplicado por 100, no captura completamente las disparidades de género, ilustra claramente el vínculo que existe en la región entre ser pobre y ser mujer.

Los países con valores más altos del índice de feminidad son la Argentina, Chile, la República Dominicana y el Uruguay.

En todos ellos, la tasa de pobreza de las mujeres de 20 a 59 años excede en un 30% o más la de los hombres de edad similar.

Los resultados indican, además, que a medida la pobreza disminuye en la región, las diferencias entre hombres y mujeres tienden a profundizarse en varios países. Mientras en 2002 el promedio simple de este índice a nivel regional era de 107, actualmente alcanza el valor de 116.

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): ÍNDICE DE FEMINIDAD DE LA POBREZA, 2002 Y 2011



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

- ^a Áreas urbanas.
^b Promedio simple.

Detrás de la mayor incidencia de la pobreza en las mujeres en edad de participar en el mercado laboral, se encuentran una serie de factores, entre los cuales se pueden mencionar:

i) Factores demográficos: en la región se han observado cambios importantes en la estructura de las familias, con un aumento en la proporción de hogares monoparentales encabezados por mujeres (ya sea por separaciones o por

fecundidad temprana fuera del matrimonio o la pareja).

ii) Factores del mercado laboral: las mujeres tienen niveles todavía bajos de participación laboral y, cuando lo hacen, se insertan en mercados laborales segregados e inequitativos, puesto que reciben menores salarios y suelen obtener empleos más precarios e inestables.

iii) Factores del sistema de protección social: las mujeres se enfrentan a una escasez

de alternativas de cuidado, lo que dificulta su participación laboral. Además, las transferencias públicas se concentran en los grupos de mayor edad y en los asalariados formales.

iv) Factores culturales: no obstante los cambios de los últimos años, todavía podrían persistir en algunos sectores pobres las creencias tradicionales acerca de los roles de género, según las cuales las mujeres deben hacerse cargo del trabajo no remunerado en el hogar.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Asimismo, la condición de actividad muestra amplias diferencias según el sexo. Mientras el porcentaje de hombres ocupados en cualquiera de las cuatro categorías analizadas está por encima del 60%, el porcentaje de mujeres ocupadas no alcanza dicho valor en ninguna de las categorías; la mayoría de ellas no participa en el mercado laboral, lo que demuestra una persistencia de los papeles tradicionales de género en la asignación de tareas dentro del hogar (el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres). Por otra parte, se observan diferencias importantes en la ocupación de las mujeres según el nivel de ingresos. El porcentaje de mujeres ocupadas aumenta del 30% entre las indigentes al 54% entre las no vulnerables, mientras que el de mujeres no activas económicamente cae del 64%

al 43%, respectivamente, al comparar esos mismos grupos. De esta manera, los grupos de menores recursos presentan un mayor desequilibrio en la distribución por sexo del trabajo doméstico no remunerado, lo que constituye un obstáculo adicional para que los hogares puedan superar el umbral de pobreza. No obstante, también queda en evidencia que la obtención de cualquier tipo de empleo no asegura que las personas dejen atrás la pobreza, por las características de los mercados laborales de la región⁶.

⁶ Los bajos retornos salariales asociados a empleos en el sector de baja productividad pueden desincentivar la participación de las personas en el mercado de trabajo.

La persistencia del patrón de inserción de los más pobres en el sector productivo tradicional se confirma al considerar que los ocupados en situación de indigencia trabajan en su mayoría por cuenta propia (43%) y que menos de una tercera parte (31%) lo hace como empleado. En cambio, en los demás grupos la categoría predominante es la de empleado, que corresponde a un 50% de los pobres no indigentes, un 57% de los vulnerables y un 64% de los no vulnerables, lo que indica que el empleo asalariado no protege a las personas de los riesgos de caer en la pobreza. Por su parte, la participación del empleo por cuenta propia decrece junto con el ingreso total, llegando a representar entre los no vulnerables menos de la cuarta parte⁷. A su vez, la ocupación en un trabajo no remunerado representa casi un 17% entre los indigentes, siendo este valor bastante más alto que el observado en el resto de los grupos (un 8% en los pobres no indigentes, un 5% en las personas vulnerables y un 3% en los no pobres).

La condición de propiedad de la vivienda no presenta diferencias importantes según el nivel de ingreso de los hogares. El 70% de las personas pobres reside en una vivienda propia, porcentaje similar al que se presenta entre los vulnerables y apenas inferior al de los no vulnerables (75%). El porcentaje de arrendatarios fluctúa entre el 12% y el 17%, sin que exista una relación directa entre estos valores y la situación de pobreza. Solo en el caso de las otras formas de tenencia, que suelen corresponder a situaciones de tenencia precaria, existe una relación un poco más clara con el nivel de ingreso, ya que el porcentaje de personas en dicha situación cae del 16% en el grupo de menores ingresos al 9% entre los de mayores ingresos.

Respecto del acceso a los servicios básicos, se presentan distintas situaciones según el tipo de servicio considerado. El acceso a electricidad es más bien generalizado entre las personas de escasos recursos: un 86% de los indigentes y un 95% de los pobres no indigentes cuentan con ese servicio. En el caso del agua potable, el porcentaje de personas con acceso se sitúa en un 71% entre los indigentes y un 81% entre los pobres no indigentes. La infraestructura sanitaria es el servicio más escaso entre los considerados, ya que solo tiene acceso a ella un 47% de la población indigente y un 61% de la población pobre. Cabe tener en cuenta que el acceso a servicios básicos es uno de los aspectos que mayor correlación muestra con el nivel de ingreso. En efecto, los porcentajes de acceso a los servicios mencionados, electricidad, agua potable y

sistema sanitario, ascienden al 99%, el 94% y el 95%, respectivamente, entre los no vulnerables.

La descripción realizada hasta aquí corresponde al panorama regional y no muestra la variedad de situaciones de los países latinoamericanos. Para mostrar esa heterogeneidad, se analiza la incidencia de algunas características asociadas a la pobreza en cuatro grupos de países, conformados según sus niveles de pobreza más recientes: pobreza baja, media-baja, media-alta y alta⁸. Es importante considerar que, de alguna forma, esta agrupación de países reproduce la clasificación que se verificaría si el criterio utilizado fuera el avance en las transiciones demográfica y urbana; de este modo, los países con pobreza alta tenderían a ser los menos avanzados en la transición demográfica y urbana, y viceversa.

Los resultados muestran la variación de las características de las personas pobres en función de las condiciones de vida del país en el que residen. Aun cuando todas las personas identificadas como pobres comparten la característica de tener ingresos inferiores a los que se necesitan para satisfacer algunas necesidades básicas, las que viven en países con mayores tasas de pobreza suelen enfrentar condiciones menos favorables en el acceso a la educación y los servicios básicos, entre otras variables. Todo esto puede atribuirse, al menos en parte, a que tradicionalmente en la región los problemas de acceso a servicios básicos y educativos se han vinculado a menores niveles de urbanización.

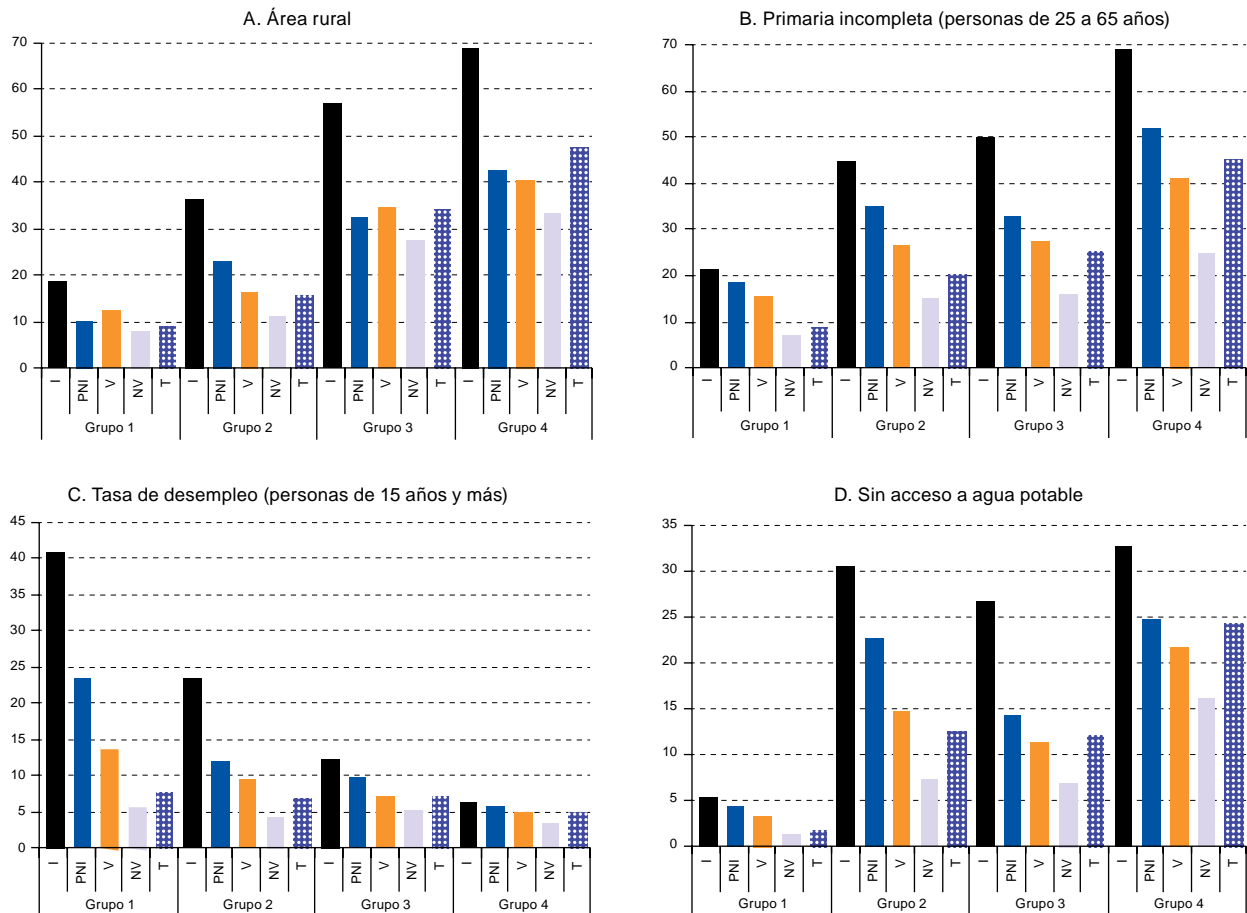
Los países con pobreza alta se caracterizan por tener mayores porcentajes de ruralidad. En el grupo de mayor pobreza, un 47% de la población reside en áreas rurales, porcentaje que se reduce al 8% en el grupo de pobreza baja⁹. A su vez, los cuatro grupos de países se caracterizan por una alta asociación entre la condición de pobreza de las personas y su área de residencia. La diferencia en el porcentaje de personas que vive en áreas rurales entre los grupos más pobres (indigentes) y los más ricos (no vulnerables) va desde 10 puntos porcentuales en los países de pobreza baja hasta 35 puntos porcentuales en los de pobreza alta (véase el gráfico I.7).

⁷ En el capítulo II se realiza una descripción más extensa de los perfiles laborales según el nivel de ingreso de los ocupados.

⁸ Los países de pobreza baja, la Argentina, Chile, Costa Rica y el Uruguay, tienen una tasa de pobreza del 9% (en promedio ponderado). En el segundo grupo, compuesto por el Brasil, Panamá, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de), la pobreza media es del 23%. En el grupo de pobreza media-alta, integrado por Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador, México y la República Dominicana, la pobreza media asciende al 36%. El cuarto grupo, conformado por El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay, el número de personas pobres alcanza el 56%.

⁹ Este porcentaje puede ser levemente más alto, ya que no se incluye el área rural de la Argentina.

Gráfico I.7
AMÉRICA LATINA: INCIDENCIA DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ENTRE LAS PERSONAS POBRES Y NO POBRES, POR GRUPOS DE PAÍSES, ALREDEDOR DE 2011^a
 (En porcentajes de la población total)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Grupo 1: Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay. Grupo 2: Brasil, Panamá, Perú y Venezuela (República Bolivariana de). Grupo 3: Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, México y República Dominicana. Grupo 4: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Población clasificada en cuatro categorías: I= Indigentes, PNI= Pobres no indigentes, V= Vulnerables, NV= No vulnerables, T= Población total.

El ámbito educativo también exhibe diferencias marcadas entre los cuatro grupos de países. Cuanto mayor es el nivel de pobreza del país, mayor es el porcentaje de personas (de 25 a 65 años de edad) que no completaron la educación primaria. De esta manera, en los países de pobreza alta, un 69% de los indigentes y un 51% de los pobres no indigentes no alcanzaron dicho nivel educativo. En los países de pobreza media-alta y media-baja, estos porcentajes se sitúan alrededor del 46% y el 32%, respectivamente, para los indigentes y los pobres no indigentes. En los países de pobreza baja, los indigentes y pobres no indigentes sin educación primaria no exceden el 21%. Dada la incidencia de los problemas de dotación de capital humano en la reproducción de la pobreza, este dato pone una vez más de manifiesto la necesidad de redoblar esfuerzos para incrementar los niveles de

progresión y conclusión de la educación primaria, sobre todo en los países de pobreza alta.

En lo que respecta al ámbito laboral, cuanto más alto es el nivel de pobreza de los países, menos vinculación tiene el desempleo con la pobreza. En efecto, en el grupo de países de pobreza baja, el porcentaje de personas desempleadas se reduce significativamente a medida que los ingresos del hogar aumentan por encima de la línea de pobreza. Esta tendencia se verifica, aunque en menor medida, en los países de pobreza media-baja. En cambio, en los países de pobreza alta, la incidencia del desempleo es muy similar entre pobres y no pobres.

En los países con mayor incidencia de la pobreza, la población cuenta con un menor acceso a servicios básicos. El porcentaje de personas sin acceso adecuado a agua potable es inferior al 2% en los países de pobreza baja, oscila en

el 12% en los países de pobreza media-baja y media-alta y alcanza el 24% en los países de pobreza alta. No obstante, estas diferencias no necesariamente se manifiestan de igual manera cuando se limita la comparación a los hogares de escasos recursos. Por ejemplo, el porcentaje de personas indigentes sin acceso a agua potable se ubica en torno al 30% tanto en los países de pobreza media-baja y alta como en los países de mayor pobreza. Cabe mencionar que algo más de un 20% de las personas vulnerables que viven en los países de pobreza alta no tiene acceso al agua potable, y que este valor fluctúa entre el 10% y el 15% en el caso de los vulnerables que residen en países de pobreza media-alta y media-baja. En los países de pobreza baja, dicho porcentaje no supera el 5%.

La comparación de estos resultados con los de alrededor de 1999 muestra que, pese a la considerable reducción de los niveles de pobreza, de más de 14 puntos porcentuales, el perfil de las personas pobres es similar, en varios aspectos, al que se observaba hace una década. No obstante, hay algunos cambios que, en su mayoría, guardan relación con las tendencias demográficas y educativas que ha experimentado la región en general.

Entre los cambios más visibles, destaca el aumento del porcentaje de personas que viven en hogares con jefatura femenina, que en el caso de los indigentes y los pobres no indigentes significó pasar de alrededor del 18% en 1999 al 28% en 2011. Ello resalta la importancia que tiene ampliar la disponibilidad de alternativas de cuidado, sobre todo para quienes no tienen recursos suficientes para adquirir este servicio en el mercado, ya que facilitaría la participación laboral femenina, hecho fundamental para los hogares encabezados por mujeres y que están por debajo del umbral de pobreza.

Cabe tener presente que el aumento de la jefatura femenina no se manifiesta de igual manera en los cambios de la composición por sexo de los grupos analizados. En efecto, entre 1999 y 2011, el porcentaje de mujeres en los grupos indigentes y pobres no indigentes prácticamente no cambió (pasó del 51% al 52%). Sin embargo, la brecha de las tasas de pobreza entre géneros, para las personas de entre 20 y 59 años de edad, sí muestra un aumento en los años recientes, dando cuenta de un deterioro en la situación relativa de las mujeres (véase el recuadro I.3).

En paralelo, el aumento de la edad media de la población está incidiendo paulatinamente en el perfil de los hogares pobres y en la reducción de su tamaño. Ello es particularmente notorio entre los indigentes, donde el porcentaje de los que tienen 17 años o menos descendió 4 puntos entre 1999 y 2011. En el caso de los pobres no indigentes la caída fue menor, de apenas 1 punto porcentual. Por su parte, en el mismo período la población adulta incrementó su peso relativo 3 puntos porcentuales entre los indigentes y 1 punto porcentual

entre los pobres no indigentes (llegando al 12% en ambos casos). En lo que alude al tamaño medio del hogar, al considerar a la población indigente, cayó de 5,4 personas en 1999 a 4,6 en 2011, mientras que entre los pobres no indigentes, estas cifras fueron de 4,8 y 4,4 personas, respectivamente. En términos relativos, la tendencia a la disminución del tamaño medio de los hogares fue más pronunciada entre los indigentes (14,6%)¹⁰ y los no pobres (-8,1%).

En el ámbito educativo, el porcentaje de personas pobres que saben leer y escribir aumentó del 82% al 85%, la asistencia escolar de los niños de 6 a 15 años creció del 90% al 94%, el número de jóvenes con primaria completa se elevó del 79% al 88% y con secundaria completa del 19% al 33%. Si bien el incremento de los niveles de escolarización de los más pobres es una tendencia positiva, es preciso señalar que las tasas de conclusión de la secundaria siguen siendo bajas. A su vez, el 29% de la población vulnerable desde el punto de vista de los ingresos tenía a 2011 una educación superior incompleta o completa¹¹, cifra 10 puntos porcentuales más alta que la correspondiente a 1999¹². Esto último sugiere no solo que el acceso a la educación superior no es condición suficiente para estar exento del riesgo de caer en la pobreza, sino que la frustración de expectativas asociada a la no obtención de un nivel de ingresos adecuado podría generar sentimientos de privación relativa en este grupo (véanse más detalles sobre este punto en el capítulo II).

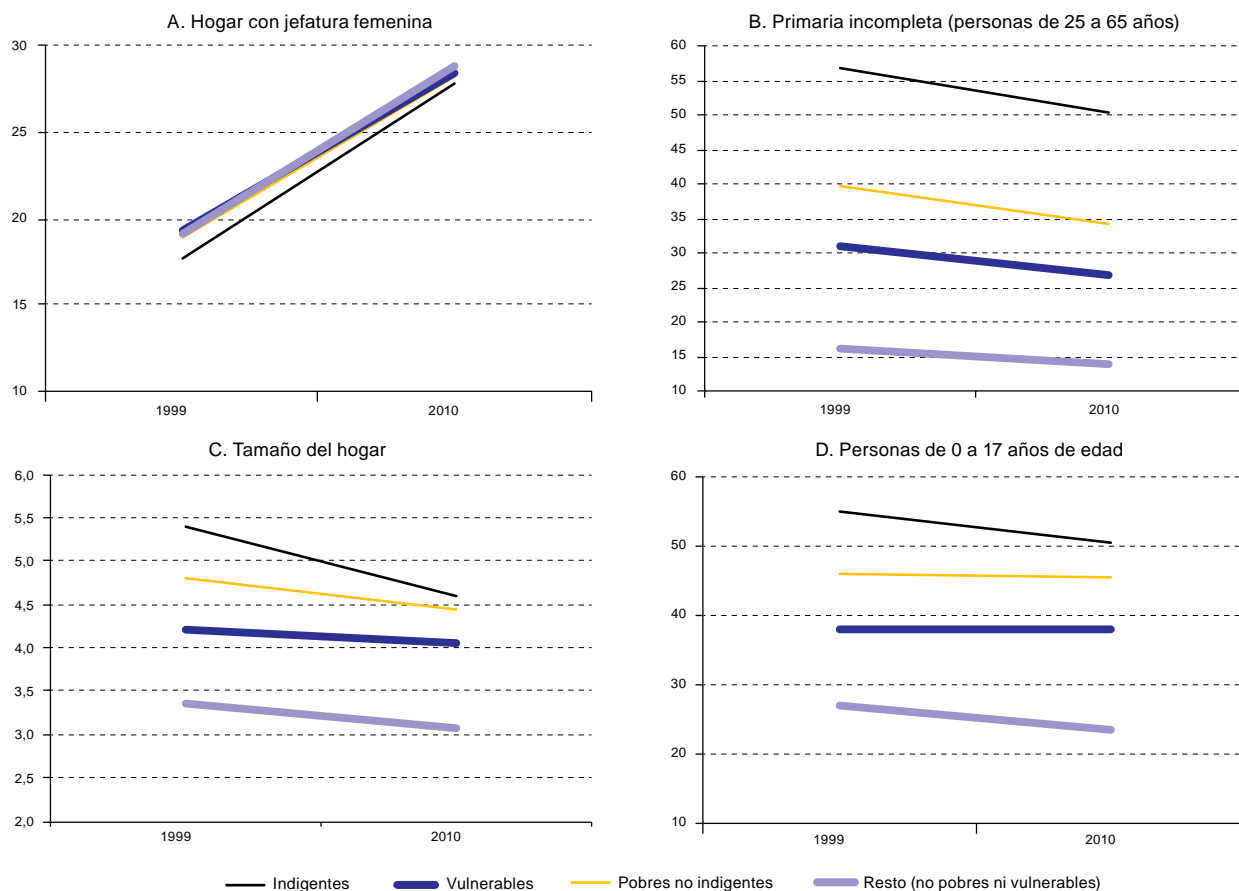
En cuanto al acceso a los servicios básicos por parte de los pobres, hay una clara tendencia hacia la mayor disponibilidad. Entre 1999 y 2011, el porcentaje de personas pobres con acceso a servicios aumentó 7 puntos porcentuales en el caso del agua, 11 puntos porcentuales en el caso de los sistemas sanitarios y 8 puntos porcentuales en la electricidad. Por su parte, no se observan diferencias muy significativas en la distribución de la población pobre en términos de condición de actividad y categoría de ocupación en el período analizado. En rigor, el mayor cambio se verifica en el incremento del porcentaje de inactivos entre los indigentes, que pasaron del 39% en 1999 al 46% en 2011. Las diferencias son menores en el caso de los pobres no indigentes (un aumento de 3 puntos porcentuales), vulnerables (un incremento de 2 puntos porcentuales) y no pobres (una caída de 2 puntos porcentuales).

¹⁰ Este dato permite sugerir que la tendencia histórica de una mayor lentitud en la transición demográfica de los más pobres podría ya no tener lugar.

¹¹ Principalmente incompleta.

¹² En esta revisión, por limitaciones de los datos, no se hace referencia a las inequidades en la calidad de la educación, que pueden ser muy relevantes en la reproducción de la pobreza y la desigualdad a corto y largo plazo.

Gráfico I.8
AMÉRICA LATINA: INCIDENCIA DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ENTRE LAS PERSONAS POBRES Y NO POBRES, 1999-2010^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

2. Probabilidades de pobreza

Como complemento de los resultados presentados en la sección anterior, resulta de interés evaluar en qué medida algunas de las características revisadas se correlacionan con la condición de pobreza cuando se analizan de manera simultánea.

Con ese fin, se estimó un modelo de regresión (“logit”) para evaluar la probabilidad de que un hogar sea considerado pobre, utilizando como variables independientes el área de residencia, el sexo del jefe del hogar, su edad, la pertenencia a un grupo étnico, el número de miembros del hogar, el número de ocupados, la presencia de niños menores de 12 años, la condición de desocupado o no del jefe del hogar, su nivel educativo (tres variables dicotómicas, para primaria completa, secundaria completa y superior completa, respectivamente) y la disponibilidad de servicios básicos (agua, infraestructura sanitaria y electricidad).

El cuadro I.3 contiene los parámetros estimados del modelo, sobre la base de los datos más recientes disponibles sobre 18 países de la región. Estos muestran el efecto de un cambio marginal en cada una de las variables explicativas consideradas sobre el cociente de probabilidades de pobreza. Este cociente indica cuánto más probable es que un hogar sea pobre respecto de que no lo sea (véase más información sobre la metodología en el recuadro I.4)¹³. Si el parámetro asociado a una variable dada es superior a uno, un aumento de dicha variable incrementa la probabilidad de que un hogar sea pobre, y lo contrario sucede con valores inferiores a uno.

¹³ Por ejemplo, un cociente de probabilidades igual a uno implica que el hogar tiene la misma probabilidad de ser pobre que de no serlo (50% y 50%), mientras que un cociente igual a 0,5 implica que la probabilidad de ser pobre equivale a la mitad de la probabilidad de no serlo (33% / 66% = 0,5).

Cuadro I.3
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PARÁMETROS DEL COCIENTE DE PROBABILIDADES DE POBREZA, 2011^a

	Argentina	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Perú	Paraguay	República Dominicana	Uruguay	Venezuela (República Bolivariana de)
Constante	0,64	0,22	1,87	4,06	0,98	0,63	0,79	0,76	0,77	1,80	1,98	1,20	0,27	0,18	0,56	0,45	0,88	2,79
Área geográfica	...	*	1,83	0,33	0,82	0,68	0,74	0,61	0,68	0,67	0,73	0,60	2,10	2,64	*	*	0,53	...
Tamaño del hogar	1,60	1,55	1,86	1,83	1,66	1,59	1,54	1,61	1,41	1,44	1,64	1,59	1,66	1,44	1,68	1,76	1,76	1,95
Presencia de niños	*	*	1,61	1,59	1,73	1,68	1,52	1,68	1,93	1,64	1,84	1,49	*	1,55	*	1,41	*	1,79
Grupo étnico del jefe de hogar	...	1,95	*	*	...	...	2,47	...	2,34	...	1,34	...	...	1,67	2,30	...	1,65	...
Sexo del jefe de hogar	2,05	*	1,29	1,67	1,28	*	1,32	*	*	*	*	*	1,51	*	*	1,96	1,81	1,47
Edad del jefe de hogar	0,47	0,81	0,42	0,50	0,74	0,85	0,84	*	0,87	0,88	0,72	*	0,82	0,83	0,86	0,88	0,47	0,60
Primaria completa	0,68	0,68	0,54	0,75	0,49	0,60	0,61	0,54	0,46	0,50	0,42	0,53	0,32	0,58	0,59	0,77	0,58	0,45
Secundaria completa	0,75	*	0,47	0,46	0,53	0,38	0,58	0,39	*	0,43	0,43	*	0,38	0,65	0,54	0,56	0,35	0,60
Superior completa	0,46	0,41	0,48	0,41	0,27	0,31	0,48	0,15	0,34	0,52	0,28	0,35	0,37	0,48	0,29	0,54	*	0,47
Número de ocupados	0,20	0,60	0,34	0,16	0,42	0,30	0,40	0,46	0,58	0,60	0,47	0,45	0,32	0,51	0,44	0,21	0,33	0,17
Jefe desocupado	3,85	5,84	4,40	2,35	1,81	3,55	*	1,80	*	*	*	*	3,08	2,17	*	3,17	2,63	2,59
Servicios: agua	2,49	1,62	2,20	1,68	1,21	2,21	*	1,51	*	*	1,43	*	...	1,29	*	1,56	2,98	1,44
Servicios: sanitarios	1,32	*	1,08	1,49	2,48	1,38	1,98	1,34	2,06	2,41	1,51	1,88	...	1,52	2,47	1,28	1,29	2,52
Servicios: electricidad	...	1,86	1,93	1,54	*	3,83	*	2,44	2,22	2,69	0,45	1,52	...	1,69	*	1,48	2,54	1,88

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los valores indican el cambio del cociente de probabilidades de pobreza ante una modificación marginal de cada variable independiente. Un asterisco indica que los parámetros no son significativos al 1%. Por falta de antecedentes suficientes para todos los países, no se tomó en consideración el diseño complejo de las encuestas en el cálculo de la significancia estadística.

Recuadro I.4
ESTIMACIÓN DE LAS PROBABILIDADES DE POBREZA

Un aspecto que interesa analizar en una estimación de pobreza es en qué medida las características del hogar y de sus miembros se correlacionan con esa condición. En términos de una ecuación lineal simple, pueden estimarse los parámetros de una regresión en que la variable dependiente es la condición de pobreza del hogar y las variables explicativas son las características que se deseen analizar:

$$1) \ln(y) = a + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n$$

donde y es una variable dicotómica que indica la condición de pobreza (1) si es pobre y 0 si no lo es), α es una constante y β_1, \dots, β_n son los coeficientes asociados a las variables independientes x_1, \dots, x_n .

Esta ecuación no puede ser resuelta por mínimos cuadrados ordinarios. En su lugar,

se emplea una regresión logística o "logit", en la que se asume que la probabilidad de que un hogar sea pobre (denotada por $P(y=1)$) tiene una distribución logística, descrita por la siguiente función:

$$2) P(y=1) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}}$$

Si bien la probabilidad de ser pobre es una función no lineal, no sucede lo mismo con el logaritmo del cociente de probabilidades (*odds ratio*). Este cociente indica las mayores probabilidades que tiene un hogar de ser pobre respecto de no serlo. Al expresar la ecuación 2) como logaritmo del cociente de probabilidades se obtiene:

$$3) h\left(\frac{P}{1-P}\right) = h\left(\frac{1 + e^{(\alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}}\right) = \alpha + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n$$

La ecuación (3) es una ecuación lineal en que la variable dependiente es el logaritmo del cociente de probabilidades de pobreza y cuyos parámetros pueden ser estimados por el método de máxima verosimilitud.

Para facilitar la lectura, los parámetros mostrados en este capítulo corresponden a la expresión $\exp(\beta)$ e indican el cambio en el cociente de probabilidades de pobreza ante una modificación marginal de cada variable independiente.

Cabe destacar que los coeficientes β no son lineales respecto de la probabilidad de pobreza en sí misma. Por tanto, el efecto de una variable sobre la probabilidad de pobreza dependerá del valor inicial de la probabilidad. De esta manera, calcular el impacto del cambio de una variable independiente sobre la probabilidad de pobreza requiere elegir un escenario de base.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Los resultados demuestran la existencia de situaciones heterogéneas en los países de la región en lo que respecta a las características de los hogares que tienen algún poder predictivo sobre la condición de pobreza. Solo tres de las variables analizadas, el tamaño del hogar, el número de ocupados y la educación primaria completa del jefe del hogar, son estadísticamente significativas en todos los países. Esto no implica necesariamente que estas sean las variables con mayor impacto en la probabilidad de pobreza, como se muestra más adelante, sino que ellas brindan información útil para evaluar la probabilidad de que un hogar sea pobre en todos los casos. Aun cuando las demás variables analizadas no siempre resulten significativas, todas ellas lo son en la mitad o más de los países con información disponible.

A su vez, el sexo del jefe del hogar es la variable que resulta significativa en el menor número de países (9 de 18). Cabe destacar que los países en que esta variable es significativa son aquellos con menores niveles de pobreza (salvo Costa Rica), lo que indicaría que, a medida que la pobreza se hace menos extendida, se manifiesta una tendencia a la feminización de la pobreza o, visto desde otra perspectiva, que la reducción de la pobreza se produce a un menor ritmo en los hogares con jefatura femenina.

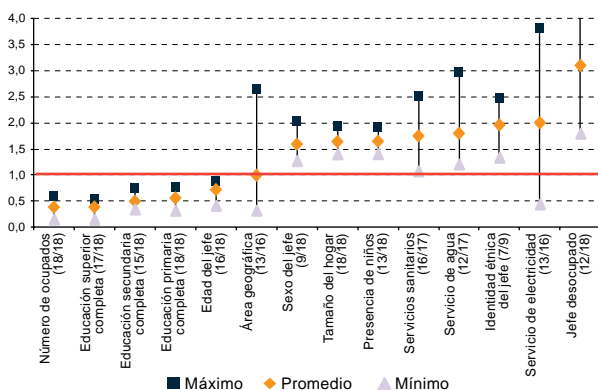
Al considerar simultáneamente todas las variables mencionadas, es posible identificar cuál de ellas tiene una asociación más fuerte con la condición de pobreza. El área geográfica (urbana o rural) provee un ejemplo interesante,

ya que su coeficiente asociado es inferior a uno en varios países, lo que implica que el residir en el área rural disminuye la probabilidad de pobreza, contrariamente a lo que se esperaría a partir de la mayor incidencia de la pobreza en las áreas rurales. Este resultado sugiere que en la relación entre pobreza y ruralidad hay una interacción con otras de las variables incorporadas en el modelo, en particular el nivel educativo. De esta manera, la mayor incidencia de la pobreza en las áreas rurales provendría del menor nivel educativo medio de dichas áreas y no de la condición de ruralidad en sí misma; por tanto, la probabilidad de que un hogar rural sea pobre se reduce considerablemente si aumenta el nivel educativo del jefe del hogar. De hecho, si se omitieran las variables educativas de la regresión, el signo asociado a la variable de área geográfica pasaría a ser superior a uno en más países. No obstante, esta observación no puede aplicarse a toda la región, ya que en el Brasil, Panamá y el Perú el coeficiente asociado al área geográfica es apreciablemente superior a uno, aun incluyendo las características educativas.

En lo que respecta a la magnitud de los parámetros, el gráfico I.9 muestra el promedio simple de los valores (estadísticamente significativos) estimados en cada país. Entre las variables que más incrementan la probabilidad de que un hogar sea pobre están, en orden de magnitud, la desocupación del jefe del hogar, la falta de electricidad y la pertenencia a un pueblo originario. Considerando el promedio de los parámetros estimados entre los países donde estos resultaron significativos, un hogar con un

jefe desempleado tiene una probabilidad casi tres veces mayor de ser pobre que un hogar cuyo jefe no lo está. La falta de electricidad y la pertenencia a un grupo étnico tienen asociada una probabilidad dos veces más alta de ser pobre. Cabe llamar la atención sobre el alto impacto que tiene la pertenencia a un pueblo originario sobre la condición de pobreza, ya que es indicativa de una situación de exclusión basada en la identidad grupal, independientemente del menor acceso a la educación o a los servicios básicos que puedan tener estos grupos.

Gráfico I.9
AMÉRICA LATINA: PARÁMETROS DEL COCIENTE DE
PROBABILIDADES DE POBREZA, 2011^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Valores mínimo, en promedio simple y máximo de los parámetros estadísticamente significativos estimados en cada país. El número entre paréntesis indica en cuántos países el parámetro es significativo respecto del número total de países que disponen de dicha variable.

Por otra parte, las variables que más disminuyen la probabilidad de que un hogar sea pobre son el número de ocupados y la compleción de los distintos niveles educativos, que además son significativas en prácticamente todos los países. Cabe destacar que, cuanto mayor es el nivel educativo alcanzado, mayor es su impacto adicional sobre la reducción de la probabilidad de pobreza.

Como se señaló más arriba, los parámetros estimados en la regresión son lineales respecto del cociente de probabilidades de pobreza, pero no respecto de la probabilidad de pobreza en sí misma. Ello implica que el impacto que tiene un cambio de una variable explicativa sobre la probabilidad de ser pobre depende del valor inicial de dicha probabilidad. Para presentar los resultados, se emplea como escenario de base un hogar del área urbana, compuesto por cuatro miembros, entre los que se incluyen a niños menores de 12 años, cuyo jefe es un hombre de 30 a 49 años de edad, con educación

secundaria completa y un trabajo remunerado, que no tiene necesidades insatisfechas en materia de agua, infraestructura sanitaria y electricidad. A partir de este escenario, se muestra la variación de la probabilidad de pobreza del hogar ante un cambio en algunas variables.

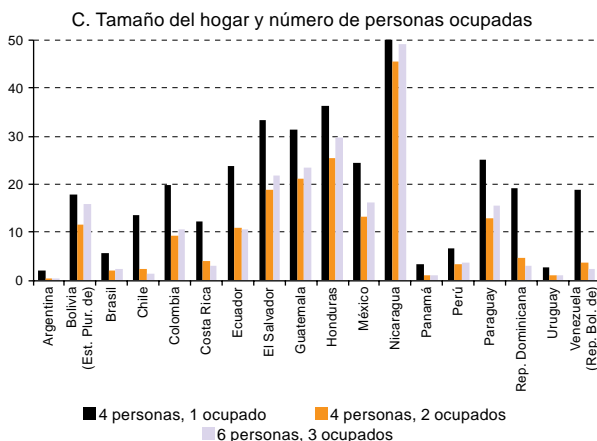
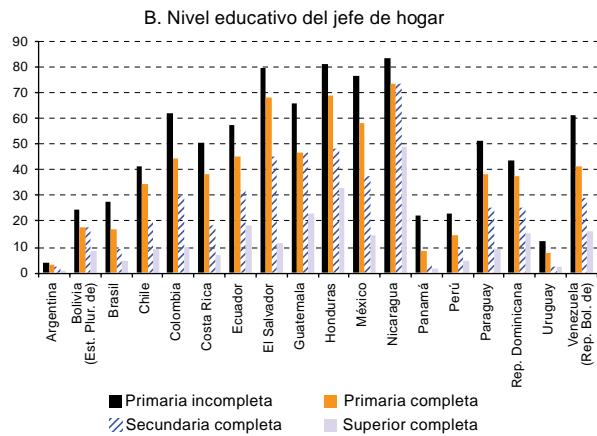
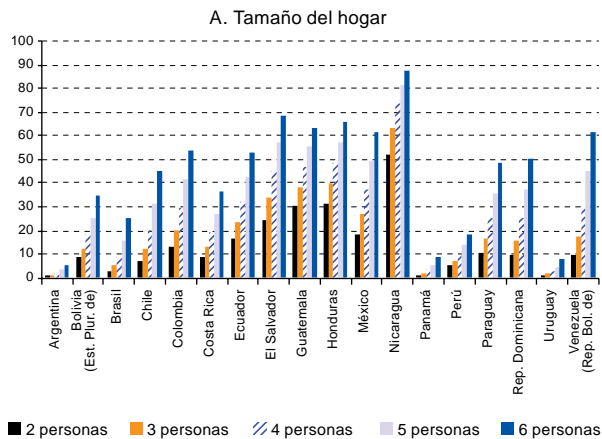
En el gráfico I.10 se muestra, en primer lugar, el elevado impacto que tiene el tamaño del hogar sobre su probabilidad de pobreza. Manteniendo constantes las demás características, la probabilidad de pobreza de un hogar de cinco personas es entre 1,2 y 1,7 veces más alta que la del hogar de base. De acuerdo con el modelo, el tamaño del hogar tiene los mayores impactos sobre la probabilidad de pobreza en la Argentina, el Brasil, Chile, Panamá y el Uruguay.

Asimismo, el gráfico I.10 permite comprobar el importante efecto de la educación (representado mediante el nivel educativo del jefe del hogar) en la probabilidad de pobreza. Excepto en los países donde la probabilidad de pobreza del hogar de base es muy baja, es posible observar que completar un ciclo adicional de estudios reduce la probabilidad de pobreza de manera apreciable. Por ejemplo, la probabilidad de pobreza asociada a haber completado la educación secundaria es, en la mayoría de países, la mitad de la correspondiente a no haber completado la primaria.

En el modelo de regresión utilizado, las características laborales del hogar se resumen en dos variables: el número de personas ocupadas y la situación de desempleo o no del jefe. Como cabría esperar, el coeficiente asociado a la primera variable es inferior a uno (mientras más personas ocupadas, menor probabilidad de pobreza) y es significativo en los 18 países analizados. A su vez, la condición de desempleo del jefe del hogar implica un aumento de la probabilidad de pobreza y resulta significativo en 14 casos.

En el gráfico I.10 se presenta la probabilidad de pobreza asociada a distintos escenarios del número de ocupados del hogar; se observa que la incorporación al mercado laboral de una persona adicional en el hogar de base (compuesto por cuatro personas y un ocupado) reduce la probabilidad de pobreza a la mitad o menos en la mayoría de países. Estos resultados corroboran la importancia del empleo como un factor que contribuye a mejorar las posibilidades de un hogar de salir de la pobreza, que se manifiesta particularmente en los países con menores tasas de pobreza. Aun así, no debe perderse de vista que un alto porcentaje de los indigentes y los pobres se encuentran ocupados, por lo que la condición de ocupación está lejos de ser suficiente para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas del hogar.

Gráfico I.10
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PROBABILIDAD DE POBREZA DE UN HOGAR SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS, 2011^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

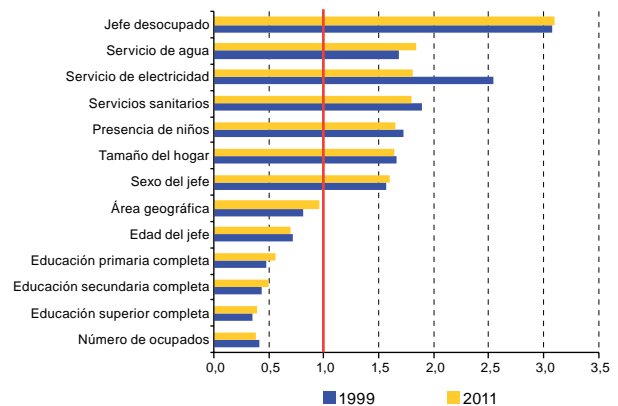
^a Valores correspondientes a un hogar del área urbana, compuesto por cuatro miembros (salvo cuando se indica lo contrario), entre los que se incluye a niños menores de 12 años, cuyo jefe es un hombre de 30 a 49 años de edad, con educación secundaria completa y trabajo remunerado, que no tiene necesidades insatisfechas en materia de agua, infraestructura sanitaria y electricidad.

Cabe destacar, además, que el aumento de la probabilidad de pobreza derivado del mayor tamaño del hogar y la disminución asociada al número de ocupados tienen magnitudes similares si se mantiene constante el porcentaje de personas ocupadas en el hogar. La probabilidad de pobreza de un hogar de seis miembros con tres ocupados es similar a la de uno de cuatro personas y dos ocupados (véase el gráfico I.10).

Los resultados de 2011 no son muy distintos a los que surgían de las encuestas de finales de la década de 1990. Al menos en los promedios de los países, los parámetros con valores más altos son los mismos que se mencionaron anteriormente: la desocupación del jefe y el acceso a electricidad¹⁴. A su vez, el número de miembros ocupados y la educación del jefe eran también en ese entonces las variables que más reducían la probabilidad de pobreza del hogar (véase el gráfico I.11).

Tampoco se evidencian grandes cambios en la magnitud de los parámetros, salvo en el caso del acceso a electricidad y, en menor grado, de la presencia de niños en el hogar. En ambas situaciones, no contar con energía eléctrica o tener niños menores de 12 años implica un aumento de la probabilidad de pobreza que en 1999 resultaba más marcado que en 2011. También se aprecia una pequeña disminución del efecto de la educación. En 1999, el hecho de que el jefe completara un ciclo adicional de estudios conllevaba una mayor reducción de la probabilidad de pobreza que en 2011.

Gráfico I.11
AMÉRICA LATINA: PARÁMETROS DEL COCIENTE DE PROBABILIDADES DE POBREZA, 1999 Y 2011^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Valores correspondientes a un hogar del área urbana, compuesto por cuatro miembros, entre los que se incluye a niños menores de 12 años, cuyo jefe es un hombre de 30 a 49 años de edad, con educación secundaria completa y trabajo remunerado, que no tiene necesidades insatisfechas en materia de agua, infraestructura sanitaria y electricidad. Se incluyen únicamente los países con información disponible en ambos años.

¹⁴ La variable sobre pertenencia a un pueblo originario se excluyó de la comparación, ya que solo era posible considerarla en tres países.

C. Dos miradas complementarias a la pobreza absoluta

La pobreza es un fenómeno que puede medirse y analizarse desde distintas perspectivas. Una de ellas es la de pobreza monetaria relativa, que expande el concepto tradicional de pobreza absoluta para incorporar más plenamente las necesidades derivadas de la adecuada participación de las personas en la sociedad a la que pertenecen. A medida que la región avanza en la reducción de la pobreza absoluta, se hace cada vez más relevante tomar en consideración este tipo de necesidades en la identificación de la población con carencias.

Una perspectiva adicional proviene de la consideración de la carencia de tiempo como un elemento importante para la medición del bienestar de las personas. La falta de tiempo tiene consecuencias nocivas para los pobres, ya que profundiza y reproduce la pobreza, especialmente en el caso de las mujeres y los niños.

1. Pobreza monetaria relativa

Así como en los países en desarrollo la forma habitual de conceptualizar y medir la pobreza se asimila a una noción de pobreza absoluta, en los países desarrollados tiene mayor relevancia el estudio de la pobreza como fenómeno relativo. La noción de pobreza relativa surgió como respuesta a la insuficiencia del enfoque absoluto para reflejar las privaciones experimentadas por la población en los países desarrollados. Su origen obedece a un contexto histórico particular (el Reino Unido a mediados del siglo XX), en el cual, si bien las necesidades de subsistencia eran satisfechas en la mayoría de las familias, muchas tenían condiciones de vida muy inferiores a las de la población en general y, en consecuencia, se veían excluidas de una participación adecuada en la sociedad. La noción de pobreza relativa expande la conceptualización de la pobreza precisamente para dar cuenta de ese tipo de privaciones, las que podrían estar haciéndose más relevantes en varios países de América Latina, sobre todo en aquellos que han logrado reducir la privación absoluta pero que todavía mantienen niveles significativamente altos de desigualdad.

La conceptualización de la pobreza desde el enfoque absoluto asume que existe un núcleo irreductible de pobreza, que refleja situaciones de carencia que pueden

ser consideradas como tales en cualquier sociedad y que, por lo tanto, no dependen del grado de satisfacción media que experimenta la sociedad. La más evidente de esas necesidades es la de alimentación, ya que la desnutrición puede entenderse como una carencia independientemente del contexto en que se presente¹⁵ (Sen, 1983). Quienes proponen una aproximación relativa cuestionan el enfoque absoluto porque se basa en una noción de bienestar que privilegia la mirada hacia las necesidades ligadas a la subsistencia física y no presta la necesaria atención a otras de tipo social, además de pasar por alto que las necesidades surgen y cambian en el contexto de las sociedades a las que pertenecen los individuos. De este modo, sería inviable la elaboración de una lista de necesidades aplicable en todo tiempo y lugar, con independencia de la estructura y recursos disponibles en la sociedad (Townsend, 1979, 1985).

¹⁵ Precisamente por ello, la necesidad de una alimentación adecuada forma parte esencial de la medición de la pobreza absoluta. La línea de pobreza se construye a partir del costo de una canasta de bienes que permita satisfacer las necesidades de alimentación, al cual se suma el costo de satisfacer otras necesidades básicas.

En la perspectiva de la pobreza relativa, en tanto las sociedades mejoran sus estándares de vida, el logro de niveles mínimos de satisfacción del núcleo básico de necesidades deja de convertirse en un desafío primordial para la población, pero ello no implica que no exista pobreza. Aun cuando las personas dispongan de recursos para alimentarse o habitar una vivienda digna, estos podrían ser insuficientes para que participen adecuadamente en las actividades habituales de sus sociedades (Townsend, 1979). La pobreza relativa se expresaría en situaciones de carencia de recursos que hacen que no sea posible visitar amigos, que los niños estén ocasionalmente ausentes del colegio, la calefacción esté apagada, no se puedan mantener las costumbres en materia de alimentación, no se reciban visitas en el hogar o la mala salud se vuelva más habitual (Townsend, 1985, pág. 662).

Como se señaló, hay consenso respecto de que en los países con los mayores niveles de ingreso una definición relativa es más apropiada, por cuanto las regiones más avanzadas buscan que toda la población comparta los beneficios de una alta prosperidad media. A su vez, las medidas absolutas han sido habitualmente consideradas como más ajustadas a la realidad de los países en desarrollo, debido a que el desafío para estos ha sido situar a segmentos significativos de la población por encima de umbrales básicos de satisfacción de las necesidades básicas. Esto condujo a que los indicadores de pobreza tradicionalmente utilizados en América Latina se basaran en esta perspectiva. Sin embargo, una serie de cambios recientes han puesto de manifiesto la necesidad de explorar mediciones de pobreza relativa en el contexto regional, sobre todo en los países con mayores niveles de desarrollo relativo. En rigor, en los últimos años se ha observado un mejoramiento en el nivel de vida medio de la población y una reducción de la pobreza absoluta, en un contexto en el que la desigualdad todavía continúa siendo muy alta. La convergencia de estos fenómenos podría no solo presionar hacia un cambio de las normas y estándares sociales sobre lo que se considera pobreza, sino también podría alimentar sentimientos de privación relativa en amplios segmentos de la población, incluso en quienes no están bajo la línea de la pobreza absoluta pero que no disponen de recursos suficientes para una participación social adecuada.

El método más habitual para la medición de la pobreza relativa consiste en determinar un umbral de ingreso mínimo, o línea de pobreza, como un porcentaje de la mediana del ingreso de la población. La elección del porcentaje a utilizar es discrecional, por lo que la práctica predominante es realizar estimaciones de pobreza relativa empleando diversos valores, típicamente el 40%, el 50%, el 60% y el 70% del ingreso mediano¹⁶.

¹⁶ En la mayoría de las aplicaciones de este método, los ingresos suelen estar expresados en unidades equivalentes a un adulto en

Esta forma de establecer el umbral permite que su valor aumente en términos reales a medida que la sociedad cuenta con mayores recursos. La oficina estadística de la Unión Europea (Eurostat) y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) miden de esta forma la pobreza relativa para monitorear la exclusión social en esta región.

Cabe destacar que la aplicación de este método puede producir resultados paradójicos (Grupo de Río, 2007). Ello se debe a que el indicador describe el porcentaje de personas que se encuentra a una distancia excesiva respecto de un estadístico de tendencia central —la mediana—, pero no provee una evaluación de las condiciones de vida que efectivamente se observan en esa situación. En rigor, el indicador de pobreza relativa responde a los cambios en la distribución y no a las variaciones del bienestar social medio. Así, cualquier aumento del ingreso medio, por grande que sea, no reducirá la pobreza relativa, si es que no se produce simultáneamente una mejora en la distribución. Asimismo, una caída generalizada en los ingresos podría no aumentar la pobreza, e incluso reducirla, si se presenta en el contexto de una mejora distributiva¹⁷.

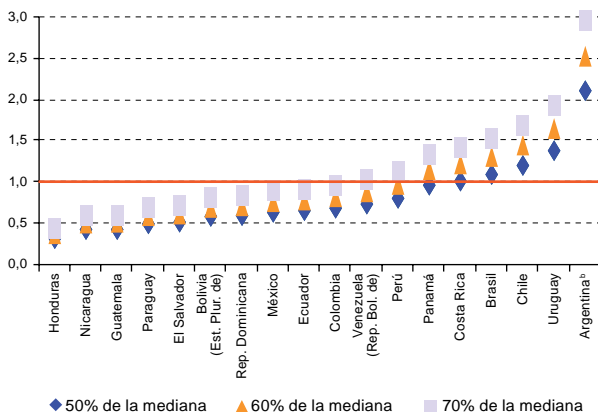
Pese a estas restricciones, es de interés evaluar en qué medida la forma de cuantificación de la pobreza relativa empleada en contextos de países desarrollados aporta información útil sobre las condiciones de vida en los países de América Latina. Para ello, se emplean tres líneas de pobreza relativa, equivalentes al 50%, el 60% y el 70% de la mediana del ingreso per cápita, respectivamente.

En el gráfico I.12 se muestran los valores que se obtienen para las líneas de pobreza relativa, expresados en relación con la línea de pobreza absoluta. Un primer resultado a destacar es que, en la mayoría de países de la región, las líneas relativas se hallan por debajo de la línea absoluta, como lo denotan los valores inferiores a uno en el eje vertical del gráfico. Según la lógica que originó la propuesta sobre pobreza relativa, con este tipo de resultados no es adecuado aplicar el método en algunos países. La noción de pobreza relativa apunta a ampliar el concepto de pobreza para incluir necesidades adicionales, las que derivan de la participación social, y por tanto debería traducirse necesariamente en un incremento de los umbrales monetarios respecto del enfoque absoluto. En consecuencia, la metodología tradicional no puede aplicarse de manera generalizada en la región.

lugar de en términos per cápita. Esta unidad toma en consideración que el costo de satisfacer las necesidades de una persona varía según su sexo y edad, así como en función del tamaño del hogar. Por simplicidad, el análisis desarrollado en esta sección se realiza en términos per cápita.

¹⁷ Sin embargo, utilizar una línea relativa no es equivalente a medir la desigualdad ni implica que la pobreza no pueda ser erradicada (Foster, 1998).

Gráfico I.12
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE LA LÍNEA DE POBREZA RELATIVA Y LA LÍNEA DE POBREZA ABSOLUTA, AÑO MÁS RECIENTE^a
 (En número de veces)

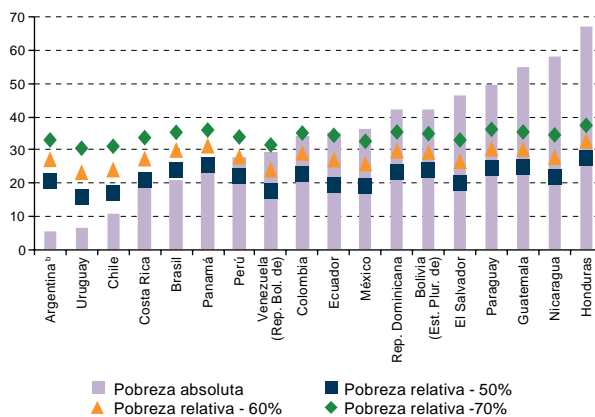


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos corresponden a 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).
^b Áreas urbanas.

En el gráfico I.13 se muestra la incidencia de la pobreza relativa resultante de la aplicación de las líneas de pobreza anteriormente estimadas, así como la prevalencia de la pobreza absoluta. En este caso, se observa que la forma convencional de medición de la pobreza relativa produce resultados muy similares en los distintos países de América Latina. Si se utiliza el umbral del 60% de la mediana del ingreso per cápita, las tasas de pobreza fluctúan entre el 23% y el 33%. Esta escasa dispersión también se

reproduce con los otros umbrales, del 50% o el 70%, del ingreso mediano. Estos resultados contrastan ampliamente con los que se obtienen mediante un umbral de pobreza absoluta, cuyos valores van desde menos del 10% hasta casi el 70%. La baja dispersión de los datos obtenidos a partir del método convencional también se ha verificado en los países europeos, lo que condujo recientemente a introducir una medición multidimensional de la pobreza relativa en la Unión Europea (véase el recuadro I.5).

Gráfico I.13
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA POBREZA RELATIVA Y DE LA POBREZA ABSOLUTA, ALREDEDOR DE 2011^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos corresponden al año 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).
^b Áreas urbanas.

Recuadro I.5 MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA RELATIVA EN LA UNIÓN EUROPEA

Como una alternativa para superar algunos de los problemas que presentan las mediciones de pobreza monetaria relativa, se ha propuesto realizar una medición multidimensional, basada en indicadores de privación que identifican los bienes y actividades cuya carencia denota pobreza relativa, línea de trabajo explorada inicialmente por Mack y Lansley (1985) y Gordon y otros (2000).

Siguiendo este enfoque, la Unión Europea creó recientemente un indicador multidimensional de pobreza relativa para evaluar el cumplimiento de la meta de sacar al menos a 20 millones de personas de la pobreza y la exclusión, propósito establecido en la estrategia Europa 2020. El indicador incluye medidas monetarias y no monetarias. Los indicadores no monetarios fueron propuestos por Guio (2009), con el argumento de que las mediciones basadas en

los ingresos no reflejan de manera apropiada la diversidad de las condiciones de vida en la Unión Europea, especialmente tras el aumento del número de países miembros en 2004 y 2007.

El indicador seleccionado es un índice en el cual se agregan, sobre la base del método de unión, tres medidas: i) la tasa de renta baja (umbral del 60% de la mediana de ingresos), ii) un índice de privación material y iii) el porcentaje de personas de 0 a 59 años que viven en hogares en los que ninguno de sus miembros de 18 a 59 años trabaja o cuyos miembros en edad laboral tienen una baja vinculación laboral (Atkinson y otros, 2010).

La privación material se definió como la incapacidad de contar con los bienes y servicios percibidos socialmente como necesidades o de participar en actividades habituales en la sociedad. Así, para la

construcción de indicadores de privación material se recogió información sobre la medida en que las personas desean ciertos bienes o quieren participar en actividades sociales pero no pueden hacerlo por factores que escapan a su control (Fusco, Guio y Marlier, 2010). Se optó por incluir ítems sobre la capacidad de las familias para: i) enfrentar gastos inesperados, ii) tomarse al menos una semana de vacaciones por año fuera de casa, iii) pagar deudas (hipotecas, arriendos, créditos), iv) comer carne o su equivalente proteico al menos cada dos días, v) mantener la casa calefaccionada, vi) tener lavadora, vii) tener televisor a color, viii) contar con teléfono y ix) tener un auto. La tasa de privación incluida en el indicador multidimensional es el porcentaje de personas que no poseen al menos tres de los nueve ítems (Guio, 2009).

Recuadro 1.5 (conclusión)

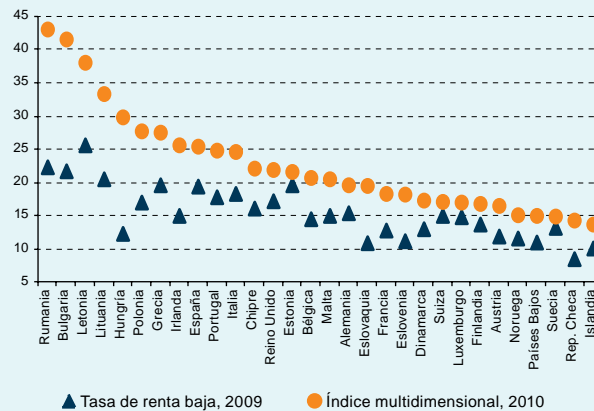
La adopción de un indicador multidimensional ha generado un acalorado debate en la Unión Europea. Atkinson, Marlier y Wolf (2010) señalan que la selección de un conjunto de dimensiones equivale a atribuirle un peso cero a los aspectos excluidos y se preguntan si los pesos de

las dimensiones deben ser los mismos en diferentes países. La incorporación de ítems de privación material también ha sido cuestionada porque la significación social de los bienes y de las actividades esenciales para la participación social difiere de un país a otro (Till y Eiffe, 2010).

A su vez, Fusco, Guio y Marlier (2010) advierten que este método combina conceptos de pobreza divergentes (ingreso frente a privación) y mezcla distintos estándares de operacionalización (la situación relativa en un país comparada con un estándar europeo).

UNIÓN EUROPEA (30 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL Y DE LA TASA DE RENTA BAJA, 2009 Y 2010

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Eurostat [en línea] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

En todo caso, Fusco, Guio y Marlier (2010) rescatan el hecho de que las tasas de variación generadas a partir del indicador multidimensional de pobreza

sean mayores que las obtenidas a través de la tasa de renta baja (véase el gráfico). Estos resultados indicarían que el indicador multidimensional captaría

mejor las diferencias en los niveles de vida de un país a otro y la distribución de la riqueza en cada uno de ellos.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Los datos confirman además que el indicador utilizado en la Unión Europea está más cerca de ser un indicador de desigualdad que de pobreza. En efecto, mientras la correlación entre las tasas de pobreza absoluta y relativa es de 0,6, la correlación de la pobreza relativa con el índice de Gini es de 0,8.

En todo caso, aun cuando en la región no cabe la aplicación generalizada de esta forma de medir la pobreza relativa, hay algunos países en los que este criterio provee información útil. Adoptando la línea del 60% de la mediana como un indicador del costo de satisfacer las necesidades sociales, seis países de la región cuentan con tasas de pobreza relativa que superan a la pobreza absoluta. Estos son la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay.

En cuanto a la evolución de la pobreza relativa y la pobreza absoluta en los seis países mencionados, se observan diferencias. Si bien entre 2002 y 2010 hubo una reducción de la pobreza relativa, esta no fue tan grande como la que se observa en la pobreza absoluta. Esto es consistente con lo señalado antes: reducir la pobreza relativa

es más difícil, pues requiere no solamente que mejoren los ingresos de los más pobres, sino que además lo hagan en mayor proporción que los ingresos de los más ricos.

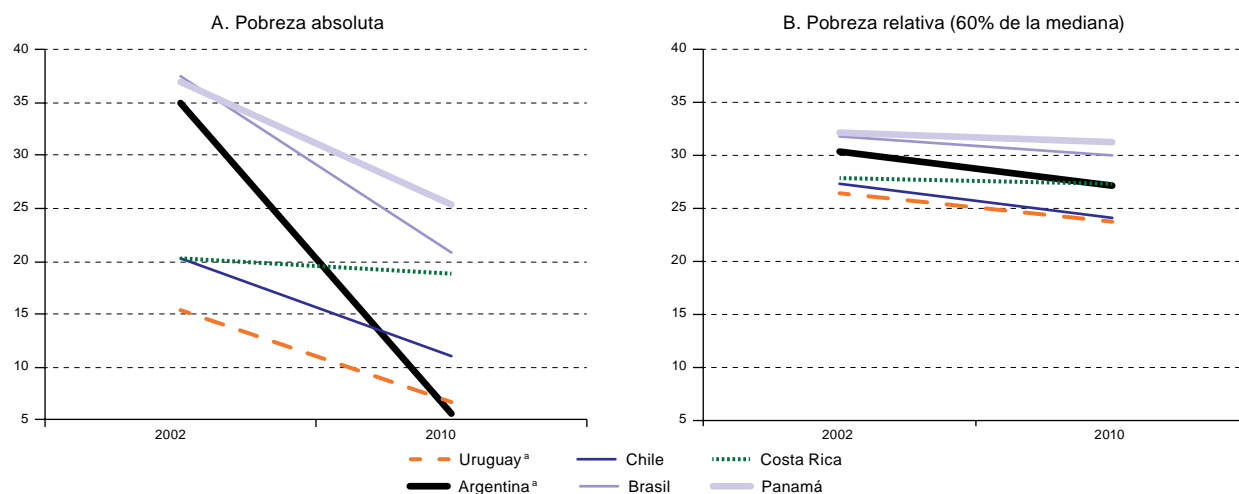
Por otra parte, en 2002 fueron solo tres (Chile, Costa Rica y el Uruguay) los países en los que la línea de pobreza relativa (utilizando el umbral del 60% de la mediana) se encontraba por encima de la línea de pobreza absoluta. De este modo, en la medida en que la tendencia hacia una menor pobreza absoluta se mantenga en la región, es cada vez más relevante tomar en consideración la perspectiva relativa en la medición de la pobreza.

Finalmente, cabe tener en cuenta que las mediciones de pobreza absoluta prevalecientes en el Reino Unido cuando surgieron las propuestas sobre privación relativa se basaban en canastas de consumo mínimas. Originadas en los trabajos de Booth (1892 y 1897) y Rowntree (1901, 1936 y 1951), las canastas incluían básicamente bienes ligados a la supervivencia. Por ejemplo, en el trabajo de Rowntree de 1936 se consideró: i) la ingesta de alimentos para mantener la capacidad de trabajo y la salud; ii) una vivienda con tres dormitorios, comedor, cocina y baño;

iii) el vestuario para mantener las buenas condiciones corporales, y iv) los materiales para el aseo y la reparación —o el reemplazo— de utensilios y muebles en el hogar. Aunque se consideraron bienes que no forman parte de la noción de supervivencia (diarios, libros, radio, cerveza,

tabaco, vacaciones y regalos), en este modelo no tuvieron un lugar central los aspectos relacionados con la privación relativa, dado que su propósito fue reflejar las necesidades mínimas de supervivencia, tal como las consideraban las personas de ese tiempo (Linsley y Linsley, 1993).

Gráfico I.14
AMÉRICA LATINA (6 PAÍSES): CAMBIOS EN LA POBREZA ABSOLUTA Y LA POBREZA RELATIVA, 2002-2011
(En puntos porcentuales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Áreas urbanas.

Aun cuando el método habitualmente utilizado para la medición de la pobreza absoluta se inspira en los trabajos de Rowntree, incluye algunos elementos que relativizan el tipo de necesidades incluidas. En primer lugar, la canasta de alimentos considera los hábitos prevalecientes en la sociedad. La forma en que los hogares alcanzan las calorías requeridas varía según el país y, en los de mayores recursos, las calorías adquiridas serán más caras. Por otra parte, las necesidades no alimentarias no se especifican directamente, sino que corresponden a la relación de gasto observado en los hogares en torno a la línea de pobreza. Dicha relación, denominada coeficiente de Orshansky, tiende a incrementarse

junto con el nivel de ingreso. El incremento proviene, en parte, de un cambio de los precios relativos (en los países desarrollados los bienes no transables son más caros), pero también de un cambio de hábitos y gustos derivados del mayor poder adquisitivo. Por tanto, las líneas de pobreza absolutas calculadas de esta manera ya incluyen una parte de las necesidades relativas.

Es posible concluir, entonces, que el método de pobreza absoluta utilizado habitualmente tiene la aptitud de incorporar elementos de la pobreza relativa. El grado en que difieran sus resultados dependerá de la forma y la frecuencia de actualización de los umbrales empleados.

2. La pobreza de tiempo

El uso del tiempo es relevante para el análisis de la pobreza y el bienestar. La pobreza es la privación en dimensiones indispensables para la satisfacción de necesidades y el funcionamiento básico de los individuos. Por su parte, el tiempo dedicado al trabajo remunerado permite generar

recursos para cubrir necesidades materiales básicas, y el tiempo utilizado en el trabajo doméstico permite satisfacer las necesidades de autocuidado y de cuidado de otros miembros del hogar. A su vez, el bienestar de los hogares es una función de sus niveles de ingreso y

consumo y de sus decisiones sobre el tiempo de trabajo remunerado, a lo cual se agrega que los hogares requieren de un mínimo de horas para cumplir con las tareas domésticas y de cuidado, y además necesitan tiempo para descansar y recrearse.

Dentro de los hogares, las asignaciones de recursos, funciones y tiempo reflejan desigualdades en las preferencias y el poder de los individuos. Así, la privación de tiempo tiene consecuencias nocivas para los pobres, ya que profundiza y reproduce la pobreza, especialmente en el caso de las mujeres y los niños. Esto se debe a que: i) los miembros de hogares pobres se emplean en tareas de baja productividad y requieren más tiempo para proveerse de bienes y servicios básicos; ii) los pobres no tienen acceso a sustitutos para la realización de las actividades domésticas, lo que limita la posibilidad de participación laboral de las mujeres; iii) la presión por generar recursos para cubrir las necesidades básicas eleva el tiempo destinado al trabajo y desplaza el tiempo de descanso; iv) ante un evento adverso que requiera más trabajo, se reduce el tiempo para el cuidado, lo que afecta el bienestar en otros aspectos (por ejemplo, el desarrollo de los niños), y v) la escasez de tiempo de los adultos para generar recursos conduce a que se haga uso del tiempo de los niños e incluso a que estos trabajen, sacrificando su educación y recreación, lo que reproduce la pobreza.

Hasta ahora, en la región no se ha incorporado sistemáticamente el tiempo destinado a las labores de cuidado y el trabajo no remunerado al análisis de la pobreza. Su consideración permitiría dotar de más profundidad al análisis de la pobreza y las desigualdades de género, y debería aportar a la formulación de políticas. El uso del tiempo puede estudiarse en sus vinculaciones con la pobreza, como una dimensión en el contexto de un índice multidimensional de pobreza o en sus expresiones objetiva o subjetiva. Haciendo una analogía entre los recursos monetarios y el tiempo, se puede medir la pobreza de tiempo de forma similar a la pobreza monetaria. Por ejemplo, se puede definir la pobreza de tiempo como la falta de tiempo para descanso y recreación, debido a la dedicación excesiva al trabajo y las labores domésticas. Esto se puede llevar a cabo con un enfoque absoluto o relativo. Ambas aproximaciones permiten efectuar mediciones de incidencia, profundidad y severidad de la pobreza.

Un trabajo pionero en este campo es el de Vickery (1977). Esta autora utilizó un enfoque absoluto y definió la pobreza de tiempo como la falta de tiempo para hacer todas las cosas que los hogares tienen que hacer (por ejemplo, las labores de cuidado y producción doméstica). Se entiende que M_0 es el umbral de pobreza monetaria

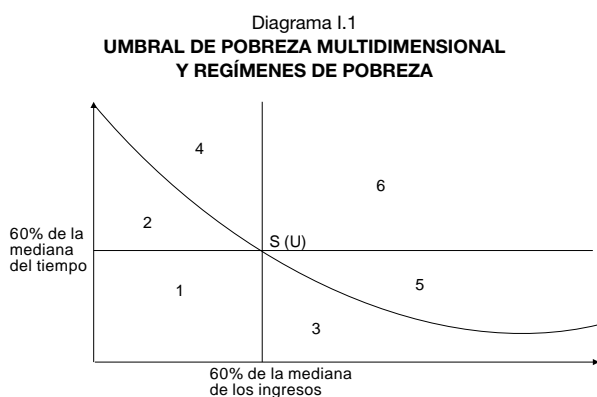
y T_0 el umbral de pobreza de tiempo. Si el tiempo disponible para que un hogar haga todas las cosas que tiene que hacer es inferior a T_0 , dicho hogar es pobre de tiempo. Si el ingreso disponible para un hogar es inferior a M_0 , dicho hogar es pobre de ingresos. El problema es la compensación entre tiempo e ingresos, puesto que para que los ingresos de un hogar pobre superen el M_0 , deberá reducir su tiempo a un valor inferior a T_0 . En cambio, si un hogar ubicado levemente por encima de la línea de pobreza monetaria quiere aumentar su tiempo libre a un valor mayor o igual a T_0 , reducirá sus ingresos por debajo del M_0 . Luego, un umbral de pobreza que integre tiempo y dinero debería tener un nivel monetario mínimo (M_0), un mínimo de tiempo (T_0) y una compensación entre ambos.

Burchardt (2008) elaboró un índice de capacidades de ingreso y tiempo basado en un enfoque absoluto, en el que se relacionan las obligaciones, los recursos, el ingreso disponible (Y) y el tiempo disponible (T). El ingreso disponible es el neto después de pagar los bienes y servicios necesarios para cumplir con las obligaciones, y el tiempo disponible es el remanente después del trabajo pagado y no pagado. Así, los hogares tienen un conjunto de alternativas (a, b, c, \dots, n) de asignación de tiempo a trabajo pagado y no pagado. Si todas las opciones (a, b, c, \dots, n) producen ingresos superiores al umbral de pobreza de ingresos y tiempo disponible mayor que el umbral de pobreza de tiempo, los hogares están libres de pobreza de tiempo y de pobreza de ingresos. En caso contrario, se encuentran en pobreza de capacidades.

Bardasi y Wodon (2006) aplicaron el enfoque relativo a la medición de pobreza de tiempo en Guinea, entendiéndola como la carencia de tiempo suficiente para el descanso y el esparcimiento, después de considerar el tiempo empleado en el trabajo pagado y no pagado. Desde el punto de vista operativo, la medición se basó en la distribución del uso del tiempo en la población, y se utilizaron dos umbrales: el primero con un valor igual a 1,5 veces la mediana de las horas de trabajo pagado y no pagado (70,5 horas por semana) y el segundo con un valor equivalente a 2 veces la mediana.

Merz y Rathjen (2009) elaboraron una medición multidimensional de pobreza sobre la base de los ingresos y el tiempo libre, medidos en términos relativos. Estos autores partieron del supuesto de que un individuo racional maximiza su utilidad o satisfacción como una función del consumo (C) y del ocio (L), sujeto a restricciones presupuestarias y de tiempo, y para evaluar los efectos de sustitución entre tiempo libre (L) e ingresos (I), emplearon como criterio de utilidad la satisfacción con la vida. El umbral de pobreza de tiempo se fijó en el 60% de la mediana del tiempo libre (la suma del tiempo destinado

a la vida social, el deporte, los *hobbies* y el consumo cultural). Como primer paso, se cuantificó la sustitución entre el tiempo y los ingresos, utilizando una función de utilidad de elasticidad de sustitución constante. Luego, se estableció el umbral de pobreza multidimensional en el punto de utilidad donde se encuentran los umbrales de tiempo e ingresos, y finalmente se clasificó a los individuos en distintos regímenes de pobreza (véase el diagrama I.1).



Régimen	Pobreza de ingresos	Pobreza de tiempo	Pobreza multidimensional
1	Sí	Sí	Sí
2	Sí	No	Sí
3	No	Sí	Sí
4	Sí	No	No
5	No	Sí	No
6	No	No	No

Fuente: J. Merz y T. Rathjen, "Time and income poverty. An interdependent multidimensional poverty approach with German time use diary data", *SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research*, N° 215, 2009.

Nota: S (U) = Umbral de pobreza multidimensional.

La evidencia empírica reciente sobre la relación entre ingresos y tiempo, producida a través de enfoques absolutos y relativos aplicados en países desarrollados y en vías de desarrollo que no pertenecen a la región, indica lo siguiente: i) se ha constatado una asociación débil y negativa entre los ingresos y el tiempo; quienes tienen más ingresos tienen menos tiempo libre (Burchardt, 2008; Bardasi y Wodon, 2006); ii) la población pobre en materia de tiempo e ingresos representa una proporción muy baja de la población total (1,92% en los Estados

Unidos y 2,5% en Alemania) (Kalenkoski, Hamrick y Andrews, 2008; Merz y Rathjen, 2009); iii) la pobreza de tiempo afecta a una minoría de los pobres por ingresos en los Estados Unidos (16,4%) (Kalenkoski, Hamrick y Andrews, 2008), y iv) la probabilidad de pobreza de tiempo e ingresos es mayor entre las mujeres (Burchardt, 2008; Merz y Rathjen, 2009), los adultos sin pareja y quienes tienen más hijos (Burchardt, 2008).

Hay varias dificultades para medir la pobreza de tiempo, como su conceptualización y la determinación de estándares y umbrales. Sobre lo primero, Goodin y otros (2005) plantean que la pobreza de tiempo no debería definirse en términos de la forma en que las personas gastan su tiempo y de cuánto tiempo libre les queda, sino en función de lo que necesitan gastar estrictamente en comparación con el tiempo que tienen disponible para gastar. Para estos autores, una parte del tiempo que las personas ocupan en el trabajo remunerado y no remunerado estaría por encima del necesario y mucha de la presión que las personas sienten en términos de tiempo es discrecional. Por tanto, la pobreza de tiempo debería entenderse como la falta de tiempo discrecional una vez que las necesidades han sido satisfechas (o el tiempo potencialmente disponible para que las personas hagan lo que desean), y los estándares deberían definir la cantidad de tiempo estrictamente necesario para que las personas desarrollen las actividades inevitables de la vida diaria (el trabajo remunerado y no remunerado, el cuidado personal y otras).

Con respecto a lo segundo, Burchardt (2008) y Goodin y otros (2005) plantean que no existen parámetros normativos sobre los cuales fundamentar una definición operacional de trabajo doméstico. Para Vickery (1977), se deberían construir umbrales que tomen en cuenta la composición del hogar y las prácticas de alimentación, manejo del hogar y compra de bienes. Dicha falta de estándares obligó a Burchardt (2008) a utilizar una operacionalización basada en el comportamiento de un grupo de referencia, dado que definió como tiempo mínimo de trabajo doméstico el tiempo medio empleado en dichas tareas por los hogares que no son beneficiarios de la asistencia estatal, no compran servicios domésticos y están alrededor de la línea de pobreza, dependiendo de la composición del hogar.

Bibliografía

- Atkinson, Anthony B. y Francois Bourguignon (2001), “Poverty and inclusion from a world perspective”, *Governance, Equity and Global Markets*, Joseph Stiglitz y Pierre-Alain Muet (eds.), Oxford, Oxford University Press.
- Atkinson, Anthony, Eric Marlier y Pascal Wolff (2010), “Beyond GDP, measuring well-being and EU-SILC”, *Income and living conditions in Europe*, A. Atkinson y E. Marlier (eds.), Luxemburgo, Unión Europea.
- Atkinson, Anthony y otros (2010), “Income poverty and income inequality”, *Income and Living Conditions in Europe*, A. Atkinson y E. Marlier (eds.), Luxemburgo, Unión Europea.
- Bardasi, Elena y Quentin Wodon (2006), “Measuring time poverty and analyzing its determinants: concepts and application to Guinea”, *Gender, Time Use, and Poverty in Sub-Saharan Africa*, Q. Wodon y M. Blackden (eds.), Washington, D.C., Banco Mundial.
- Booth, Charles (1892-1897), *Life and Labour of the People in London*, 9 vols.
- Burchardt, Tania (2008), “Time and income poverty”, *CASEReport*, N° 57 [en línea] <http://eprints.lse.ac.uk/28341/1/CASEReport57.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *Cambio estructural para la igualdad. Una visión integrada del desarrollo (LC/G.2524(SES.34/3))*, Santiago de Chile.
- (2007), *Un sistema de indicadores para el seguimiento de la cohesión social en América Latina (LC/G.2362)*, Santiago de Chile.
- (2000), *Panorama Social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P/E)*, Santiago de Chile.
- Ceriani, Lidia y Chiara Gigliarano (2011), “An intertemporal relative deprivation index”, *ECINEQ Working Paper*, N° 2011-237 [en línea] <http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2011-237.pdf>.
- Chen, Shaohua y Martin Ravallion (2012), “More relatively-poor people in a less absolutely-poor world”, *Policy Research Working Paper*, N° 6114 [en línea] http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSPIB/2012/07/02/000158349_20120702111420/Rendered/PDF/WPS6114.pdf.
- Citro, Constance y Robert Michael (1995), *Measuring Poverty: A New Approach*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Foster, James (1998), “Absolute versus relative poverty”, *The American Economic Review*, vol. 88, N° 2, Papers and Proceedings of the Hundred and Tenth Annual Meeting of the American Economic Association.
- Fusco, Alessio, Anne-Catherine Guio y Eric Marlier (2010), “Characterising the income poor and the materially deprived in European countries”, *Income and Living Conditions in Europe*, A. Atkinson y E. Marlier (eds.), Luxemburgo, Unión Europea.
- Goodin, Robert y otros (2005), “The time-pressure illusion: discretionary time vs. free time”, *Social Indicators Research*, N° 73.
- Gordon, D. y otros (2000), *Poverty and Social Exclusion in Britain*, York, Joseph Rowntree Foundation [en línea] <http://www.bris.ac.uk/poverty/pse/welcome.htm>.
- Grupo de Río (Grupo de Expertos en Estadísticas de Pobreza) (2007), *Compendio de mejores prácticas en la medición de la pobreza*, Santiago de Chile.
- Guio, Anne-Catherine (2009), “What can be learned from deprivation indicators in Europe?”, *EUROSTAT Methodologies and Working Papers* [en línea] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-09-007/EN/KS-RA-09-007-EN.PDF.
- Kalenkoski, Charlene, Karen Hamrick y Margaret Andrews (2008), *Time Poverty Thresholds* [en línea] http://oak.cats.ohiou.edu/~kalenkos/Kalenkoski_Hamrick_Andrews.finalreport100708.pdf.
- Knight, J. y R. Gunatilaka (2007), “Great expectations? The subjective well-being of rural-urban migrants in China” [en línea] <http://economics.ouls.ox.ac.uk/13340/1/Item.pdf>.
- Linsley, Colin y Christine Linsley (1993), “Booth, Rowntree, and Llewelyn Smith: a reassessment of interwar poverty”, *The Economic History Review, New Series*, vol. 46, N° 1.
- Mack, J. y S. Lansley (1985), *Poor Britain*, Londres, George Allen & Unwin.
- Merz, Joachim y Tim Rathjen (2009), “Time and income poverty – an interdependent multidimensional poverty approach with German time use diary data”, *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research*, N° 215 [en línea] <http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/ECINEQ2009-126.pdf>.
- Nolan, Brian y Christopher Whelan (2010), “Using non-monetary deprivation indicators to analyse poverty and social exclusion: lessons from Europe?”, *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 29, N° 2.

- (2010), “Poverty lines across the world”, *Policy Research Working Paper*, N° 5284 [en línea] http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/04/27/000158349_20100427143536/Rendered/PDF/WPS5284.pdf.
- Ravallion, Martin (2008), *On the Welfarist Rationale for Relative Poverty Lines* [en línea] <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199239115.001.0001/acprof-9780199239115-chapter-21?rskey=hUtpdf&result=1&q=weak+AND+relativity+AND+axiom+AND+poverty+AND+measurement>.
- Ravallion, Martin y Shaohua Chen (2009), “Weakly relative poverty”, *Policy Research Working Paper*, N° 4844 [en línea] http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/06/22/000158349_20090622100104/Rendered/PDF/WPS4844.pdf.
- Rodríguez, Jorge (2006), “América Latina y el Caribe. Pobreza y población: enfoques, conceptos y vínculos con las políticas públicas”, *Notas de Población*, N° 83 (LC/G.2340-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.82.
- Rowntree, S. (1901), *Poverty, A Study of Town Life*, McMillan.
- (1936), *Poverty and Progress*, Longmans.
- (1951), *Poverty and the Welfare State*, McMillan.
- Sen, Amartya (1983) “Poor, relatively speaking,” *Oxford Economic Papers, New Series*, vol. 35, N° 2.
- Till, Matthias y Franz Eiffe (2010), “Progress of living conditions — a dynamic model of material deprivation for a European society”, *Income and Living Conditions in Europe*, A. Atkinson y E. Marlier (eds.), Luxemburgo, Unión Europea.
- (1985), “A sociological approach to the measurement of poverty. A rejoinder to professor Amartya Sen”, *Oxford Economic Papers, New Series*, vol. 37, N° 4.
- Townsend, Peter (1979), *Poverty in the United Kingdom: a Survey of Household Resources and Standards of Living, 1967-1969*, Harmondsworth, Penguin Books.
- Vickery, Clair (1977), “The time-poor: a new look at poverty”, *Journal of Human Resources*, vol. 12, N° 1.

Anexo

Cuadro I.A-1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): INDICADORES DE POBREZA E INDIGENCIA, 1990-2011^a
(En porcentajes)

País	Año	Pobreza ^b				Indigencia			
		Hogares		Población		Hogares		Población	
		Incidencia (H)	Incidencia (H)	Brecha (PG)	Brecha al cuadrado (FGT2)	Incidencia (H)	Incidencia (H)	Brecha (PG)	Brecha al cuadrado (FGT2)
Argentina ^c	1990 ^d	16,2	21,2	7,2	3,5	3,5	5,2	1,6	0,8
	1999	16,3	23,7	8,6	4,4	4,3	6,7	2,2	1,1
	2004	27,3	34,9	16,0	10,0	11,7	14,9	6,8	4,6
	2010	6,3	8,6	3,4	2,1	2,4	2,8	1,4	1,0
	2011	4,3	5,7	2,3	1,5	1,8	1,9	1,1	0,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1989 ^e	48,9	52,6	24,5	15,0	21,9	23,0	9,8	6,2
	1999	54,7	60,6	33,9	24,1	32,6	36,5	20,3	14,7
	2002	55,5	62,4	34,4	23,8	31,7	37,1	19,5	13,5
	2009	36,3	42,4	19,8	12,7	18,2	22,4	11,0	7,3
Brasil	1990	41,4	48,0	23,5	14,7	18,3	23,4	9,7	5,5
	1999	29,9	37,5	17,0	10,2	9,6	12,9	5,3	3,3
	2001	30,0	37,5	17,4	10,7	10,0	13,2	5,8	3,8
	2009	19,3	24,9	10,5	6,2	5,7	7,0	3,2	2,2
	2011	16,2	20,9	8,8	5,4	5,2	6,1	3,1	2,3
Chile	1990	33,3	38,6	14,9	8,0	10,7	13,0	4,4	2,3
	1998	17,8	21,7	7,5	3,8	4,6	5,6	2,0	1,1
	2003	15,3	18,7	6,3	3,2	3,9	4,7	1,7	1,0
	2009	9,8	11,5	4,0	2,2	3,3	3,6	1,6	1,0
	2011	9,2	11,0	3,6	1,9	3,0	3,1	1,3	0,9
Colombia	1994	47,3	52,5	26,6	17,5	25,0	28,5	13,8	9,1
	1999	48,7	54,9	25,6	15,7	23,2	26,8	11,2	6,9
	2002 ^f	42,2	49,8	21,9	12,8	14,3	17,8	6,8	3,7
	2010 ^f	30,4	37,3	15,2	8,5	9,6	12,3	4,6	2,6
2011 ^f	27,7	34,2	13,5	7,3	8,4	10,7	3,8	2,0	
Costa Rica	1990	23,6	26,3	10,7	6,5	10,0	10,1	4,8	3,4
	1999	18,2	20,3	8,1	4,8	7,6	7,8	3,5	2,3
	2002	18,6	20,3	8,4	5,2	7,7	8,2	3,9	2,7
	2010 ^g	16,0	18,5	6,8	3,8	5,8	6,8	2,7	1,7
2011 ^g	16,0	18,8	7,1	4,0	6,3	7,3	3,0	1,9	
Ecuador ^c	1990	55,8	62,1	27,6	15,8	22,6	26,2	9,2	4,9
	1999	58,0	63,6	30,1	18,2	27,2	31,3	11,5	6,3
	2002	42,6	49,0	20,8	11,8	16,3	19,4	6,9	3,7
	2010	31,4	37,1	14,2	7,5	11,9	14,2	4,6	2,4
	2011	27,9	32,4	11,4	5,7	9,0	10,1	3,3	1,7
El Salvador	1995	47,6	54,2	24,0	14,3	18,2	21,7	9,1	5,6
	1999	43,5	49,8	22,9	14,0	18,3	21,9	9,4	5,8
	2001	42,9	48,9	22,7	14,0	18,3	22,1	9,5	5,8
	2010	40,2	46,6	18,8	10,0	13,3	16,7	5,2	2,3
Guatemala	1989	63,0	69,4	35,9	23,1	36,7	42,0	18,5	11,2
	1998	53,5	61,1	27,3	15,4	26,1	31,6	10,7	5,1
	2002	52,8	60,2	27,0	15,4	26,9	30,9	10,7	5,5
	2006	46,7	54,8	25,5	15,2	22,7	29,1	11,3	5,9
Honduras	1990	75,2	80,8	50,2	35,9	53,9	60,9	31,5	20,2
	1999	74,3	79,7	47,4	32,9	50,6	56,8	27,9	17,5
	2002	70,9	77,3	45,3	31,2	47,1	54,4	26,6	16,2
	2010	61,2	67,4	36,6	24,2	37,0	42,8	20,1	12,1
México	1989	39,0	47,7	18,7	9,9	14,0	18,7	5,9	2,8
	1998	38,0	46,9	18,4	9,4	13,2	18,5	5,3	2,2
	2002	31,8	39,4	13,9	6,7	9,1	12,6	3,5	1,4
	2010	29,3	36,3	12,8	6,3	9,8	13,3	4,1	1,9

Cuadro I.A-1 (conclusión)

País	Año	Pobreza ^b				Indigencia			
		Hogares		Población		Hogares		Población	
		Incidencia (H)	Incidencia (H)	Brecha (PG)	Brecha al cuadrado (FGT2)	Incidencia (H)	Incidencia (H)	Brecha (PG)	Brecha al cuadrado (FGT2)
Nicaragua	1993	68,1	73,6	41,9	29,3	43,2	48,4	24,3	16,2
	1998	65,1	69,9	39,4	27,3	40,1	44,6	22,6	15,1
	2001	63,0	69,4	37,1	24,5	36,5	42,5	19,2	12,0
	2009	52,0	58,3	26,1	15,2	25,1	29,5	11,7	6,3
Panamá ^c	1991 ^c	26,1	31,0	12,8	7,6	9,5	10,8	5,0	3,3
	1999 ^c	15,8	19,5	7,0	3,8	4,6	5,5	2,2	1,3
	2002	30,0	36,9	16,8	10,2	14,4	18,6	7,6	4,3
	2010	19,4	25,8	10,6	5,9	8,9	12,6	4,6	2,3
Paraguay	2011	19,8	25,3	10,4	5,9	9,4	12,4	4,7	2,5
	1990 ^h	36,8	43,2	16,1	8,0	10,4	13,1	3,6	1,5
	1999	50,3	59,0	29,1	18,4	25,0	31,8	14,1	8,6
	2001	50,7	59,7	28,7	18,0	25,2	31,3	13,7	8,3
Perú	2010	48,0	54,8	25,4	15,5	26,0	30,7	12,9	7,6
	2011	43,8	49,6	23,5	14,5	23,9	28,0	12,2	7,3
	1997	40,4	47,5	20,7	12,0	20,3	25,0	10,1	5,6
	1999	42,3	48,6	20,6	11,7	18,7	22,4	9,2	5,1
República Dominicana	2001 ⁱ	48,7	54,7	24,7	14,5	20,4	24,4	9,6	5,2
	2010 ⁱ	27,0	31,3	11,1	5,5	8,2	9,8	2,8	1,2
	2011 ⁱ	24,8	27,8	9,9	4,9	5,5	6,3	1,8	0,8
	2002	42,2	47,1	20,9	12,6	18,2	20,7	8,8	5,3
Uruguay ^c	2010	38,0	41,4	18,7	11,1	19,3	20,9	8,2	4,6
	2011	38,7	42,2	18,4	10,8	18,9	20,3	7,9	4,5
	1990	11,8	17,9	5,3	2,4	2,0	3,4	0,9	0,4
	1999	5,6	9,4	2,7	1,2	0,9	1,8	0,4	0,2
Venezuela (República Bolivariana de)	2002	9,3	15,5	4,5	1,9	1,3	2,5	0,6	0,2
	2010	5,0	8,6	2,3	0,9	0,7	1,4	0,3	0,1
	2011	4,5	6,7	1,8	0,7	0,9	1,1	0,3	0,1
	1990	34,2	39,8	15,7	8,5	11,8	14,4	5,0	2,5
América Latina ⁱ	1999	44,0	49,4	22,6	13,7	19,4	21,7	9,0	5,5
	2002	43,3	48,6	22,1	13,4	19,7	22,2	9,3	5,7
	2010	23,7	27,8	9,9	5,3	9,3	10,7	3,9	2,4
	2011	25,3	29,5	10,5	5,5	10,0	11,7	4,2	2,4
América Latina ⁱ	1990	41,0	48,4	...	...	17,7	22,6	...	...
	1999	35,4	43,8	...	...	14,1	18,6	...	...
	2002	36,1	43,9	...	...	14,6	19,3	...	...
	2010	24,4	31,0	...	...	9,3	12,1	...	...
	2011	23,1	29,4	...	...	8,9	11,5	...	...

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a H: Índice de recuento. PG: Brecha de pobreza. FGT2: Índice de Foster, Greer y Thorbecke.

^b Incluye hogares (personas) en situación de indigencia o en extrema pobreza.

^c Área urbana.

^d Gran Buenos Aires.

^e Ocho capitales departamentales más la ciudad de El Alto.

^f Cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, no comparables con las de años anteriores.

^g Valores no comparables con los de años anteriores, debido al cambio de la encuesta utilizada.

^h Área metropolitana de Asunción.

ⁱ Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Valores no comparables con los de años anteriores.

^j Estimación sobre 18 países de la región más Haití.

Capítulo II

Desigualdad distributiva y percepciones

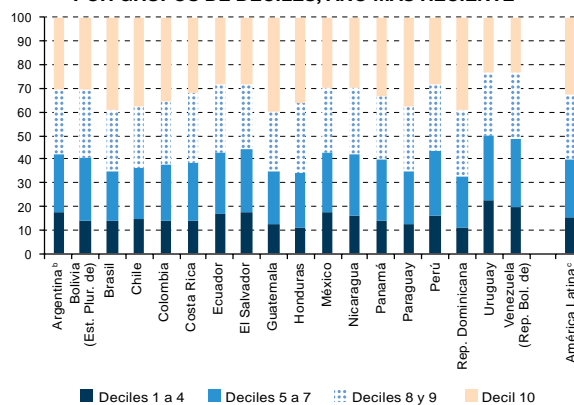
A. Desigualdad distributiva

Las cifras registradas hasta 2011 reafirman la tendencia a una mejor distribución del ingreso. No obstante, los cambios son leves y no alcanzan a modificar la situación general de América Latina, que aún se presenta como una región muy desigual. La desigualdad en los ingresos laborales se relaciona de manera directa con las características del trabajo que realizan las personas.

1. Desigualdad de los ingresos per cápita

Uno de los grandes desafíos que continúa enfrentando América Latina es la reducción de los elevados niveles de desigualdad de la distribución del ingreso prevalecientes en la región. En la mayoría de los países se observa que un conjunto reducido de la población concentra una gran proporción de todos los ingresos generados, mientras que los más pobres solo alcanzan a recibir una escasa porción de dichos ingresos. El promedio simple de los valores de los 18 países para los que se cuenta con información relativamente reciente indica que el 10% más rico de la población recibe el 32% de los ingresos totales, mientras que el 40% más pobre solo percibe el 15% (véase el gráfico II.1).

Gráfico II.1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PARTICIPACIÓN EN EL INGRESO
POR GRUPOS DE DECILES, AÑO MÁS RECIENTE ^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 2011, excepto en El Salvador (2010), el Estado Plurinacional de Bolivia (2009), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

^b Áreas urbanas.

^c Promedio simple.

En este panorama caracterizado por la gran desigualdad, las realidades de los países exhiben cierta diversidad. En 7 de los 18 países analizados (el Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, el Paraguay y la República Dominicana), el 10% de la población más rica recibe proporciones cercanas al 40% del ingreso total, mientras que esta porción oscila entre el 11% y el 15% para el 40% más pobre. En Costa Rica, el Estado Plurinacional de Bolivia y Panamá, la apropiación por parte de los más pobres es similar, pero el porcentaje que corresponde al decil superior resulta algo menor. La Argentina, el Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y el Perú registran valores mayores en el extremo inferior de la distribución (un 16% o un 17%) y algo más bajos entre el 10% más rico (en el entorno del 30%). La República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay son los que exhiben la menor concentración, ya que las proporciones se ubican en el orden del 20% al 23% en ambos extremos.

Un cuadro similar resulta de observar los indicadores sintéticos de la desigualdad (véase el recuadro II.1). Salvo pocas excepciones, los valores de los diversos índices que se presentan —que son los más utilizados para analizar la desigualdad de las distribuciones— dan cuenta tanto de la presencia de elevados grados de concentración media, como del ordenamiento entre países recién señalado (véase el gráfico II.2). Aun cuando este panorama de gran desigualdad, con cierto nivel de heterogeneidad intrarregional, se puede observar a partir de diferentes indicadores, es necesario tener cuidado al comparar las distribuciones de ingresos entre países. Si bien todas las comparaciones que aquí se consideran están calculadas sobre la base de datos estadísticos provenientes de encuestas de hogares, hay que tener en cuenta que estos relevamientos exhiben diferencias metodológicas de un país a otro.

Recuadro II.1
INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE LA DESIGUALDAD DISTRIBUTIVA

El grado de concentración que presenta una distribución de ingresos puede medirse a partir de un amplio conjunto de indicadores. En este capítulo se utilizan tres de los indicadores de desigualdad más conocidos: Índice de Gini:

$$G = \frac{1}{2n^2 \mu} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |y_i - y_j|$$

Índice de Atkinson:

$$A_\epsilon = 1 - \left[\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{y_i}{\mu} \right)^{1-\epsilon} \right]^{\frac{1}{1-\epsilon}}$$

Índice de Theil:

$$T = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \frac{y_i}{\mu} \log \left(\frac{y_i}{\mu} \right)$$

donde n = tamaño de la población,
 y_i = ingreso per cápita del i -ésimo individuo,
 μ = ingreso medio y \log = logaritmo natural.

El índice de Gini es el más conocido de los indicadores utilizados para el análisis de la distribución de ingresos. Su formulación se expresa en términos gráficos, puesto que corresponde al área comprendida entre la curva de Lorenz y la línea de equidistribución. Cuanto mayor sea la concentración de los ingresos, mayor será esa área, lo que incrementa el valor del indicador.

Pese a su popularidad, el índice de Gini no satisface el axioma de sensibilidad a las transferencias, una propiedad deseable de los indicadores de desigualdad. Según este principio, la desigualdad debe disminuir más ante una transferencia de ingresos progresiva (es decir, de un hogar más rico a un hogar más pobre) entre individuos pobres que cuando la transferencia se produce entre individuos ricos. Por eso es conveniente complementar el análisis con otros indicadores que sí satisfagan esta propiedad, como los índices de Theil y Atkinson.

En los tres indicadores, cuanto más alto es el valor, mayor es el grado de desigualdad. No obstante, mientras los

índices de Gini y Atkinson toman valores entre 0 y 1 (donde el valor 0 corresponde a la equidad absoluta y el valor 1 corresponde a la inequidad absoluta), el valor máximo del índice de Theil es el logaritmo del tamaño de la población, que excede el valor 1. A su vez, la formulación del índice de Atkinson emplea un parámetro adicional, denominado "aversión a la desigualdad" (ϵ). Cuanto mayor sea el valor utilizado, más alta será la ponderación que reciben las observaciones que se ubican en la parte baja de la distribución.

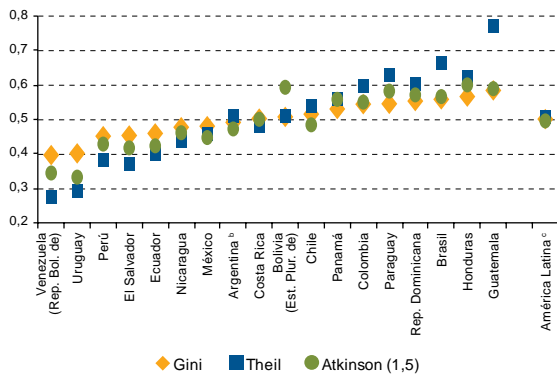
Todos los indicadores de desigualdad tienen un carácter ordinal, por lo que sus valores no son equiparables, y, dado que cada uno mide aspectos parciales de la desigualdad, es posible que generen distintos ordenamientos de las distribuciones. El ordenamiento de un grupo de distribuciones solamente puede considerarse definitivo si no varía ante cambios en el índice utilizado. Por consiguiente, lo más apropiado es utilizar los índices de desigualdad de manera complementaria y analizar sus resultados en conjunto.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Frank Cowell, "Measuring inequality", *LSE Handbooks in Economics*, Prentice Hall, 2000.

Si bien la región presenta elevados niveles de concentración distributiva, hay que destacar que en los últimos años se han logrado avances en este campo. Aunque estos avances no son muy evidentes en períodos cortos, el balance con respecto a los primeros años de la década de 2000 muestra una clara tendencia a la reducción de la desigualdad, con lo que esta dinámica se ha constituido

en un aspecto distintivo del proceso de desarrollo de América Latina en el último decenio. La caída de la desigualdad registrada en la última década del siglo pasado significó un cambio en la tendencia que había prevalecido durante al menos los dos decenios anteriores, en los que se venía observando un estancamiento de los índices de concentración del ingreso.

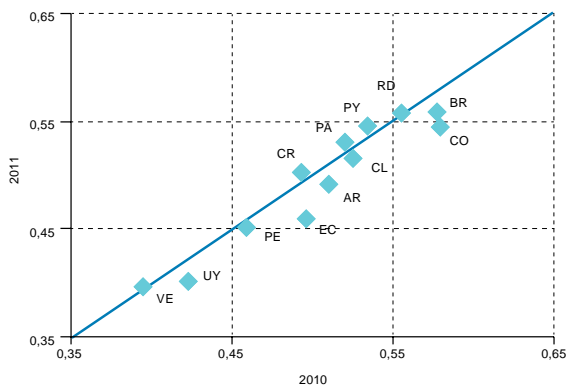
Gráfico II.2
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DESIGUALDAD SEGÚN DIVERSOS ÍNDICES, AÑO MÁS RECIENTE^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos corresponden a 2011, excepto en El Salvador (2010), el Estado Plurinacional de Bolivia (2009), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).
^b Áreas urbanas.
^c Promedio simple.

De acuerdo con las cifras más recientes, en 2011 la desigualdad verificó un descenso, leve pero estadísticamente significativo, en la Argentina, el Brasil, Colombia, el Ecuador y el Uruguay, y no se registraron deterioros distributivos. En los demás países, incluidos aquellos donde el índice de Gini es un poco más alto que el observado en 2010, los nuevos resultados no son estadísticamente distintos a los del año anterior (véase el gráfico II.3).

Gráfico II.3
AMÉRICA LATINA (12 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE GINI, 2010-2011^a

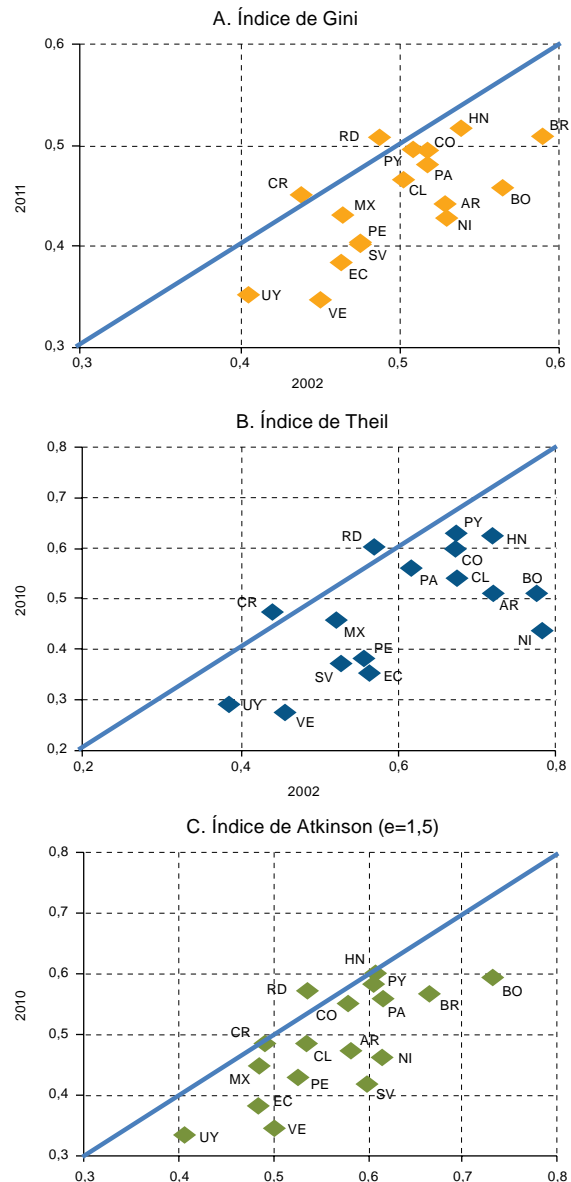


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Datos referidos a áreas urbanas en la Argentina. Los datos de 2010 hacen referencia a valores de 2009 en el Brasil y Chile.

Al comparar los resultados recientes con los constatados en torno a 2002 se verifica una marcada tendencia a la mejora distributiva. En el gráfico II.4 se observa claramente que la mayoría de países de la región se encuentra no solo por debajo de la diagonal, lo que da cuenta de un menor valor de los índices de desigualdad en 2011 que en 2002, sino que también se ubican bastante distantes de dicha línea. El índice de Gini se

redujo a un ritmo de al menos un 1% anual en 9 de 17 países. Los que registraron los descensos más significativos fueron la Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela, todos con tasas anuales de reducción del índice de Gini superiores al 2%. Aun cuando los indicadores de desigualdad no registraron mejoras en Costa Rica y la República Dominicana, tampoco se constató un aumento apreciable (véase el gráfico II.4).

Gráfico II.4
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA DESIGUALDAD, 2002 - AÑO MÁS RECIENTE^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Datos referidos a áreas urbanas en la Argentina, el Ecuador, el Uruguay. Los datos referidos a 2002 corresponden a dicho año, excepto en el Brasil, El Salvador, Nicaragua, el Paraguay y el Perú (2001), la Argentina (2004) y Chile (2000). Los datos referidos al año más reciente corresponden a 2011, excepto en Costa Rica, el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010) y Guatemala (2006).

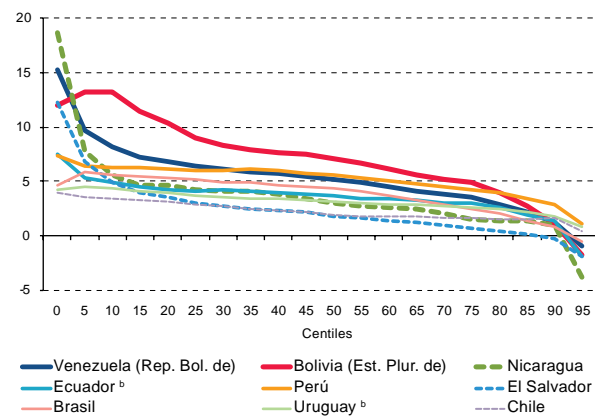
El proceso de mejora distributiva no se vio particularmente afectado por la crisis económica que se desencadenó en 2008 y tuvo un mayor impacto sobre el producto durante 2009. Como ocurre con la incidencia de la pobreza, este comportamiento de la distribución durante un episodio cíclico lo diferencia del que había prevalecido con más frecuencia en situaciones similares ocurridas en décadas anteriores, cuando era usual que estas situaciones fueran acompañadas de desmejoras a veces significativas, cuya recuperación demandaba varios años.

También es necesario destacar el contraste entre la mejora distributiva en América Latina y el aumento de la concentración del ingreso en los países desarrollados. De acuerdo con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE, 2011), el coeficiente de Gini para los países de la OCDE pasó de 0,29 a mediados de los años ochenta a 0,316 hacia finales de la década de 2000 (casi un 10% de aumento). Además, este indicador se elevó de manera notoria en 17 de los 22 países con series disponibles de largo plazo.

La reducción de la desigualdad implica que los ingresos de las personas que más tienen crecieron a un ritmo menor que los ingresos de los que menos tienen. En el gráfico II.5 se presenta la tasa de crecimiento de los ingresos reales por percentiles de hogares, ordenados según el ingreso, y se observa un incremento porcentual de los ingresos inversamente proporcional al nivel de ingresos. También se puede verificar que las mejoras distributivas se dieron en un contexto en que los ingresos medios crecieron prácticamente para todos los grupos de población. Este comportamiento de la distribución permitió lograr una reducción de la pobreza adicional a

la que se hubiera obtenido exclusivamente a partir del crecimiento de los ingresos medios, tanto en los años recientes (véase el punto sobre el “efecto crecimiento” y el “efecto distribución” en el capítulo I) como a lo largo del último decenio (véase CEPAL, 2011). Llama la atención que en algunos países, sobre todo en los que registraron las disminuciones más notorias de la desigualdad, el ingreso de los hogares más ricos haya experimentado un descenso en términos reales.

Gráfico II.5
AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DEL INGRESO POR PERCENTILES, EN PAÍSES CON MAYOR DISMINUCIÓN DE LA DESIGUALDAD, 2002-2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos referidos a 2002 corresponden a dicho año, excepto en Chile (2000) y el Brasil, El Salvador, Nicaragua y el Perú (2001). Los datos referidos a 2011 corresponden a dicho año, excepto en El Salvador, el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua (2009).
^b Áreas urbanas.

2. Desigualdad de los ingresos laborales

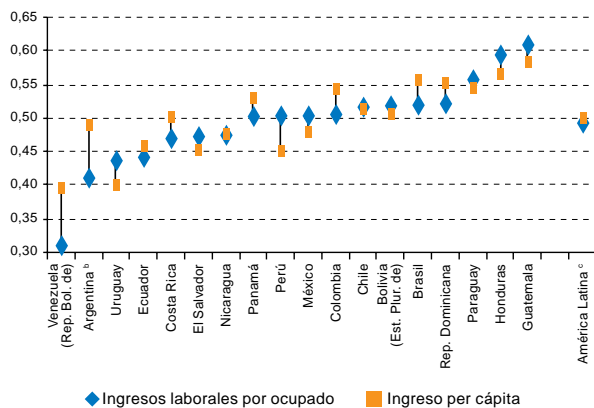
Los ingresos del trabajo remunerado constituyen la principal fuente de ingresos de los hogares y representan, en promedio, las tres cuartas partes de dichos ingresos. La mayor parte de la desigualdad del ingreso está determinada por la desigualdad de la distribución de los ingresos laborales. Por este motivo, es importante prestar especial atención a esta fuente de ingresos (CEPAL, 2011).

A nivel regional, el promedio simple del índice de Gini para los ingresos laborales de los ocupados es similar al del ingreso per cápita. No obstante, a nivel de los países se observan situaciones diversas en cuanto a la relación entre los grados de concentración de ambas variables.

En la mitad de los países analizados, la desigualdad del ingreso per cápita es mayor que la del ingreso laboral por ocupado (las diferencias más notables se registran en la Argentina y la República Bolivariana de Venezuela, donde se llega a casi una décima del índice de Gini) (véase el gráfico II.6).

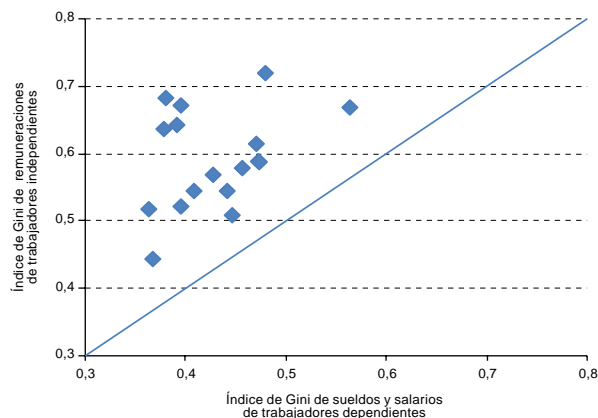
Si se analizan los ingresos laborales, se aprecia que el grado de desigualdad varía notoriamente según la categoría ocupacional. En todos los países analizados, los sueldos y salarios recibidos por las personas en condición de dependencia tienen un menor índice de Gini que las remuneraciones de quienes trabajan por cuenta propia (véase el gráfico II.7).

Gráfico II.6
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): ÍNDICE DE GINI DEL INGRESO LABORAL POR OCUPADO Y DEL INGRESO PER CÁPITA, AÑO MÁS RECIENTE^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos corresponden a 2011, excepto en El Salvador (2010), el Estado Plurinacional de Bolivia (2009), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).
^b Áreas urbanas.
^c Promedio simple.

Gráfico II.7
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): ÍNDICE DE GINI DE SUELDOS Y SALARIOS DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y REMUNERACIONES DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES, AÑO MÁS RECIENTE^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos corresponden a 2011, excepto en El Salvador (2010), el Estado Plurinacional de Bolivia (2009), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

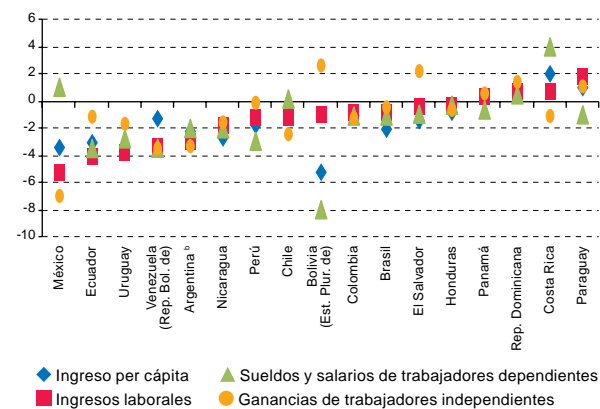
La distribución más desigual de los ingresos de los trabajadores independientes refleja la marcada heterogeneidad de las actividades que desempeñan (desde

actividades realizadas por personas de baja calificación, de manera informal y en contextos de muy baja productividad, hasta profesionales o socios de establecimientos formales de mediano o gran tamaño).

Dada la alta proporción del nivel de desigualdad del ingreso per cápita total que explican los ingresos provenientes del trabajo, no es de extrañar que estos también hayan sido la fuente que más ha contribuido a la mejora distributiva entre 2002 y 2011. Los cambios en el coeficiente de Gini de la distribución de ambos tipos de ingreso han sido muy parecidos en todos los países considerados, con la excepción de un par de casos.

En la mayoría de los países analizados se observa que las disminuciones de los coeficientes de Gini de los sueldos y salarios han sido más marcadas que las exhibidas por los de las ganancias (o el aumento resultó menor). Solo en la Argentina, Chile, Costa Rica y México se verificó la situación contraria. Incluso, en casos como los de El Salvador y el Estado Plurinacional de Bolivia, la baja de la concentración de las remuneraciones de los asalariados compensó el aumento de la concentración de las ganancias de los trabajadores independientes, situación opuesta a la que se observa en México (véase el gráfico II.8).

Gráfico II.8
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE GINI DE LOS INGRESOS LABORALES, 2008-2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos referidos a 2008 corresponden a dicho año, excepto en la Argentina y Chile (2006), El Salvador (2004), el Estado Plurinacional de Bolivia y Honduras (2007), y Nicaragua (2005). Los datos referidos a 2011 corresponden a dicho año, excepto en Costa Rica, el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010).
^b Áreas urbanas.

Diversos factores habrían contribuido a la generalizada disminución de la desigualdad de sueldos y salarios. Entre los que se mencionan con mayor frecuencia en los estudios disponibles, se destaca la desaceleración del crecimiento de la oferta laboral de los trabajadores

menos calificados, cierta disminución de los efectos del cambio técnico sobre la demanda de trabajadores más calificados, el aumento de los puestos asalariados formales y los efectos de las políticas laborales y de ingresos implementadas en varios países.

3. Perfiles de los ocupados

La ubicación de los ocupados en la distribución del ingreso no es un fenómeno aleatorio. Los diversos estratos exhiben perfiles bien diferenciados en términos de distintas variables asociadas a los individuos, ya sea que se trate de características personales u otras características ligadas a su inserción en el aparato productivo.

La edad media de los ocupados aparece claramente asociada a los ingresos, en tanto que la participación de los tramos que agrupan a personas de más edad va aumentando a medida que se pasa de los quintiles de menor ingreso a los de mayor ingreso. Esto aparece como una relación derivada tanto del hecho de que la curva de ingresos a lo largo del ciclo de vida tiende a ser creciente como de que los hogares más pobres suelen tener mayor cantidad de jóvenes (véase el gráfico II.9).

Una asociación positiva similar se presenta en el caso de la educación, relación que ha sido ampliamente analizada y documentada. Uno de los resultados más típicos de los análisis distributivos es que el nivel educativo constituye la variable individual que más explica la variación en los niveles de ingreso entre las personas.

La forma en que el ocupado se inserta en el aparato productivo también afecta sus ingresos. El análisis de las estructuras de los quintiles según algunas dimensiones relevantes brinda ciertas evidencias al respecto. En el gráfico II.9 se observa que los asalariados y los empleadores van ganando peso relativo a medida que se pasa a los deciles más elevados. Por el contrario, reducen su participación los trabajadores por cuenta propia, el servicio doméstico y los trabajadores familiares no remunerados. Esta situación es consecuencia de la elevada heterogeneidad estructural que caracteriza a América Latina y que lleva a que muchos trabajadores realicen actividades de manera independiente, con baja productividad e ingresos reducidos. Este fenómeno obedecería tanto a las limitaciones para incorporarse a empresas formales como a los obstáculos para elevar la productividad de sus actividades y, por lo tanto, los ingresos. Estas mismas situaciones se ven reflejadas al analizar la composición de los quintiles según el tamaño del establecimiento donde trabaja el ocupado.

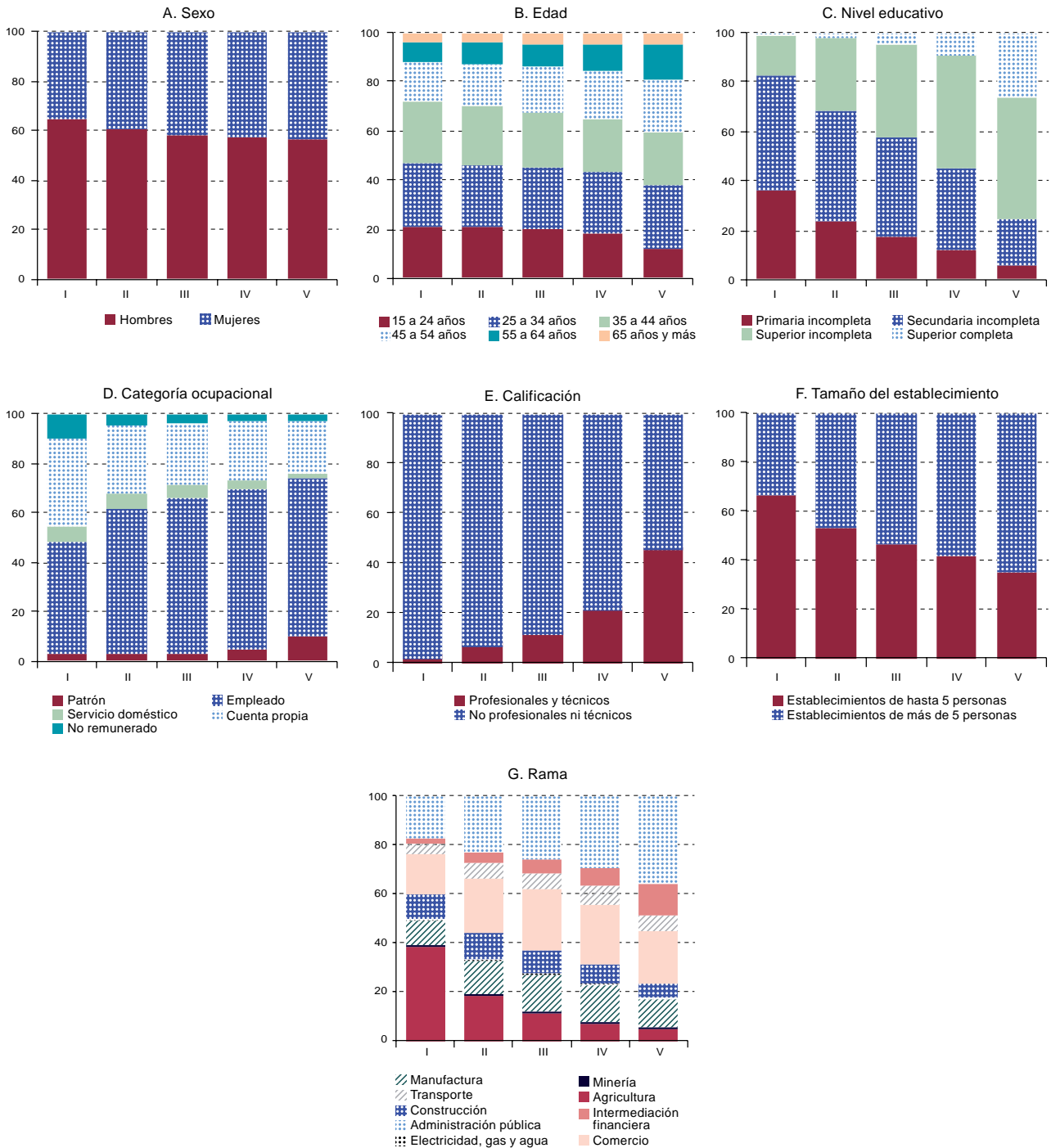
A medida que se va pasando a quintiles más elevados, se reduce la proporción de trabajadores que se desempeñan en establecimientos pequeños.

En las estructuras de los quintiles de acuerdo con la rama de actividad en que trabaja el ocupado se aprecia la asociación negativa con el ingreso que tiene el peso relativo de la agricultura y la construcción, mientras que la industria manufacturera, los servicios financieros y la administración pública y los servicios sociales exhiben un comportamiento inverso. La participación de las actividades comerciales no muestra variaciones significativas entre el segundo y el quinto quintil, aunque es más baja en el primero.

Una dimensión que se encuentra muy asociada a la educación es la de los tipos de ocupación que desempeña el individuo, en tanto suelen estar asociados —aunque no exclusivamente— a ciertos niveles de la escolaridad formal. En el gráfico II.9 se advierte la persistente reducción de la proporción de ocupados no calificados a medida que se transita de los quintiles de menores ingresos a los de mayores ingresos, y lo mismo acontece con los ocupados en tareas agrícolas.

Además de existir un vínculo entre educación y tipo de ocupación, también debe notarse que, quizás de manera más indirecta, se pueden identificar ciertas influencias entre las otras dimensiones. Por ejemplo, el hecho de que quienes trabajan en unidades de baja productividad o en establecimientos pequeños se concentren en los quintiles más bajos puede obedecer a que en ellos es preponderante la presencia de personas con bajo nivel de educación. En un caso extremo, todas las diferencias de ingresos entre los estratos de aquellas dimensiones —o los cambios en las composiciones de los quintiles de acuerdo con esas dimensiones— podrían obedecer a las distintas estructuras educativas de esos estratos. Sin embargo, existe evidencia que señala que las variables que reflejan diferentes características de la estructura productiva —como las dos recién mencionadas— contribuyen, independientemente de la educación, a explicar las diferencias de ingresos entre los ocupados.

Gráfico II.9
AMÉRICA LATINA: PERFIL DE LOS OCUPADOS POR QUINTILES DE INGRESO LABORAL, AÑO MÁS RECIENTE^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos referidos al año más reciente corresponden a 2011, excepto en Costa Rica, el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua (2009), El Salvador, Honduras y México (2010), y Guatemala (2006).

B. Percepciones distributivas y desconfianza ciudadana: evolución reciente y factores asociados

Pese a algunos avances recientes, los países de América Latina todavía están atrapados en un círculo vicioso de niveles elevados de desigualdad objetiva, profunda desconfianza en las instituciones y altas percepciones de injusticia. Estas percepciones negativas pueden dificultar un pacto social tendiente a la igualdad y deben ser tomados en cuenta en cualquier estrategia que busque ampliar las garantías y los derechos básicos de la población.

Tras el descenso del PIB en 2001 y 2002, América Latina experimentó entre 2003 y 2008 un crecimiento económico sostenido que se detuvo bruscamente en 2009, se reanudó en 2010 y siguió en dicha senda en 2011, aunque a menor ritmo. A su vez, la mayoría de los países incrementó el gasto público social, que en la región pasó de un 12,3% del PIB en 2001 a un 14,9% del PIB en 2009¹. Como resultado de la mayor actividad económica y, en menor medida, del aumento de las transferencias públicas, a partir de 2002 se verificó una reducción de la pobreza en la región, y entre 2002 y 2011 se observó un leve descenso de la desigualdad en la distribución del ingreso, que fue más significativo en algunos países que en otros (véanse las secciones anteriores de este capítulo).

Cabe preguntarse si la verificación de condiciones económicas y sociales más favorables durante los últimos años ha ido acompañada de un descenso en las percepciones de inequidad distributiva y en la desconfianza ciudadana, que en el pasado reciente han alcanzado niveles muy altos (CEPAL, 2009 y 2010). En esta sección se examina la evolución reciente de algunos indicadores de malestar con las instituciones, así como las percepciones de injusticia distributiva y la desconfianza en las instituciones políticas y del Estado. Además, se explora la relación de esta evolución con el comportamiento de indicadores objetivos de desigualdad, de gasto público social y de crecimiento económico en los países de la región.

1. Evolución reciente de las percepciones distributivas y de la desconfianza ciudadana

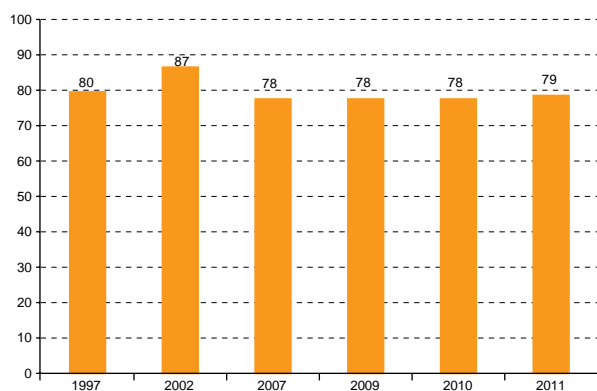
En algunas investigaciones se ha demostrado que las percepciones de los latinoamericanos respecto de la justicia distributiva en sus países son muy negativas (CEPAL, 2009 y 2010). Este panorama se mantenía en 2011, dado que el 79% de la población regional opinaba que la distribución del ingreso en su país era muy injusta o injusta (véase el gráfico II.10). Cabe destacar la poca variabilidad en las percepciones distributivas a escala

regional entre 2009 y 2011, período en que la proporción de población que opina que la distribución es muy injusta o injusta aumentó un punto porcentual².

¹ Promedios simples para 18 países en 2001 y para 16 países en 2009 (no se incluye al Estado Plurinacional de Bolivia ni a la República Bolivariana de Venezuela).

² No se puede establecer de modo estricto la significación estadística de la diferencia regional entre 2009 y 2011 porque, hasta el momento, no está disponible el informe metodológico para la ronda de 2011 de *Latinobarómetro*. Además, se debe notar que en dicho estudio, las muestras se obtienen de modo independiente para cada país, con distintos errores de muestreo. Los errores de muestreo para los países de la ronda de 2009 fluctuaron entre el 2,8% y el 3,1%. De mantenerse estos errores en 2011, una diferencia de un punto porcentual caería dentro del error de muestreo.

Gráfico II.10
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE QUE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ES INJUSTA O MUY INJUSTA, 1997-2011^a
 (En porcentajes, promedios simples)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009, 2010 y 2011.

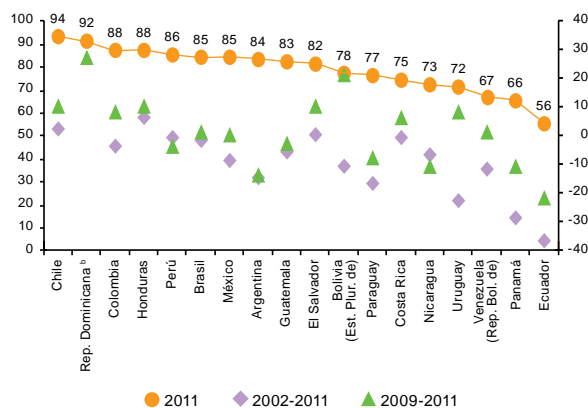
^a La pregunta utilizada en todos los años fue: "¿Cuán justa cree usted que es la distribución del ingreso en su país?". Disponible para la República Dominicana desde 2004.

Los principales cambios en las percepciones distributivas tuvieron lugar entre 1997 y 2002 —y sobre todo entre 2002 y 2007— y siguieron la dirección del ciclo económico. Entre 1997 y 2002 las percepciones empeoraron y en 2002 un 87% de la población opinó que la distribución era injusta o muy injusta, siete puntos porcentuales sobre el valor de 1997. En cambio, entre 2002 y 2007, período en que los países experimentaron un gran crecimiento económico, las percepciones mejoraron. En 2007, el porcentaje de población que opinó que la distribución era muy injusta o injusta descendió nueve puntos porcentuales con respecto a 2002.

En 2011, Chile presentaba la peor situación, puesto que un 94% de la población opinaba que la distribución del ingreso era muy injusta o injusta (véase el gráfico II.11). Este porcentaje, el cuarto más alto en 106 observaciones sobre 18 países de América Latina en 6 rondas o años, debería analizarse con mayor detenimiento, puesto que en 2011 Chile era el país con el PIB por habitante más alto de la región, pero mantenía elevados niveles de desigualdad y evidenciaba un gasto público social inferior al de países con un producto menos elevado (para acceder a un análisis más detallado del caso de Chile, véase el estudio del PNUD, 2012)³. Aunque las percepciones distributivas no variaron tanto en Chile si se toma como referencia el año 2002, sí mostraron una variación en el tramo temporal más reciente. En 2011, la proporción de población que opinó que la distribución era injusta o muy injusta fue nueve puntos porcentuales superior al valor de 2009 (tasa de variación del 11%).

³ Los tres valores más altos se observaron en la Argentina (2002, 1997 y 2009). La cifra registrada en Chile en 2011 es la cuarta en toda la serie, posición que comparte con el valor verificado en el Paraguay en 2007.

Gráfico II.11
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE INJUSTICIA EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO POR PAÍSES, 2011^a
 (En porcentajes y tasas de variación)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009 y 2011.

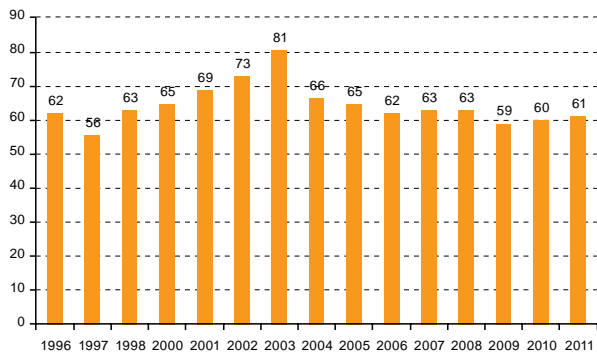
^a Se considera la suma de los porcentajes de personas que respondieron que la distribución es muy injusta o injusta. La tasa de variación se estima a partir de la siguiente fórmula: $TV = ((\% 2011 - \% 2002)/(\% 2002)) \times 100$.

^b Datos disponibles desde 2004.

Después de Chile, en 2011, la República Dominicana, Colombia y Honduras evidenciaban los mayores porcentajes de población que cree que la distribución del ingreso es injusta o muy injusta. En la situación opuesta estaba el Ecuador, país en el cual un 56% de los entrevistados afirmó que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta, seguido por Panamá, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay. Entre 2002 y 2011, los países con las mayores reducciones en el porcentaje de población que opina que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta fueron el Ecuador (36%), Panamá (28%) y el Uruguay (22%). Estos tres países exhibían una alta incidencia de las percepciones de injusticia en 2002 (un 88%, un 92% y un 92%, respectivamente). A su vez, las mayores alzas en el período 2009-2011 se verificaron en la República Dominicana y el Estado Plurinacional de Bolivia (tasas de variación del 28% y el 22%, respectivamente).

La evolución de la desconfianza en las instituciones políticas y del Estado en América Latina durante el período 1996-2011 fue similar a la de las percepciones de injusticia distributiva, pero con una mayor variabilidad, lo que puede atribuirse, en parte, al mayor número de observaciones contenidas en la serie. En el gráfico II.12 se aprecia un incremento de la desconfianza desde 1997 hasta 2003, una reducción significativa (15 puntos porcentuales) entre 2003 y 2004, y una disminución menos pronunciada (4 puntos porcentuales) entre 2004 y 2006. Esta última tendencia se detuvo en 2007 y 2008 para dar lugar a una nueva baja entre 2008 y 2009, y a un leve aumento entre 2009 y 2011. Pese a las tendencias favorables apreciadas principalmente entre 2003 y 2006, en 2011 seis de cada diez latinoamericanos confiaban poco o nada en las instituciones políticas y del Estado, lo que todavía es un valor muy alto.

Gráfico II.12
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES POLÍTICAS Y DEL ESTADO, 1996-2011^a
 (En porcentajes, promedios simples)



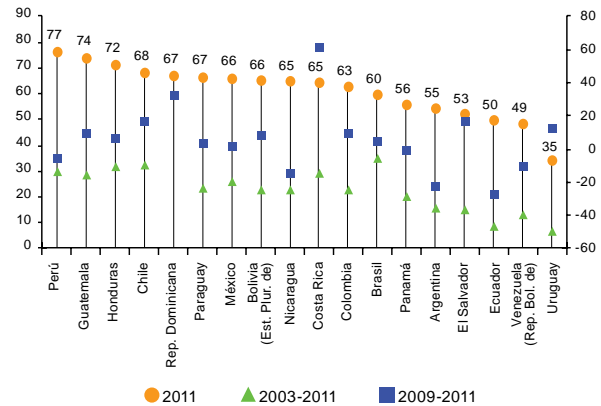
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las bases de datos *Latinobarómetro* 1996 a 2011.
^a Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Se solicitó a las personas que evaluaran cada institución en una escala ordinal con los siguientes valores: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas a las tres preguntas se promediaron y se consideró como poca o ninguna confianza a los valores entre 3 y 4. Disponible para la República Dominicana desde 2004.

Al desagregar por países, se observa que el Perú presentaba la peor situación en 2011, puesto que un 77% de la población confiaba poco o nada en las instituciones, seguido por Guatemala, Honduras y Chile. Las menores incidencias de la desconfianza en 2011 se observaron en el Uruguay, la República Bolivariana de Venezuela y el Ecuador (un 35%, un 49% y un 50%, respectivamente). Si se compara la situación de 2003 con la de 2011, en el gráfico II.13 se constata que en 17 de 18 países se redujo la desconfianza en las instituciones. Las disminuciones más relevantes tuvieron lugar en el Uruguay, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela, mientras que los países con las tasas más bajas de reducción de la desconfianza fueron el Brasil y Chile. En el período 2009-2011, las mayores reducciones de la desconfianza se observaron en el Ecuador, la Argentina y Nicaragua, mientras que los incrementos más marcados se apreciaron en Costa Rica, la República Dominicana, Chile y El Salvador.

A su vez, se debe tener muy en cuenta la asociación significativa (correlación de Pearson = 0,53) entre la percepción de injusticia en la distribución del ingreso y la desconfianza en las instituciones en el período 1997-2011 (véanse los gráficos II.14 y II.15). Esta correlación, ya documentada por la CEPAL (2009 y 2010) sobre la base de microdatos, se sostiene al analizar los valores agregados por los países en seis rondas del *Latinobarómetro*. Entre 1997 y 2011, algunos países presentaron sistemáticamente menos desconfianza y percepciones de injusticia más bajas (Costa Rica, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay), mientras que otros evidenciaron valores intermedios (Colombia y México) y un tercer grupo (la Argentina, Guatemala y, particularmente, el Perú) mostró niveles muy altos de desconfianza y de injusticia percibida en todo el período. La asociación entre desconfianza y percepción de injusticia también es significativa al explorar las trayectorias individuales de ocho países entre

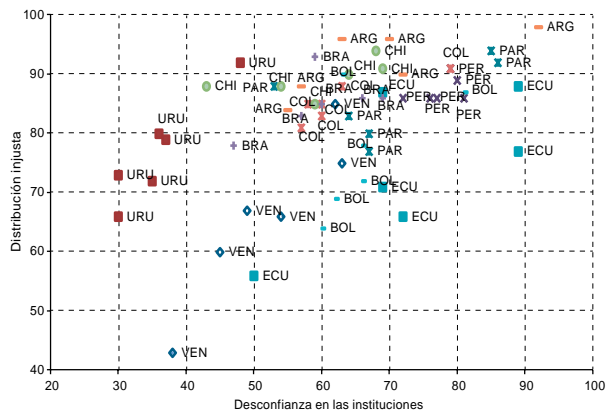
1997 y 2011, lo que significa que en dichos países, un cambio en uno de estos indicadores se vinculó a una variación del mismo signo en el otro⁴.

Gráfico II.13
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES POR PAÍSES, 2011^a
 (En porcentajes y tasas de variación)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro*.
^a Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Se solicitó a las personas que evaluaran cada institución en una escala ordinal con los siguientes valores: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas a las tres preguntas se promediaron y se consideró como poca o ninguna confianza a los valores medios entre 3 y 4. La tasa de variación se estima a partir de la siguiente fórmula: TV = ((% 2011 - % 2002) / (% 2002)) * 100.

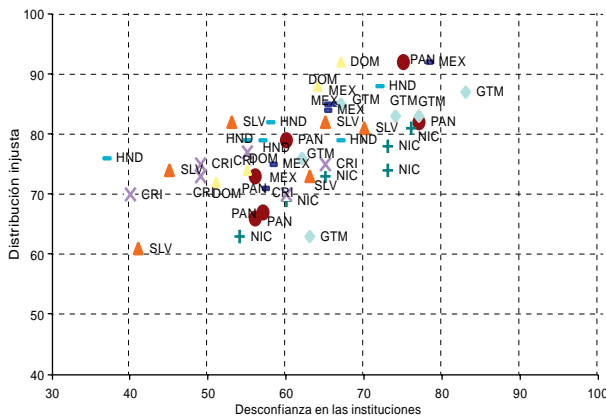
Gráfico II.14
AMÉRICA DEL SUR (10 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE QUE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ES INJUSTA Y DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES, 1997-2011^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009, 2010 y 2011.
^a Se considera la suma de los porcentajes de personas que respondieron que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta en el país. Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Se solicitó a las personas que evaluaran cada institución en una escala ordinal con los siguientes valores: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas a las tres preguntas se promediaron y recodificaron, y se consideró como poca o ninguna confianza las respuestas con valores entre 3 y 4.

⁴ Rho de Spearman (prueba no paramétrica) significativo para la Argentina (0,812, p = 0,050*), Colombia (0,868, p = 0,025*), Honduras (0,820, p = 0,046*), México (0,956, p = 0,003**), Nicaragua (0,986, p = 0,000***), Panamá (0,841, p = 0,036*), la República Bolivariana de Venezuela (0,886, p = 0,019*) y el Uruguay (0,841, p = 0,036*).

Gráfico II.15
CENTROAMÉRICA Y MÉXICO (8 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE QUE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ES INJUSTA Y DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES, 1997-2011^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009, 2010 y 2011.

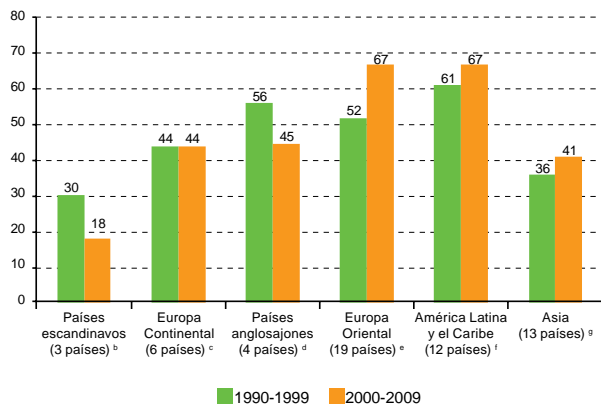
^a Se considera la suma de los porcentajes de personas que respondieron que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta en el país. Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Se solicitó a las personas que evaluaran cada institución en una escala ordinal con los siguientes valores: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas a las tres preguntas se promediaron y recodificaron, y se consideró como poca o ninguna confianza las respuestas con valores entre 3 y 4.

En suma, se ha visto que tanto las percepciones de injusticia distributiva como la desconfianza en las instituciones todavía registran valores muy altos en la región y que estos sentimientos de malestar están correlacionados. Sin embargo, esto podría desdramatizarse en una perspectiva comparada, si es que estos sentimientos tuvieran igual prevalencia en las distintas regiones del mundo. Lamentablemente, debido a la falta de datos comparables, no es factible verificar esta hipótesis para el malestar con la distribución del ingreso, pero sí se puede efectuar un ejercicio preliminar tomando como referencia la desconfianza en las instituciones políticas. En el gráfico II.16 se aprecia que en el período 2000-2009, las opiniones críticas acerca de los partidos políticos y los poderes legislativo y judicial fueron más prevalentes en las poblaciones de América Latina y de Europa Oriental, y alcanzaron menores incidencias en los otros grupos de países analizados⁵. Aunque no es posible ser concluyente

⁵ La historia del malestar en América Latina y Europa Oriental puede estar ligada a la frustración, tras un corto período de “luna de miel”, por el incumplimiento de las expectativas de bienestar que surgieron junto con la democracia. El de Chile es un caso ilustrativo, ya que en 1990, año del retorno a la democracia, un 27% de la población confiaba poco o nada en las instituciones políticas, pero en 1996 este porcentaje llegó al 51% (estimación propia, sobre la base de datos de la Encuesta Mundial de Valores).

respecto de las diferencias observadas entre las distintas regiones del mundo debido a las limitaciones de los datos, la información que se provee en el gráfico II.16 permite ilustrar la relevancia del problema en los países de América Latina, visto desde una perspectiva de comparación interregional⁶.

Gráfico II.16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y OTRAS REGIONES DEL MUNDO (57 PAÍSES): DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES POLÍTICAS Y DEL ESTADO, 1990-1999 Y 2000-2009^a
 (En porcentajes, promedios simples)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos de la Encuesta Mundial de Valores 1981-2009.

- ^a En la Encuesta Mundial de Valores se consulta por la confianza en los partidos políticos, el Parlamento y el sistema de justicia. Se solicita a las personas que señalen cuánta confianza tienen en cada institución en la siguiente escala: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas a las tres preguntas se promediaron y se consideró como poca o ninguna confianza a los valores entre 3 y 4.
- ^b Se incluye a Finlandia (1996 y 2005), Noruega (1996 y 2007) y Suecia (1996 y 2006).
- ^c Se incluye a Alemania (1997 y 2006), España (promedio simple 1990-1995 y 2007), Francia (2006), Italia (2005), los Países Bajos (2006) y Suiza (1996 y 2007).
- ^d Se incluye a Australia (1995 y 2005), los Estados Unidos (1995 y 2006), Gran Bretaña (2005) y Nueva Zelandia (1998 y 2004).
- ^e Se incluye a Albania (1998), Belarús (promedio simple 1990-1996), Bosnia y Herzegovina (1998), Bulgaria (1997 y 2006), Croacia (1996), Eslovaquia (promedio simple 1990-1998), Eslovenia (1995 y 2005), Estonia (1996), Federación de Rusia (promedio simple 1990-1995 y 2006), Hungría (1998), Letonia (1996), Lituania (1997), Moldavia (1996 y 2006), Polonia (1997 y 2005), República Checa (promedio simple 1990-1998), ex República Yugoslava de Macedonia (1998), Rumania (1998 y 2005), Serbia (Serbia y Montenegro 1996 y 2006) y Ucrania (1996 y 2006).
- ^f Se incluye a la Argentina (1995 y 2006), el Brasil (1997 y 2006), Chile (promedio simple 1990-1996 y 2006), Colombia (promedio simple 1997-1998 y 2005), El Salvador (1999), México (promedio simple 1990-1996 y 2005), el Perú (1996 y 2006), Puerto Rico (1995), la República Bolivariana de Venezuela (1996), la República Dominicana (1996), Trinidad y Tabago (2006), y el Uruguay (1996 y 2006).
- ^g Se incluye a Armenia (1997), Azerbaiyán (1997), Filipinas (1996), Georgia (1996 y 2009), la India (promedio simple 1990-1995 y 2006), Indonesia (2006), el Irán (2007), el Japón (1995 y 2005), Jordania (2007), Malasia (2006), la provincia china de Taiwán (1994 y 2006), la República de Corea (1996 y 2005) y Tailandia (2007).

⁶ En ninguno de los grupos hay una representación completa de todos los países. En la serie también existen vacíos que implican que para algunos países se tenga solo una observación (esto hace que los promedios del período 2000-2009 para Europa Continental y Asia cambien si las estimaciones se realizan sobre la base de países para los que se dispone de dos mediciones). Estos elementos hacen que los promedios estimados tengan un valor ilustrativo.

2. Percepciones y factores objetivos

La exploración de las relaciones entre el malestar con las instituciones y los indicadores objetivos de desigualdad, gasto público social y crecimiento económico requiere tomar ciertos resguardos, por las limitaciones de la información y la insuficiencia de los marcos conceptuales disponibles. Un primer dilema es si los indicadores subjetivos deben considerarse como variables dependientes o independientes, puesto que existen argumentos para sustentar cualquiera de las dos especificaciones (por ejemplo, una hipótesis plausible es que ante un aumento del malestar, los gobiernos podrían incrementar el gasto público). En este trabajo, se optó por definir a los

indicadores de percepciones como variables dependientes, debido a que el comportamiento del gasto público social puede estar determinado por factores endógenos a las instituciones, y también por la evidencia de otras regiones, que muestra que la opinión pública “reacciona” ante cambios en el ambiente socioeconómico (véase el recuadro II.2). Además, los sentimientos de malestar no siempre se expresarán en demandas de redistribución y algunos análisis preliminares indican que en la región existe poca base empírica para esperar que el malestar de la opinión pública tenga efectos inmediatos en el comportamiento del gasto⁷.

Recuadro II.2

PREFERENCIAS DISTRIBUTIVAS Y CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES EN DISTINTOS RÉGIMENES DE BIENESTAR

La confianza en las instituciones públicas, así como las creencias y preferencias distributivas, han sido analizadas en los países desarrollados como factores que han contribuido al surgimiento de distintos regímenes de bienestar o como efectos de diferentes arquitecturas de protección social. En los últimos años, también se ha examinado la función de estas orientaciones y percepciones respecto de las iniciativas de contracción de los estados de bienestar, en un contexto caracterizado por presiones para recortar el gasto, originadas tanto en las crisis económicas que han afectado y están afectando a los países desarrollados, como en las crecientes presiones demográficas asociadas al envejecimiento de la población y al aumento de las tasas de dependencia económica.

El interés de los investigadores por el papel de las creencias y preferencias distributivas en el comportamiento del gasto público social se origina en las insuficiencias de los modelos de autointerés, donde cada individuo desea el nivel de redistribución que maximice su bienestar. En virtud de esta lógica, la política redistributiva seleccionada por un gobierno electo por la mayoría será

la preferida por el votante medio y, puesto que la distribución está sesgada hacia los grupos de bajos ingresos, este votante medio demandará una mayor distribución. Sin embargo, el ingreso es un predictor débil del apoyo a la redistribución: una amplia fracción de pobres se opone a la redistribución y un segmento importante de los más acomodados la apoya (Alesina, Glaeser y Sacerdote, 2001; Fong, Bowles y Gintis, 2006). Como posible explicación se señala que algunos pobres se oponen porque creen que mientras ellos avanzarán en la escala de ingresos, otro grupo, que registrará un descenso en su nivel de bienestar, demandará más redistribución (Hirschmann, 1973; Bénabou y Ok, 1999; Ravallion y Lokshin, 2000). Este factor podría dar cuenta de las diferencias entre los regímenes de bienestar europeos y de los Estados Unidos, puesto que los estadounidenses estarían convencidos de que su sociedad es muy móvil, mientras que los europeos creerían que sus sociedades tienen muy poca movilidad.

Sin embargo, para Alesina y Glaeser (2006), la evidencia no respalda la aptitud

de los modelos económicos convencionales para dar cuenta de las diferencias en los regímenes de bienestar de Europa y los Estados Unidos. Según estos autores, las diferencias en las instituciones políticas y los efectos de la heterogeneidad étnica en las actitudes y la ideología serían las causas principales. Respecto de las instituciones políticas, mientras que la representación proporcional incrementaría el poder político de los pobres y aumentaría el gasto público social, los sistemas mayoritarios se asocian a un menor gasto (Crepaz, 2008). Se ha obtenido evidencia de esta relación mediante un estudio de panel que cubre el período 1970-2005 e incluye a países desarrollados y en desarrollo, y considera a países con sistemas mayoritarios, como Belarús, Botswana, Chile, los Estados Unidos, Kazajistán, Kenia, Nueva Zelandia, la ex República Yugoslava de Macedonia, Ucrania y otros (Gregorini y Longoni, 2009). En cuanto a la heterogeneidad étnica, la animosidad racial en los Estados Unidos hace que la redistribución a los pobres, entre los que se incluye una elevada proporción de afroamericanos, sea poco atractiva para muchos votantes. Para combatir el incremento

⁷ El análisis de la asociación entre las percepciones de desigualdad en el año “x” y el gasto social en el año “x+1”, controlando por el PIB por habitante en el año “x”, muestra que el PIB por habitante en el año “x” ($b = 0,305$, $p = 0,018^*$, $n = 59$), y no la percepción de injusticia distributiva ($b = 0,171$, $p = 0,176$), es el

factor que incide en el gasto público social en el año x+1 en la región. Al replicar este ejercicio considerando la desconfianza en las instituciones ($n = 177$), una mayor desconfianza en el año “x” se asocia a un descenso en el gasto público social en el año “x+1” ($b = -0,289$, $p = 0,000^{***}$).

Recuadro II.2 (conclusión)

del gasto, los críticos de la redistribución han recurrido incluso al argumento de falta de merecimiento del beneficiario del régimen de bienestar (Sommers y Block, 2005). Los europeos, por su parte, se inclinan más a pensar que la pobreza es causada por la injusticia social (Alesina, Glaeser y Sacerdote, 2001).

Se ha planteado que distintas arquitecturas de protección social pueden tener diferentes efectos en los patrones de integración social, en el apoyo a la redistribución y en la confianza en las instituciones. Korpi y Palme (1998) indican que en los esquemas universalistas, construidos sobre la base de alianzas entre clases, la mayoría de la población se beneficia y no se crean divisiones entre grupos. Estos se diferencian de los esquemas selectivos, que hacen poco esperable una coalición y pueden tener efectos estigmatizantes (Kumlin y Rothstein, 2003). Los programas universales no crean barreras de acceso, se basan en el principio de igual tratamiento que minimiza la discreción burocrática e incrementa el sentido de igualdad de oportunidades y la confianza en las instituciones (Rothstein y Uslaner, 2005; Crepez, 2008).

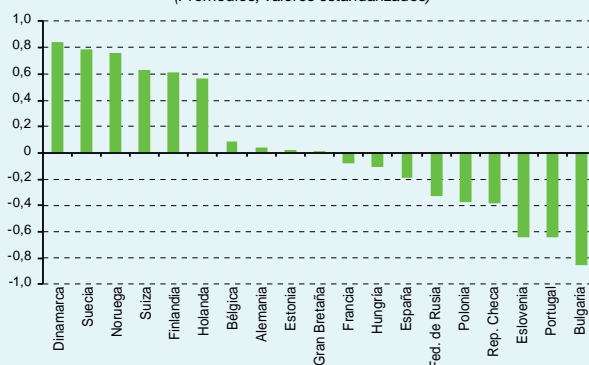
No obstante es plausible que los países escandinavos hayan logrado implementar políticas universales a causa de una reserva de confianza en sus instituciones

(Rothstein y Uslaner, 2005; Einhorn y Logue, 2010), la creación de un contexto de solidaridad y comunidad, y la provisión de un tratamiento de igualdad y protección a la población, pueden aumentar la confianza en las instituciones y promover un mayor apoyo ciudadano al esfuerzo redistributivo (Crepez, 2008; Hagfors y Kajanoja, 2007; van Oorschot y Finsveen, 2010). En todo caso, un régimen universalista también podría debilitar las redes de asociación cívica y erosionar la reciprocidad y la confianza, puesto que los ciudadanos podrían abjurar de su responsabilidad con quienes menos tienen en virtud de los impuestos que pagan (Fukuyama, 2001).

Hay evidencia de apoyo a la tesis del efecto del régimen de bienestar en las creencias distributivas. Svallfors (1997), Jaeger (2009) y Jakobsen (2010) concluyen que el apoyo a la redistribución es mayor en los regímenes socialdemócratas y conservadores, y menor en los liberales. Sin embargo, hay estudios donde no se han observado esos efectos (Gelissen, 2000; Jaeger, 2006). A su vez, se han investigado los efectos conjuntos en el apoyo a la redistribución de los cambios en las condiciones económicas y del nivel de gasto público social. Blekesaune (2007) observa que la tasa de empleo se relaciona negativamente con la demanda

de apoyo estatal, pero en los Estados Unidos el nivel de inflación es el factor que más incide en la demanda de asistencia social (Kam y Nam, 2008). Nelson (2011) concluye que en Europa, el deterioro económico incrementa la demanda de redistribución y que una mayor prosperidad económica, sumada a un gasto público social más alto, la reducen. Asimismo, en algunos estudios se ha demostrado la existencia de asociaciones positivas entre el coeficiente de Gini y el apoyo a la distribución (Finseraas, 2009), relación que se sostiene al controlar por medidas de afluencia económica (Dallinger, 2010). En cuanto a la confianza, la evidencia apunta a una mayor confianza en sus distintas dimensiones (interpersonal e institucional) en los regímenes socialdemócratas (Kumlin y Rothstein, 2003; Kääriäinen y Lehtonen, 2006; Kouvo, 2011). Las brechas de confianza en las instituciones relacionadas con el estrato socioeconómico no parecen vincularse con los regímenes de bienestar (van Oorschot y Finsveen, 2010), sino con la apertura económica y el gasto público. White y Nevitte (2007) aprecian que las mayores diferencias por estrato socioeconómico en los niveles de confianza en las instituciones nacionales se verifican en los países con los mayores grados de apertura y los menores niveles de gasto.

UNIÓN EUROPEA (19 PAÍSES): CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES POLÍTICAS Y DEL ESTADO, POR PAÍSES, 2010^a
(Promedios, valores estandarizados)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Social Europea 2010.

^a Se incluye la confianza en el Parlamento, los partidos políticos y el poder judicial. Las respuestas se obtuvieron en una escala de 0 a 10 (0 = ninguna confianza y 10 = total confianza). Mediante un modelo de componentes principales se estableció que las respuestas cargaban en un factor subyacente (un 78% de la varianza). Los puntajes estandarizados en el factor confianza en las instituciones se determinaron por medio de una regresión. Un mayor puntaje significa una mayor confianza.

Los obstáculos que debieron enfrentar las distintas iniciativas de contracción de los estados de bienestar durante la década de 1980 ilustran las dificultades para revertir los avances iniciales de la política social (la dependencia del sendero). Estas dificultades se explican por el apoyo ciudadano captado por el nuevo régimen (entre los beneficiarios

y operadores de las políticas) y por la autonomía relativa del Estado (Pierson, 2000). Si bien los intentos por recortar el estado de bienestar pueden enfrentarse con el rechazo, el retiro del apoyo puede ser aceptado en determinadas condiciones y mediante ciertas estrategias de los actores políticos (evitación de la culpa, traspaso de

responsabilidades) (Fridberg, 2012; Del Pino, 2007; Campillo, 2007). Por último, hay que considerar los efectos de la crisis económica que afecta a los países europeos y el hecho de que la inmigración constituye un área compleja para los regímenes de bienestar más generosos de Europa (van Oorschot y Uunk, 2007).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Como ya se indicó, interesa contrastar la relación entre los indicadores de percepciones y las medidas objetivas de desigualdad, incidencia del gasto público social y crecimiento económico. En cuanto a la desigualdad, se prefirió el coeficiente de Gini, debido a que es uno de los indicadores de desigualdad más usados en los estudios internacionales donde se han explorado las relaciones entre medidas objetivas y subjetivas de bienestar e inequidad. A su vez, se prefirió el gasto público social como porcentaje del PIB en lugar del gasto social por habitante, para mantener la comparabilidad con los estudios de otras regiones y evitar problemas de colinealidad entre el gasto social por habitante y el PIB por habitante⁸. También es de interés revisar si las relaciones existentes entre los indicadores de percepciones y objetivos difieren entre grupos de países clasificados por la robustez de sus sistemas de protección social, entendida como el grado de institucionalización y cobertura del sistema⁹. Esto parte de la hipótesis de que la población de los países con sistemas más robustos podría tener estándares más exigentes para evaluar las instituciones (o una mayor conciencia crítica). Un grupo aparte lo constituyen el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela, dado que la relación entre indicadores objetivos y de malestar con las instituciones podría diferir de la del resto de la región por las particularidades de los procesos políticos e institucionales que han tenido lugar en esos países en los últimos años (CEPAL, 2010).

Se construyó un modelo inicial de regresión por mínimos cuadrados ordinarios que incluye como variable dependiente a las percepciones distributivas y como predictores al coeficiente de Gini, la variación del PIB, el PIB por habitante y el gasto público social como porcentaje del PIB. Los resultados se exponen en el cuadro II.A-3 del anexo e indican que la percepción de injusticia distributiva se asocia significativamente solo con el coeficiente de Gini. En tanto se incrementa la desigualdad objetiva en la distribución del ingreso, aumentan

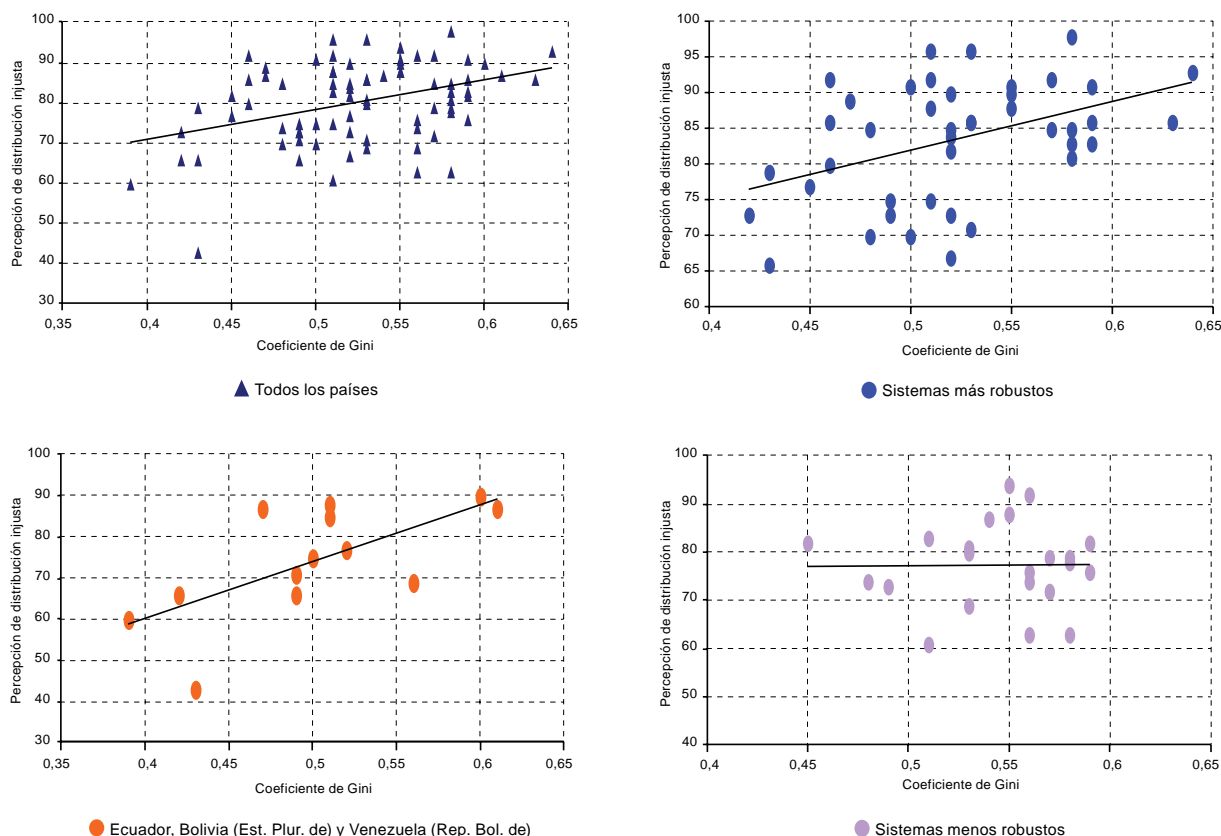
las percepciones de injusticia distributiva (véase el gráfico II.17). Algunos países que entre 1997 y 2010 presentaron niveles objetivos de desigualdad más bajos, como Costa Rica, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay, también evidenciaron una menor incidencia de percepciones de injusticia distributiva. La Argentina, el Brasil, Chile y Colombia, que en el mismo período experimentaron coeficientes de Gini más elevados, también presentaron una mayor incidencia de las valoraciones negativas de la distribución del ingreso. Se debe notar que la correlación significativa observada entre las percepciones distributivas y el coeficiente de Gini difiere del resultado informado por la CEPAL (2010), lo que puede deberse a diferencias en la estrategia de análisis (en aquel estudio se examinaron relaciones entre cambios en las percepciones distributivas y en la desigualdad monetaria) y, principalmente, a las pocas observaciones disponibles al momento de realizar dicha investigación.

A su vez, al controlar por la robustez de los sistemas de protección social, en el gráfico II.17 se aprecia que la asociación entre la desigualdad objetiva y las percepciones distributivas mantiene su significación en los países con regímenes más robustos, así como en el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela, y no es significativa en los países con sistemas menos robustos. La inexistencia de asociación en este último grupo puede deberse a las menores variaciones en el coeficiente de Gini (valores mínimo y máximo de 0,45 y 0,59), en comparación con lo verificado en los países con sistemas más robustos (valores mínimo y máximo de 0,42 y 0,64) y en el grupo conformado por el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela (valores mínimo y máximo de 0,39 y 0,61), aun cuando también pueden incidir de modo sustancial factores vinculados a las características particulares de la opinión pública y a las especificidades de los procesos político-institucionales en cada grupo de países.

⁸ Este problema se verifica cuando los predictores están muy correlacionados. Esto afecta a los modelos de regresión, puesto que la influencia de cada uno de los predictores no puede distinguirse.

⁹ Véase el cuadro II.A-5 del anexo.

Gráfico II.17
**AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE QUE LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO ES INJUSTA
 Y COEFICIENTE DE GINI, POR GRUPOS DE PAÍSES, 1997-2010^a**
 (En porcentajes)



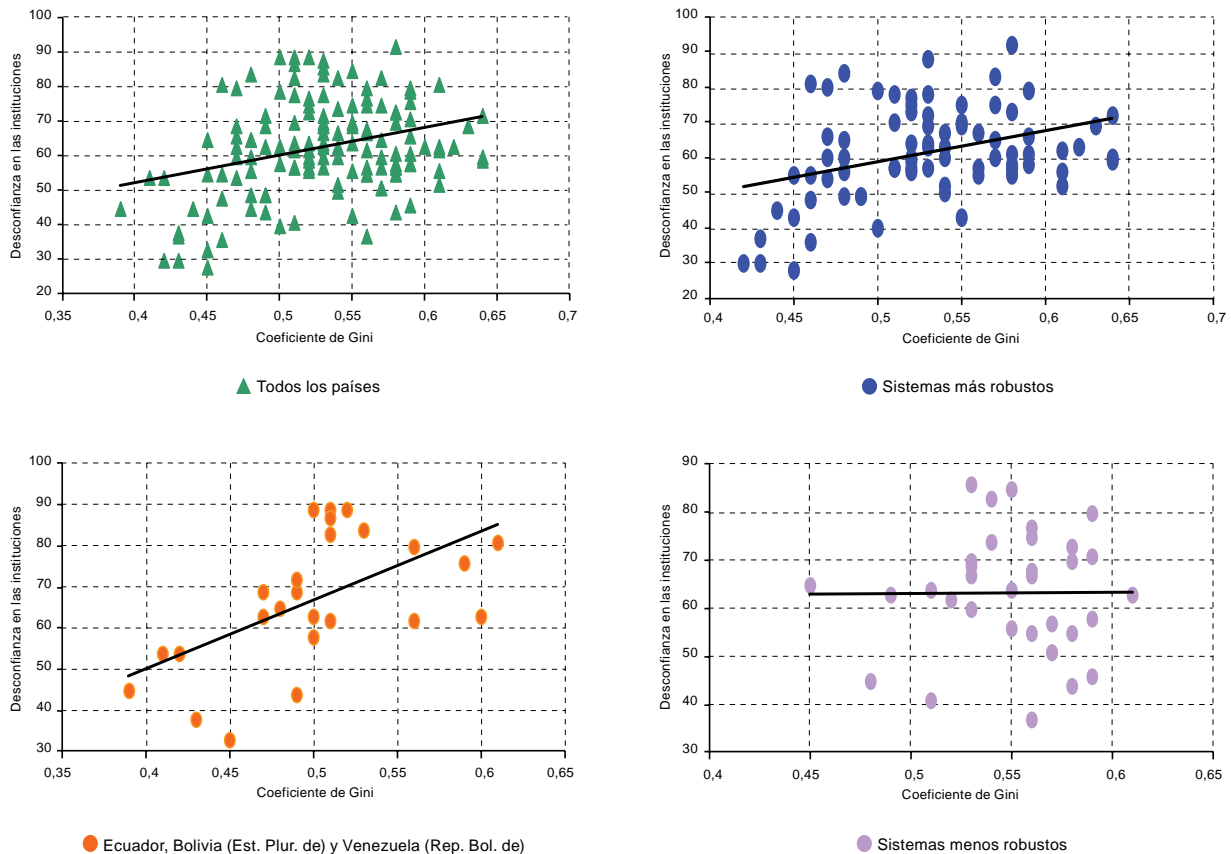
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009 y 2010, y la base de datos CEPALSTAT [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

^a Se considera la suma de los porcentajes de personas que respondieron que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta en el país. Clasificación cualitativa efectuada sobre la base de las tipologías de regímenes de bienestar en América Latina desarrolladas por Mesa Lago (2004), Figueira (2001, 2005), Barba (2004), Huber y Stephens (2005, citado en Del Valle, 2008), Martínez Franzoni (2007), y Marcel y Rivera (2008). Los criterios de robustez son el grado de institucionalización y cobertura. El Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela se consideraron aparte por las particularidades que presentan los procesos políticos de dichos países. Se consideraron sistemas más robustos los de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, el Perú y el Uruguay, y menos robustos los de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana. Los coeficientes de regresión, su significación y número de observaciones son los siguientes: sistemas más robustos ($b = 0,428$, $p = 0,005^{**}$, $n = 42$); el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela ($b = 0,667$, $p = 0,013^{*}$, $n = 13$); y sistemas menos robustos ($b = 0,012$, $p = 0,959$, $n = 22$).

El mismo procedimiento empleado para las percepciones distributivas se utilizó para analizar la desconfianza en las instituciones políticas y del Estado. Los resultados indican que la desconfianza está muy asociada al coeficiente de Gini y al gasto público como porcentaje del PIB, y no a los indicadores de crecimiento económico (PIB por habitante y tasa de variación del PIB) (véase el cuadro II.A-4 del anexo). La desconfianza en las instituciones aumenta cuando se incrementa el coeficiente de Gini y disminuye cuando crece el gasto público social como porcentaje del PIB. Al replicar el

análisis controlando por la robustez de los sistemas de protección social, la significación de la relación desconfianza-desigualdad objetiva se sostiene en los países con sistemas más robustos y en el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela, y no se verifica en los países con sistemas de protección menos robustos (véase el gráfico II.18). En cuanto a la asociación entre el gasto social como porcentaje del PIB y la confianza, esta se sostiene solo para el grupo de países con sistemas de protección social más robustos (véase el gráfico II.19).

Gráfico II.18
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES Y COEFICIENTE DE GINI, POR GRUPOS DE PAÍSES, 1997-2010^a
 (En porcentajes)



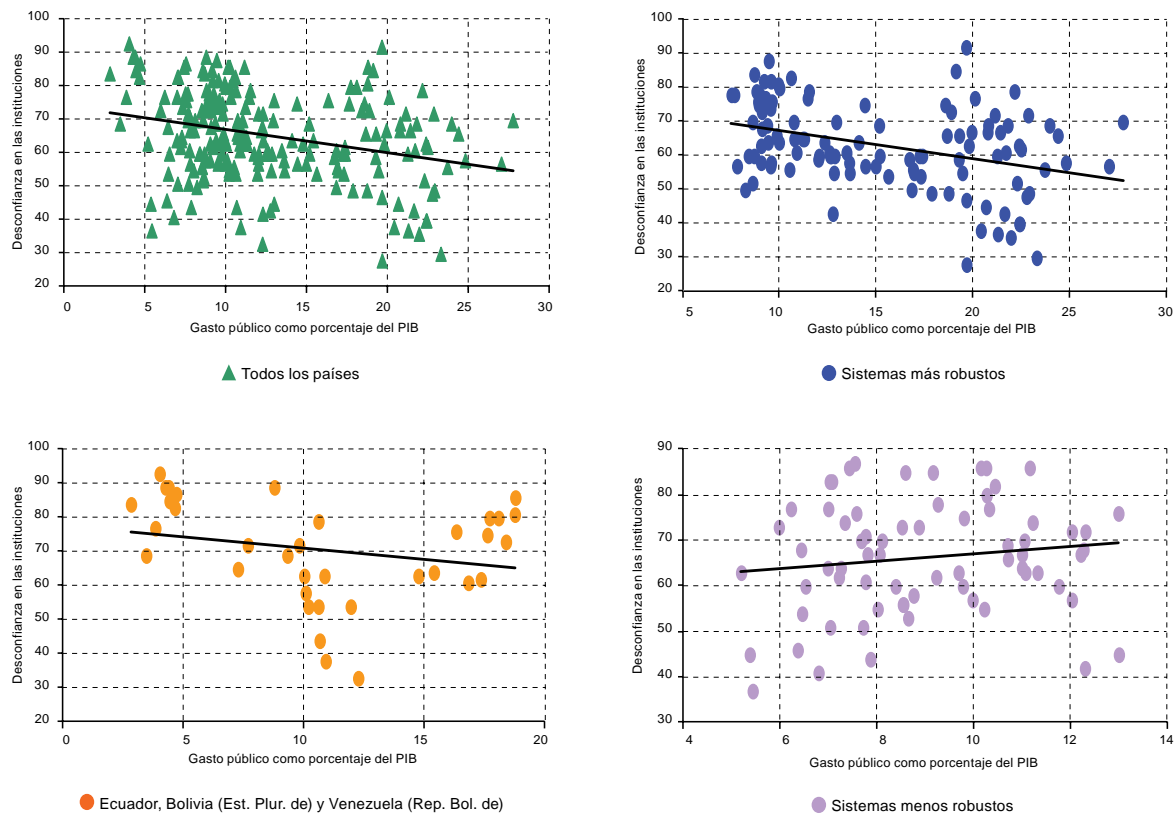
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos Latinobarómetro 1997, 2000, 2002, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, y la base de datos CEPALSTAT [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>.

^a Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Se solicitó a las personas que evaluaran cada institución en la siguiente escala: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas se promediaron. Se consideró como poca o ninguna confianza los promedios entre 3 y 4. Clasificación efectuada sobre la base de las tipologías de regímenes de bienestar en América Latina desarrolladas por Mesa Lago (2004), Filgueira (2001, 2005), Barba (2004), Huber y Stephens (2005, citado en Del Valle, 2008), Martínez Franzoni (2007), y Marcel y Rivera (2008). El Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela no se incluyeron en el ejercicio de clasificación. Se consideraron sistemas más robustos los de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, el Perú y el Uruguay, y menos robustos los de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana. Los coeficientes de regresión, su significación y número de observaciones son los siguientes: países con sistemas de protección más robustos ($b = 0,347$, $p = 0,001^{**}$, $n = 74$); el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela ($b = 0,573$, $p = 0,003^{**}$, $n = 25$); y países con sistemas de protección menos robustos ($b = 0,008$, $p = 0,962$, $n = 34$). Estadísticas obtenidas en una regresión con dos predictores: coeficiente de Gini y gasto social como porcentaje del PIB.

Como se planteó anteriormente, una explicación posible respecto de la mayor sensibilidad de las percepciones de la población a los cambios en los indicadores objetivos en los países con sistemas de protección más robustos es que la población podría tener una mayor conciencia crítica sobre el funcionamiento de las instituciones del Estado, ya sea en términos de su compromiso con una mayor equidad o en función de la capacidad real de redistribuir. Al respecto, no se debe olvidar que los

modernos regímenes de bienestar han coincidido con el surgimiento de una ciudadanía más exigente y consciente de sus derechos (véase el recuadro II.2). Sin embargo, esta mayor sensibilidad de las percepciones a los cambios en los indicadores objetivos también podría explicarse por la mayor variabilidad de estos indicadores en los países con sistemas de protección más robustos, lo que podría suponer la existencia de cambios en las condiciones de vida que son percibidos directamente por la población.

Gráfico II.19
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES Y GASTO PÚBLICO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB, POR GRUPOS DE PAÍSES, 1997-2010^a
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, y la base de datos de gasto social en América Latina y el Caribe [en línea] <http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/>.

^a Se incluye la confianza en el poder legislativo (Congreso), el poder judicial y los partidos políticos. Se solicitó a las personas que evaluaran cada institución en la siguiente escala: 1) Mucha, 2) Alguna, 3) Poca y 4) Ninguna. Las respuestas se promediaron. Se consideró como poca o ninguna confianza los promedios entre 3 y 4. Clasificación cualitativa efectuada sobre la base de las distintas tipologías de regímenes de bienestar en América Latina desarrolladas por Mesa Lago (2004), Filgueira (2001, 2005), Barba (2004), Huber y Stephens (2005, citado en Del Valle, 2008), Martínez Franzoni (2007), y Marcel y Rivera (2008). El Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela no se incluyeron en el ejercicio de clasificación. Se consideraron sistemas más robustos los de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, el Perú y el Uruguay, y menos robustos los de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana. Los coeficientes de regresión, su significación y número de observaciones son los siguientes: sistemas más robustos ($b = -0,433$, $p = 0,000^{***}$, $n = 74$); el Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela ($b = -0,235$, $p = 0,174$, $n = 35$); y sistemas menos robustos ($b = 0,133$, $p = 0,274$, $n = 69$). Estadísticas basadas en una regresión con dos predictores: coeficiente de Gini y gasto social como porcentaje del PIB.

3. Discusión e implicaciones

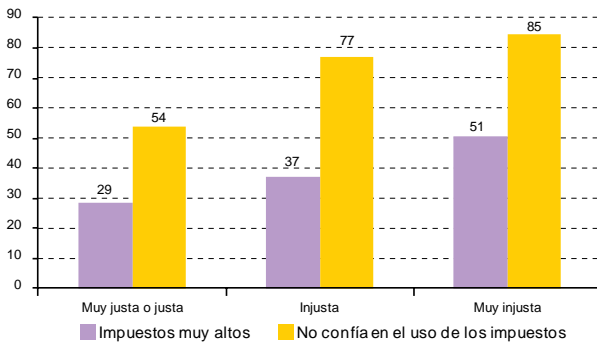
A partir del bienio 2002-2003, y fundamentalmente hasta el bienio 2006-2007, en la región se verificó una leve reducción de las percepciones de injusticia distributiva y una baja más importante de la desconfianza en las instituciones políticas y del Estado. Sin embargo, entre 2009 y 2011 se detuvo la caída de la desconfianza y de las percepciones de injusticia, y en ese último año ambos indicadores aún exhibían valores muy altos. La fuerte correlación entre la desconfianza en las instituciones políticas y del Estado y las percepciones de injusticia distributiva en el período 1997-2011 es un síntoma de un profundo y persistente sentimiento de malestar

ciudadano con el modo en que funcionan las instituciones y se distribuyen los bienes económicos, sociales y políticos en los países. A su vez, la asociación entre la desigualdad medida objetivamente y el malestar con las instituciones puede tener como consecuencia que los altos niveles de concentración de la riqueza y de diferenciación social existentes en los países alimenten una gran cantidad de conflictos sociales en la región (Calderón, 2012).

Paradójicamente, las percepciones negativas acerca de la distribución y la desconfianza ciudadana pueden obstaculizar un pacto social por la igualdad, con la participación de distintos

actores y grupos sociales, que permita que el Estado asuma un papel más protagónico en la garantía de derechos básicos a toda la población (en los siguientes capítulos de este *Panorama Social* se analiza la necesidad de ampliar las garantías de cuidado)¹⁰. Un acuerdo de ese tipo requiere incrementar la tributación, lo que se dificulta en un escenario caracterizado por la desconfianza respecto de las instituciones del Estado y la aversión a los impuestos que manifiesta la ciudadanía. A esto se debe agregar que el malestar con la distribución está muy asociado en la región a una mayor percepción de carga tributaria, a la desconfianza respecto de la capacidad de los Estados para gastar bien los impuestos (véase el gráfico II.20) y a las percepciones de baja transparencia estatal (véase el gráfico II.21). De modo que las percepciones generalizadas de injusticia distributiva en América Latina no deben leerse como señales inequívocas de preferencia por una redistribución estatal financiada con impuestos¹¹.

Gráfico II.20
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): OPINIONES SOBRE LA TRIBUTACIÓN Y PERCEPCIONES DE INJUSTICIA EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO, 2011^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 2011.

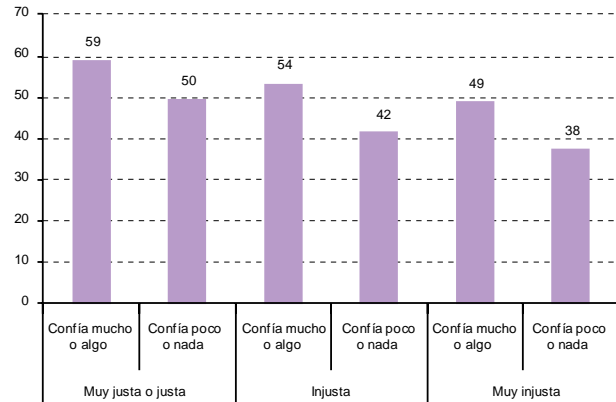
^a Las preguntas usadas son las siguientes: 1) Considerando todo, ¿cree Ud. que los impuestos que se pagan en el país son muy altos, altos, bajos, muy bajos o están bien como están? y 2) En general, respecto de los impuestos, ¿tiene Ud. confianza en que el dinero de los impuestos será bien gastado por el Estado?

¹⁰ Un pacto social suele considerar: a) un proceso público de deliberación y negociación entre actores políticos, con capacidad de representar a amplios sectores de la ciudadanía, b) una agenda relativamente amplia, vinculada a una visión consensuada sobre la estrategia de desarrollo del país, y c) políticas de Estado con horizontes de mediano y largo plazo (Luna, Mardones y Piñeiro, 2009).

¹¹ La percepción de justicia distributiva indica el nivel de satisfacción (o insatisfacción) que experimentan las personas con la distribución del ingreso entre los distintos grupos sociales. Este juicio probablemente resulta de la valoración subjetiva del merecimiento de la pobreza o la riqueza que tienen los distintos grupos, incluida la evaluación que hace el entrevistado de su propia situación. Este indicador no siempre será una buena aproximación a las preferencias, puesto que estas son coyunturales y refieren a estados alternativos que se pueden alcanzar, donde la respuesta indica la utilidad de la decisión. En cambio, las percepciones de justicia distributiva son una aproximación a la "utilidad experimentada". Para obtener más detalles sobre ambos tipos de utilidad, véase Kahneman, Wakker y Sarin (1997).

Gráfico II.21
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERCEPCIÓN DE TRANSPARENCIA DEL ESTADO SEGÚN LA CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES Y LA PERCEPCIÓN DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA, 2011^a

(Promedios, escala de 1 a 100, donde 1 = nada transparente y 100 = completamente transparente)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 2011.

^a La pregunta usada es la siguiente: Por lo que Ud. sabe o ha oído, en una escala de 1 a 100, donde 1 es totalmente transparente y 100 nada transparente, ¿qué tan transparente considera Ud. que es el Estado de su país?

La convergencia entre desconfianza en las instituciones y percepciones de injusticia distributiva pone en evidencia marcadas divisiones entre grupos. Rothstein y Uslaner (2005) plantean que muchos países en desarrollo están atrapados en un círculo vicioso de desigualdad y desconfianza, con instituciones disfuncionales. Los altos niveles de desigualdad llevan a menores niveles de confianza en las instituciones, lo que conduce a políticas que pueden hacer poco para reducir las brechas sociales y crear un sentido de mayor confianza, bienestar e igualdad. Esto exagera las tensiones entre los grupos y erosiona la posibilidad de que se implementen políticas basadas en la noción de que los distintos grupos tienen un destino común. Rothstein y Uslaner (2005) agregan que, incluso si se logran condiciones políticas de apoyo a programas universales, la población podría no confiar en que las instituciones presten servicios de modo justo y existirían grandes riesgos de fracaso en la implementación si hay una corrupción más o menos extendida. En una línea similar, Alesina y Glaeser (2006) plantean que un régimen de bienestar generoso no puede funcionar bien cuando es frecuente que existan problemas de gestión y trampas como la evasión tributaria y el reclamo indebido de seguro social.

En todo caso, esto no significa que en la región no sea viable la implementación de un pacto que permita avanzar en la garantía de derechos a la población. Lo que se pone de manifiesto es la necesidad de diseñar una estrategia de implementación gradual donde se prioricen algunos sectores, aun cuando existan múltiples urgencias de reforma. Además, la asociación entre la desigualdad medida objetivamente y los sentimientos de malestar indica que es esperable que

las percepciones mejoren en tanto se logre avanzar en la reducción de las asimetrías distributivas. Es necesario poner el foco en políticas que tengan un claro efecto redistributivo y para ello se requiere mejorar la capacidad de gestión y operación de los Estados y poner énfasis en la transparencia y la rendición de cuentas. En paralelo, el

diseño de la arquitectura de protección social en los países de la región no debe desvincularse del objetivo de reducir los problemas de representación democrática a fin de lograr una mayor participación de los grupos tradicionalmente excluidos, recrear los vínculos entre los distintos grupos e incrementar la confianza en las instituciones.

Bibliografía

- Alesina, Alberto y Edward Glaeser (2006), “Why are welfare States in the US and Europe so different? What do we learn? [en línea] <http://www.cairn.info/revue-horizons-strategiques-2006-2-page-51.htm>.
- Alesina, Alberto, Edward Glaeser y Bruce Sacerdote (2001), “Why doesn’t the US have a European-style welfare State?”, *Discussion Paper*, N° 1933 [en línea] <http://www.economics.harvard.edu/pub/hier/2001/HIER1933.pdf>.
- Barba, Carlos (2004), “Régimen de bienestar y reforma social en México”, *serie Políticas Sociales*, N° 92 (LC/L.2168-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bénabou, Roland y Efe A. Ok (1999), “Social mobility and the demand for redistribution: the POUM hypothesis”, *NBER Working Papers*, N° 6795 [en línea] <http://www.nber.org/papers/w6795.pdf>.
- Blekesaune, Morten (2007), “Economic conditions and public attitudes to welfare policies”, *European Sociological Review*, vol. 23, N° 3.
- Calderón, Fernando (2012), “Diez tesis sobre el conflicto social en América Latina”, *Revista CEPAL*, N° 107 (LC/G.2536/P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Campillo, Inés (2007), “A contracorriente. La extensión de las políticas sociales de igualdad de género en tiempos de austeridad (España, 1999-2007)”, borrador de proyecto de investigación [en línea] <http://www.ucm.es/centros/cont/descargas/documento3359.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), *Panorama Social de América Latina, 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile. Publicación de la Naciones Unidas, N° de venta: S.12.II.66.
- (2010), *América Latina frente al espejo: dimensiones objetivas y subjetivas de la inequidad social y el bienestar en la región* (LC/G.2419/E), Santiago de Chile.
- (2009), *Panorama Social de América Latina, 2009* (LC/G.2423-P/E), Santiago de Chile. Publicación de la Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- Crepaz, Markus (2008), *Trust Beyond Borders: Immigration, the Welfare State, and Identity in Modern Societies*, University of Michigan Press.
- Dallinger, Ursula (2010), “Public support for redistribution: what explains cross-national differences?”, *Journal of European Social Policy*, vol. 20, N° 4.
- Del Pino, Eloísa (2007), “Las actitudes de los españoles hacia la reforma del Estado de bienestar”, *Política y Sociedad*, vol. 44, N° 2.
- Del Valle, Alejandro (2008), “Regímenes de bienestar: relaciones entre el caso asiático y la realidad latinoamericana”, *Nómaditas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, N° 19 [en línea] <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0808320385A/26358>.
- Einhorn, Eric y John Logue (2010), “Can welfare state be sustained in a global economy? Lessons from Scandinavia”, *Political Science Quarterly*, vol. 125, N° 1.
- Filgueira, Fernando (2001), “Between a rock and a hard place”, *Ciudadanía en Tránsito*, Laura Gioscia (comp.), Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental- Instituto de Ciencia Política.
- (2005), “Welfare and democracy in Latin America: the development, crises and aftermath of universal, dual and exclusionary social states” [en línea] [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/D1F612F7B7D71534C1256FFF005447F7?OpenDocument](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/D1F612F7B7D71534C1256FFF005447F7?OpenDocument).
- Finseraas, Henning (2009), “Income inequality and demand for redistribution: a multilevel analysis of European public opinion”, *Scandinavian Political Studies*, vol. 32, N° 1.
- Fong, Christina, Samuel Bowles y Herbert Gintis (2006), “Altruism and reciprocity”, *Handbook of the Economics of Giving*, vol. 2, Serge-Christophe Kolm y Jean Mercier Ythier (eds.), Elsevier B.V.
- Fridberg, Torben (2012), “Legitimacy of the system and support for the welfare State”, *The Future of the Welfare State. Social Policy Attitudes and Social Capital in Europe*, Heiki Ervasti y otros (eds.), Londres, Edward Elgar.

- Fukuyama, Francis (2001), "Social capital, civil society and development", *Third World Quarterly*, vol. 22, N° 1.
- Gelissen, John (2000), "Popular support for institutionalised solidarity: a comparison between European welfare States", *International Journal of Social Welfare*, vol. 9, N° 4.
- Gregorini, Filippo y Enrico Longoni (2009), "Inequality, political systems and public spending" [en línea] http://www.socpol.unimi.it/papers/2010-03-16_Filippo%20Gregorini.pdf.
- Hagfors, Robert y Jouko Kajanoja (2007), "The welfare State, inequality and social capital" [en línea] <http://www.kent.ac.uk/scarr/events/Hagfors.pdf>.
- Hirschman, Albert (1973), "The changing tolerance for income inequality in the course of economic development, with a mathematical appendix by Michael Rothschild", *Quarterly Journal of Economics*, N° 87.
- Jæger, Mads Meier (2006), "Welfare regimes and attitudes towards redistribution: the regime hypothesis revisited", *European Sociological Review*, vol. 22, N° 2.
- Jæger, Mads Meier (2009), "United but divided: welfare regimes and the level and variance in public support for redistribution", *European Sociological Review*, vol. 25, N° 6.
- Jakobsen, Tor Georg (2010), "Welfare attitudes and social expenditure: do regimes shape public opinion?", *Social Indicators Research*, vol. 101, N° 3.
- Kääriäinen, Juha y Heikki Lehtonen (2006), "The variety of social capital in welfare State regimes – A comparative study of 21 countries", *European Societies*, vol. 8, N° 1.
- Kahneman, Daniel, Peter Wakker y Rakesh Sarin (1997), "Back to Bentham? Explorations of experienced utility", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 112, N° 2.
- Kam, Cindy D. y Yunju Nam (2008), "Reaching out or pulling back: macroeconomic conditions and public support for social welfare spending", *Political Behavior*, vol. 30, N° 2.
- Korpi, Walter y Joakim Palme (1998), "The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare State institutions, inequality, and poverty in the Western countries", *American Sociological Review*, vol. 63, N° 5.
- Kouvo, Antti (2011), "The sources of generalized trust and institutional confidence in Europe", *Research on Finnish Society*, N° 4.
- Kumlin, Staffan y Bo Rothstein (2003), *Investing in Social Capital: The Impact of Welfare State Institutions* [en línea] <http://www.students.uni-mainz.de/bonea001/Dokumente/KumlinRothsteinAPSA2003.pdf>.
- Luna, Juan Pablo, Rodrigo Mardones y Rafael Piñeiro (2009), *Condiciones para un pacto social en Chile: disposición de actores* [en línea] <http://www.ceppe.cl/images/stories/recursos/publicaciones/Rodrigo%20Mardones/Condiciones-para-un-pacto-social-en-Chile.pdf>.
- Marcel, Mario y Elizabeth Rivera (2008), "Regímenes de bienestar, políticas sociales y cohesión social en América Latina" [en línea] http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/166/Capitulo_1.pdf.
- Martínez Franzoni, Juliana (2007), *Regímenes de bienestar en América Latina* [en línea] <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT11.pdf>.
- Mesa-Lago, Carmelo (2004), "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P). Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Nelson, Moira (2011), "The effect of socio-economic context on redistributive preferences" [en línea] <http://www.ecprnet.eu/MyECPR/proposals/reykjavik/uploads/papers/513.pdf>.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2010), "PISA 2009 Results: overcoming social background Equity in Learning Opportunities and Outcomes", vol. II [en línea] <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/48852584.pdf>.
- (2011), "Divided we stand: why inequality keeps rising", París, OECD Publishing [en línea] <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119536-en>.
- Pierson, Paul (2000), "Increasing returns, path dependence, and the study of politics", *The American Political Science Review*, vol. 94, N° 2.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2012), *Desarrollo humano en Chile 2012: bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*, Santiago de Chile.
- Ravallion, Martin y Michael Lokshin (2000), "Who wants to redistribute? The tunnel effect in 1990's Russia", *Journal of Public Economics*, N° 76.
- Rothstein, Bo y Eric M. Uslaner (2005), "All for all: equality, corruption, and social trust", *World Politics*, N° 58.
- Somers, Margaret y Fred Block (2005), "From poverty to perversity: ideas, markets, and institutions over 200 years of welfare debate", *American Sociological Review*, vol. 70, N° 2.
- Svallfors, Stefan (1997), "Worlds of welfare and attitudes to redistribution: a comparison of eight Western nations", *European Sociological Review*, vol. 13, N° 3.
- van Oorschot, Wim y Wilfred Uunk (2007), "Welfare spending and the public's concern for immigrants: multilevel evidence for eighteen European countries", *Comparative Politics*, vol. 40, N° 1.
- van Oorschot, Wim y Ellen Finsveen (2010), "Does the welfare State reduce inequalities in people's social capital?", *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 30, N° 3/4.
- White, Stephen y Neil Nevitte (2007), *Trade, Welfare States and Confidence in Domestic Political Institutions* [en línea] <http://www.nevitte.org/wp-content/uploads/2008/03/white-nevitte.pdf>.

Anexo

Cuadro II.A-1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO DE LOS HOGARES, 1990-2010 ^a

País	Año	Ingreso medio ^b	Participación en el ingreso total (en porcentajes)				Relación del ingreso medio per cápita (en veces) ^c	
			40% más pobre	30% siguiente	20% anterior al 10% más rico	10% más rico	D ¹⁰ / D ^(1 a 4)	Q ⁵ / Q ¹
Argentina ^d	1990 ^e	10,6	15,0	23,7	26,7	34,6	13,5	13,5
	1999	11,3	15,8	22,1	25,3	36,8	16,2	16,6
	2004	9,0	13,1	21,4	25,5	40,0	21,7	26,5
	2010	17,9	16,0	24,4	27,0	32,6	15,1	16,2
	2011	20,6	17,3	25,0	27,2	30,5	13,5	14,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1989 ^f	7,7	12,1	21,9	27,9	38,1	17,1	21,4
	1999	5,6	9,3	24,1	29,6	37,0	26,7	48,1
	2002	6,1	9,5	21,4	28,3	40,8	30,3	44,2
	2009	6,5	13,9	27,1	28,4	30,6	14,9	19,8
Brasil	1990	9,4	9,6	18,5	28,0	43,9	31,2	35,0
	1999	11,3	10,0	17,4	25,4	47,2	32,0	35,6
	2001	11,0	10,3	17,4	25,5	46,8	32,2	36,9
	2009	11,8	13,2	20,3	25,5	41,0	21,1	23,9
	2011	12,3	14,2	20,9	25,4	39,5	19,2	22,1
Chile	1990	9,5	13,2	20,8	25,3	40,7	18,2	18,4
	1998	13,7	13,0	20,4	26,6	40,0	19,1	19,7
	2003	13,6	13,8	20,8	25,6	39,8	18,8	18,4
	2009	14,5	14,4	21,2	26,0	38,4	16,3	15,9
	2011	14,1	15,0	21,6	25,9	37,5	15,1	15,0
Colombia	1994	7,7	9,9	21,3	27,0	41,8	26,8	35,3
	1999	6,7	12,4	21,6	26,0	40,0	22,3	25,6
	2002 ^g	7,2	13,1	22,4	26,6	37,9	22,0	24,1
	2010 ^g	8,1	13,4	23,3	26,9	36,4	20,1	22,4
	2011 ^g	8,3	13,9	23,6	26,9	35,6	18,7	20,5
Costa Rica	1990	9,5	16,7	27,4	30,2	25,7	10,1	13,1
	1999	11,4	15,3	25,7	29,7	29,3	12,6	15,3
	2002	11,7	14,4	25,6	29,7	30,3	13,7	16,9
	2010 ^h	11,0	14,8	24,4	28,9	31,9	13,8	15,3
	2011 ^h	11,3	14,0	24,4	29,8	31,8	15,2	16,8
Ecuador ^d	1990	5,5	17,1	25,4	26,9	30,6	11,4	12,3
	1999	5,6	14,1	22,7	26,5	36,7	17,2	18,4
	2002	6,7	15,5	24,3	26,1	34,1	15,7	16,8
	2010	7,7	16,6	24,7	26,9	31,8	12,5	13,2
	2011	7,4	18,5	26,6	28,4	26,5	9,7	10,6
El Salvador	1995	6,2	15,5	24,8	27,0	32,7	14,1	16,9
	1999	6,6	13,8	25,0	29,1	32,1	15,2	19,6
	2001	6,7	13,5	24,7	28,7	33,1	16,2	20,3
	2010	5,6	17,8	26,4	27,7	28,1	10,3	11,4
Guatemala	1989	6,0	11,8	20,9	26,9	40,4	23,6	27,5
	1998	7,1	14,3	21,6	25,0	39,1	20,4	19,8
	2002	6,8	14,1	22,4	27,3	36,2	18,6	19,3
	2006	7,6	12,8	21,8	25,7	39,7	22,0	23,9
Honduras	1990	4,3	10,2	19,7	27,1	43,0	27,4	30,7
	1999	3,9	11,8	22,9	29,0	36,3	22,3	26,5
	2002	4,3	11,4	21,7	27,6	39,3	23,6	26,3
	2010	5,1	11,4	22,7	29,3	36,6	20,7	25,2

Cuadro II.A-1 (conclusión)

País	Año	Ingreso promedio ^b	Participación en el ingreso total (en porcentajes)				Relación del ingreso medio per cápita (en veces) ^c	
			40% más pobre	30% siguiente	20% anterior al 10% más rico	10% más rico	D ¹⁰ / D ^{1 a 4}	Q ⁵ / Q ¹
México	1989	8,6	15,8	22,5	25,1	36,6	17,2	16,9
	1998	7,7	15,0	22,7	25,6	36,7	18,4	18,5
	2002	8,2	15,7	23,8	27,2	33,3	15,1	15,5
	2010	7,4	17,7	25,4	27,2	29,7	12,8	13,3
Nicaragua	1993	5,2	10,4	22,8	28,4	38,4	26,1	37,7
	1998	5,6	10,4	22,1	27,0	40,5	25,3	35,1
	2001	5,8	12,0	21,7	25,6	40,7	23,6	27,5
Panamá	2009	5,7	16,5	25,5	28,1	29,9	13,0	14,5
	1991 ^d	11,1	14,1	23,9	29,3	32,7	16,8	20,1
	1999 ^d	12,9	15,6	25,2	27,8	31,4	14,0	15,9
	2002	9,8	12,2	23,6	28,0	36,2	20,1	25,7
	2010	10,2	15,2	26,0	27,0	31,8	14,4	17,6
Paraguay	2011	10,4	14,3	25,8	26,4	33,5	16,3	20,3
	1990 ⁱ	7,7	18,7	25,7	26,8	28,8	10,2	10,6
	1999	6,3	13,2	23,5	27,6	35,7	19,1	23,2
	2001	6,3	13,5	23,6	26,2	36,7	19,5	23,2
	2010	5,8	13,8	24,3	26,2	35,7	17,1	20,0
Perú	2011	6,5	12,5	22,7	26,8	38,0	17,4	21,2
	1997	7,5	13,3	24,7	28,7	33,3	17,9	20,8
	1999	7,5	13,3	23,1	27,1	36,5	19,5	21,7
	2001	6,4	13,4	24,6	28,5	33,5	17,4	19,3
	2010	8,1	16,6	26,5	28,1	28,8	11,4	12,5
República Dominicana	2011	8,7	16,1	27,3	28,3	28,3	11,2	12,8
	2002	6,9	12,7	22,7	26,9	37,7	17,8	20,7
	2010	7,9	11,3	22,1	28,7	37,9	20,1	23,9
	2011	7,8	11,2	21,6	28,4	38,8	23,0	25,7
Uruguay ^d	1990	9,9	18,9	23,3	22,5	35,3	11,0	10,5
	1999	11,9	21,6	25,5	25,8	27,1	8,8	9,5
	2002	9,4	21,7	25,4	25,6	27,3	9,5	10,2
	2010	10,1	22,8	26,3	26,4	24,5	8,2	8,6
	2011	10,4	23,2	27,2	26,3	23,3	7,5	8,0
Venezuela (República Bolivariana de)	1990	8,9	16,7	25,7	28,9	28,7	12,1	13,4
	1999	7,2	14,5	25,0	29,0	31,5	15,0	18,0
	2002	7,1	14,3	25,0	29,5	31,2	14,5	18,1
	2010	7,9	20,3	29,0	28,6	22,1	7,6	9,0
2011	7,7	20,1	28,6	28,3	23,0	7,7	9,1	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Hogares del conjunto del país ordenados según el ingreso per cápita.

^b Ingreso medio mensual de los hogares, en múltiplos de la línea de pobreza per cápita.

^c D(1 a 4) representa el 40% de los hogares de menores ingresos, en tanto que D10 es el 10% de los hogares de más altos ingresos. La misma notación se usa en el caso de los quintiles (Q), que representan grupos del 20% de los hogares.

^d Total urbano.

^e Gran Buenos Aires.

^f Ocho ciudades principales y El Alto.

^g Valores no comparables con los de años anteriores debido al cambio en el criterio de construcción del agregado de ingresos.

^h Valores no comparables con los de años anteriores debido al cambio de encuesta utilizada.

ⁱ Área metropolitana de Asunción.

Cuadro II.A-2
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): INDICADORES DE CONCENTRACIÓN DEL INGRESO, 1990-2010^a

País	Año	Índices de concentración				
		Gini ^b	Theil	Atkinson		
				($\epsilon = 0,5$)	($\epsilon = 1,0$)	($\epsilon = 1,5$)
Argentina ^c	1990 ^d	0,501	0,555	0,216	0,360	0,473
	1999	0,539	0,667	0,250	0,410	0,530
	2002	0,578	0,720	0,276	0,452	0,582
	2010	0,509	0,559	0,220	0,373	0,498
	2011	0,492	0,511	0,204	0,351	0,473
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1989 ^e	0,537	0,573	0,242	0,426	0,587
	1999	0,586	0,657	0,293	0,537	0,736
	2002	0,614	0,775	0,322	0,553	0,732
	2009	0,508	0,511	0,223	0,413	0,594
Brasil	1990	0,627	0,816	0,324	0,528	0,663
	1999	0,640	0,914	0,341	0,537	0,662
	2001	0,639	0,914	0,340	0,536	0,665
	2009	0,576	0,716	0,277	0,455	0,586
	2011	0,559	0,666	0,261	0,435	0,567
Chile	1990	0,554	0,644	0,255	0,422	0,546
	1998	0,560	0,654	0,261	0,430	0,553
	2003	0,552	0,674	0,257	0,418	0,535
	2009	0,524	0,585	0,231	0,384	0,501
	2011	0,516	0,541	0,221	0,371	0,485
Colombia	1994	0,601	0,794	0,308	0,517	0,684
	1999	0,572	0,734	0,275	0,450	0,589
	2002	0,567	0,672	0,268	0,447	0,579
	2010 ^f	0,557	0,627	0,257	0,436	0,571
	2011 ^f	0,545	0,599	0,247	0,419	0,551
Costa Rica	1990	0,438	0,328	0,152	0,286	0,412
	1999	0,473	0,395	0,179	0,328	0,457
	2002	0,488	0,440	0,193	0,349	0,491
	2010 ^g	0,492	0,455	0,198	0,352	0,484
	2011 ^g	0,503	0,481	0,207	0,367	0,501
Ecuador ^c	1990	0,461	0,403	0,173	0,306	0,422
	1999	0,526	0,567	0,228	0,381	0,498
	2002	0,513	0,563	0,222	0,370	0,484
	2010	0,485	0,471	0,195	0,335	0,445
	2011	0,434	0,353	0,154	0,277	0,382
El Salvador	1995	0,507	0,502	0,213	0,376	0,520
	1999	0,518	0,495	0,224	0,414	0,590
	2001	0,525	0,527	0,232	0,423	0,599
	2010	0,454	0,372	0,168	0,304	0,418
Guatemala	1989	0,582	0,735	0,282	0,459	0,587
	1998	0,560	0,760	0,273	0,428	0,534
	2002	0,542	0,583	0,239	0,401	0,515
	2006	0,585	0,773	0,291	0,467	0,590
Honduras	1990	0,615	0,816	0,317	0,515	0,647
	1999	0,564	0,636	0,263	0,451	0,603
	2002	0,588	0,719	0,288	0,476	0,608
	2010	0,567	0,625	0,265	0,458	0,601

Cuadro II.A-2 (conclusión)

País	Año	Índices de concentración				
		Gini ^b	Theil	Atkinson		
				($\epsilon = 0,5$)	($\epsilon = 1,0$)	($\epsilon = 1,5$)
México	1989	0,536	0,680	0,248	0,400	0,509
	1998	0,539	0,634	0,245	0,403	0,515
	2002	0,514	0,521	0,218	0,372	0,485
	2010	0,481	0,458	0,192	0,335	0,448
Nicaragua	1993	0,582	0,670	0,269	0,454	0,600
	1998	0,583	0,730	0,284	0,479	0,644
	2001	0,579	0,782	0,288	0,469	0,615
	2005	0,478	0,437	0,189	0,337	0,462
Panamá	1991 ^c	0,530	0,543	0,228	0,398	0,534
	1999 ^c	0,499	0,459	0,202	0,361	0,490
	2002	0,567	0,616	0,266	0,465	0,616
	2010	0,519	0,529	0,226	0,401	0,543
	2011	0,531	0,561	0,237	0,415	0,559
Paraguay	1990 ^h	0,447	0,365	0,161	0,287	0,386
	1999	0,558	0,659	0,264	0,452	0,601
	2001	0,558	0,673	0,265	0,450	0,606
	2010	0,533	0,666	0,248	0,416	0,557
	2011	0,546	0,630	0,253	0,432	0,583
Perú	1997	0,532	0,567	0,238	0,414	0,553
	1999	0,545	0,599	0,249	0,424	0,560
	2001	0,525	0,556	0,231	0,397	0,526
	2010	0,458	0,399	0,174	0,311	0,424
	2011	0,452	0,382	0,170	0,309	0,429
República Dominicana	2002	0,537	0,569	0,236	0,404	0,536
	2010	0,554	0,603	0,253	0,433	0,572
	2011	0,558	0,632	0,258	0,437	0,575
Uruguay ^c	1990	0,492	0,699	0,227	0,349	0,441
	1999	0,440	0,354	0,158	0,286	0,393
	2002	0,455	0,385	0,169	0,300	0,406
	2010	0,422	0,327	0,145	0,262	0,359
	2011	0,402	0,291	0,132	0,241	0,334
Venezuela (República Bolivariana de)	1990	0,471	0,416	0,183	0,327	0,446
	1999	0,498	0,464	0,202	0,363	0,507
	2002	0,500	0,456	0,201	0,361	0,501
	2010	0,394	0,264	0,123	0,233	0,337
	2011	0,397	0,275	0,127	0,239	0,345

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Calculados a partir de la distribución del ingreso per cápita de las personas de todo el país.

^b Incluye a las personas con ingreso igual a cero.

^c Total urbano.

^d Gran Buenos Aires.

^e Ocho ciudades principales y El Alto.

^f Valores no comparables con los de años anteriores debido al cambio en el criterio de construcción del agregado de ingresos.

^g Valores no comparables con los de años anteriores debido al cambio de encuesta utilizada.

^h Área metropolitana de Asunción.

**Cuadro II.A-3
PERCEPCIÓN DE INJUSTICIA DISTRIBUTIVA E INDICADORES OBJETIVOS**

Modelo 1: Variable dependiente = porcentaje que opina que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta		
Factores	Coefficiente beta ^a	Significación
Coefficiente de Gini	0,423	0,001**
Gasto público como porcentaje del PIB	0,117	0,329
Tasa de variación del PIB	-0,109	0,336
PIB por habitante ^b	0,182	0,156
R cuadrado ajustado = 14% Significación modelo = 0,007** N = 72		
Modelo 2: Variable dependiente = porcentaje que opina que la distribución del ingreso es muy injusta o injusta		
Factores	Coefficiente beta ^a	Significación
Gasto público como porcentaje del PIB	0,175	0,127
Coefficiente de Gini	0,354	0,002**
Tasa de variación del PIB	-0,103	0,366
R cuadrado ajustado = 12,7% Significación modelo = 0,007** N = 72		

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009 y 2010, base de datos CEPALSTAT [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas> y *Anuario Estadístico de América Latina, 2011* [en línea] http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2011/esp/content_es.asp.

^a Valores estandarizados.

^b Dólares a precios constantes de 2005. En logaritmos.

**Cuadro II.A-4
DESCONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES E INDICADORES OBJETIVOS**

Modelo 1: Variable dependiente = porcentaje que desconfía de las instituciones		
Factores	Coefficiente beta ^a	Significación
Coefficiente de Gini	0,208	0,015*
Gasto público como porcentaje del PIB	-0,288	0,001**
Tasa de variación del PIB	-0,083	0,304
PIB por habitante ^b	-0,205	0,024*
R cuadrado ajustado = 20,4% Significación modelo = 0,000*** N = 130		
Modelo 2: Variable dependiente = porcentaje que desconfía de las instituciones		
Factores	Coefficiente beta ^a	Significación
Gasto público como porcentaje del PIB	-0,358	0,000***
Coefficiente de Gini	0,277	0,001**
Tasa de variación del PIB	-0,110	0,178
R cuadrado ajustado = 17,7% Significación modelo = 0,000*** N = 130		

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de la base de datos *Latinobarómetro* 1997, 2002, 2007, 2009 y 2010, base de datos CEPALSTAT [en línea] <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>, y *Anuario Estadístico de América Latina, 2011* [en línea] http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2011/esp/content_es.asp.

^a Valores estandarizados.

^b Dólares a precios constantes de 2005. En logaritmos.

Cuadro II.A-5
AMÉRICA LATINA: RÉGIMENES DE BIENESTAR, SEGÚN DISTINTOS AUTORES

Autores	Mesa-Lago	Figueroa	Figueroa	Figueroa	Barba	Huber y Stephens	Martínez—franconi	Marcel y rivera
Países y periodo	Hasta 1973	Hasta la década de 1970	Reformas de las décadas de 1980 y 1990	Hasta la década de 1970	Huber y Stephens	Mediados de la década de 2000	Mediados de la década de 2000	Mediados de la década de 2000
Chile	Pionero-alto	Universalismo estratificado	Reforma liberal -fuerte	Universalista	Mayor esfuerzo	Estatál-productivista	Potenciales estados de bienestar	Potenciales estados de bienestar
Argentina	Pionero-alto	Universalismo estratificado	Idas y venidas	Universalista	Mayor esfuerzo	Estatál-productivista	Potenciales estados de bienestar	Potenciales estados de bienestar
Uruguay	Pionero-alto	Universalismo estratificado	Corporativismo	Universalista	Mayor esfuerzo	Estatál-proteccionista	Potenciales estados de bienestar	Potenciales estados de bienestar
Costa Rica	Pionero-alto	Universalismo		Universalista	Mayor esfuerzo	Estatál-proteccionista	Potenciales estados de bienestar	Potenciales estados de bienestar
Brasil	Pionero-alto	Dual		Dual	Esfuerzo medio-alto	Estatál-proteccionista	Conservador	Conservador
México	Intermedio	Dual		Dual	Esfuerzo medio-alto	Estatál-proteccionista	Dual	Dual
Panamá	Intermedio			Dual	Esfuerzo medio-bajo	Familiarista	Dual	Dual
Colombia	Intermedio			Dual	Esfuerzo medio-bajo	Familiarista	Conservador	Conservador
Venezuela (República Bolivariana de)	Intermedio			Dual	Esfuerzo medio-bajo	Familiarista	Conservador	Dual
Ecuador	Intermedio	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo medio-bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Intermedio	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo medio-bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
Perú	Intermedio	Dual a excluyente		Excluyente	Esfuerzo medio-bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
Guatemala	Tardío bajo	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
República Dominicana	Tardío bajo	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
El Salvador	Tardío bajo	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
Honduras	Tardío bajo	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
Paraguay	Tardío bajo	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado
Nicaragua	Tardío bajo	Excluyente		Excluyente	Esfuerzo bajo	Familiarista	Informal-desestatizado	Informal-desestatizado

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004; Fernando Figueroa, "Between a rock and a hard place", *Ciudadanía en Tránsito*, Laura Goscia (comp.), Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental - Instituto de Ciencia Política, 2001 y, "Wellfare and democracy in Latin America: the development, crises and aftermath of universal, dual and exclusionary social states", 2005 [en línea] <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpPublications%29/D1F612F7B7D71534C1256FFF05447F7OpenDocument&panel=seriespapers>; Carlos Barba, "Régimen de bienestar y reforma social en México", *serie Políticas sociales*, N° 92 (LC/L.2168-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004; Huber y Stephens, 2005; citados en Alejandro Del Valle, "Regímenes de bienestar: relaciones entre el caso asiático y la realidad latinoamericana", *Normadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, N° 19, 2008 [en línea] <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA080320385A266358>; Juliana Martínez Franconi, *Regímenes de bienestar en América Latina 2007* [en línea] <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT11.pdf> y Mario Marcel y Elizabeth Rivera, "Regímenes de bienestar, políticas sociales y cohesión social en América Latina", 2008 [en línea] http://www.ceplan.org/media/publicaciones/archivos/166/Capitulo_1.pdf.

Parte II

Algunos aspectos del cuidado en América Latina y el Caribe: empleo, gasto de los hogares y personas con discapacidad

Introducción: ¿qué es el cuidado?

Pero la vaguedad de los conceptos y la multiplicidad de los criterios que están implicados son atributos del propio tema, y ellas no derivan de nuestros métodos imperfectos de medición ni de nuestra incapacidad para pensar rigurosamente.

Isaiah Berlin, Dos conceptos de libertad.

A. Contenido, contornos éticos y acciones derivadas de un término polisémico

Etimológicamente, el término cuidado se relaciona con pensar, cuidar y curar. En su acepción antigua, la palabra remite a inquietarse, preocuparse, ocuparse mentalmente de algo, ya que se deriva de *cogitatus*, pensamiento, participio de *cogitare*, y este de *co*, cabalmente, y *agitare*, agitar (Gómez de Silva, 1998 y Robert, 1979, citado en Flores-Castillo, 2012).

En el siglo XX, el concepto fue objeto del análisis filosófico. Foucault destaca que en la antigüedad griega y romana la inquietud del sujeto por sí mismo ya se distinguía del cuidado de sí mismo. Considera la exhortación a cuidarse a sí mismo como un fenómeno cultural peculiar del pensamiento helenista y romano, que configuró un evento tal en la historia de las ideas que juzga decisivo incluso para la constitución moderna de los sujetos. Lo analiza como un componente regulador que se expresa en relaciones de autoconocimiento y de

destreza en torno a la búsqueda de principios de verdad que pueden concernir a ámbitos muy diversos, como la muerte, la enfermedad, el sufrimiento, la vida política y otros y, con ello, al juicio acerca del valor de las acciones que la persona realiza (Foucault, 2005). El cuidado de sí es el conocimiento de sí y el acopio de un cierto número de reglas de conducta o de principios que a la vez son verdades y prescripciones: así se ven ligadas la ética y el juego de la verdad. El sujeto se constituye de una forma activa mediante las prácticas de sí, pero estas prácticas no son inventadas por el individuo, sino que son esquemas que encuentra en su cultura y que le son propuestos, sugeridos, impuestos por esa cultura, su sociedad y su grupo social (Foucault, 1984).

Por su parte, en Heidegger se aborda el cuidado desde una perspectiva existencial, como explicación de la forma en que se constituyen las potencialidades y posibilidades

particulares de desarrollo de los seres, desde su nacimiento hasta su muerte. El cuidado (*Fürsorge*) se revela como el significado y la estructura existencial fundamental, ya que los seres humanos particulares se encuentran en una relación recíproca e inseparable con el mundo que les rodea y pueden solo comprenderse a sí mismos a partir de quienes conforman su realidad inmediata y de su contexto circunstancial. Esta potencialidad-de-ser-asociada con el cuidado acontece dentro de la temporalidad: tiene su base en la anticipación del futuro; su afinamiento se asienta en el ya-haber-estado-presente en el pasado y, en el presente, en la interacción con el mundo inmediato (Rivera, 2012).

A grandes rasgos, la connotación actual del término enfatiza el ocuparse por el bienestar de alguien, lo que comprende atención, solicitud, esmero, protección, precaución, preocupación, recelo e inquietud. Se subraya que esta actitud de desvelo supone una implicación afectiva, que conmueve y moviliza la acción de quien cuida (Malvárez, 2007; Batthyány, 2004). En esos términos, implicaría colocar el bienestar propio y el de otras personas en el centro de la existencia humana (Tronto, 2006). Desde una perspectiva psicológica, se afirma que se cuida para vivir y para que el otro viva, para mantenerse y mantener activo, tener calidad de vida y de muerte, disfrutar y compartir, evitar la soledad ajena y la propia, poner límite al dolor, ser con el otro, tener un lugar y que el otro lo tenga; en suma, para establecer un vínculo social (Flores-Castillo, 2012).

Como aflora en este breve esbozo, el concepto siempre ha estado particularmente delimitado por consideraciones sobre su contenido o a la forma en que debe brindarse. También con ese trasfondo se delinear en la actualidad las acciones mediante las cuales se provee el cuidado, se precisa su carácter, se develan las asimetrías sociales que se tejen en ese terreno y se fundamenta la necesidad de políticas públicas en la materia.

Sea en el marco de la familia o fuera de ella, el cuidado se define y se fundamenta en un determinado tipo de relaciones, y abarca dimensiones éticas de obligación y responsabilidad. En la familia, su carácter (que puede ser obligatorio, sometido a presiones y control, o voluntario y desinteresado) tiene una dimensión moral y emocional: no es estrictamente una obligación jurídica, establecida únicamente por ley o sancionada por las normas relativas a los derechos —por ejemplo, de la infancia—¹, a la obligación de prestar asistencia o ayuda, o una mera obligación económica. Involucra también sentimientos y emociones que se expresan

en el seno familiar, al mismo tiempo que contribuye a construirlos y mantenerlos (Daly y Lewis, 2000)².

Generalmente se refiere a una acción que viene de fuera y que en términos ideales es curativa, paliativa, realizada por alguien en quien se deposita un saber, ya sea en el terreno físico (del cuerpo), psíquico (de los afectos o emociones y de la cognición) o espiritual; esa delegación de saber generalmente va de la mano de relaciones de poder, aspecto que se tematizará más adelante en relación con los derechos de los sujetos de cuidado y de los proveedores de cuidado, que generalmente son mujeres. En términos abstractos, se ha definido como un conjunto de actividades específicas que incluye todo lo que las personas hacen para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible; ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo cual entreteje una compleja red del sostenimiento de la vida (Fisher y Tronto (1990) citado en Tronto, 2006, pág. 5). Estas autoras distinguen cuatro aspectos del cuidado: i) preocuparse o inquietarse (*caring about*), que involucra el reconocimiento de la necesidad de cuidado y se asemeja a la acepción antigua del término; ii) asumir el cuidado (*taking care of*), que significa reconocer que se puede actuar y que se es responsable de enfrentar las necesidades; iii) otorgar cuidados (*care-giving*), que implica ocuparse de resolver las necesidades, y iv) recibir cuidados (*care-receiving*), acción referida a velar por que se atiendan las necesidades reales del receptor de cuidado, que pueden ser manifestadas por este, y no las que el otorgante imagina. Tal definición denota que no se trata de una actividad que acontece estrictamente entre individuos, sino de un proceso cuya función social y política está definida culturalmente (Flores-Castillo, 2012).

El cuidado abarca un rango de actividades, así como de bienes y relaciones, que promueven el bienestar físico y emocional de aquellas personas que se ven imposibilitadas parcial o totalmente de realizarlas por sí mismas y que les permite alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio; por lo tanto, comprende el aspecto material que implica un trabajo y el psicológico, relativo al vínculo afectivo, además de representar un costo económico (Kofman 2012; Batthyány, 2004). Los gradientes de dependencia de quienes son cuidados por otros varían conforme a la edad, su grado de vulnerabilidad y estado de salud. Tomando en consideración aspectos culturales inherentes a las relaciones de género, pueden distinguirse cinco categorías principales en el seno familiar: los niños, los enfermos, los ancianos, los sobreocupados en la producción para el mercado y quienes sustancialmente

¹ Sobre las obligaciones de cuidado estipuladas en razón de la normativa de los derechos humanos de la infancia, véase Pautassi y Rico (2011).

² Las autoras sistematizan en este artículo la evolución del concepto.

se cuidan a sí mismos³ (Durán, 2003 y 2012). Como se observa, esta categorización abarca un aspecto crucial: las asimetrías de género en la distribución del cuidado, en cuyo marco existen personas que no sufren grados de dependencia en términos de su fase de desarrollo o por razones de salud que, sin embargo, no son autovalentes en términos del cuidado y participan de forma marginal en la provisión a los dependientes en el seno familiar. Se trata de un aspecto relevante, ya que efectivamente se dedica mucho tiempo de cuidado a cubrir las necesidades de personas adultas sanas (Folbre, 2011). Dentro de las familias, pueden distinguirse otras categorías específicas, como las personas con discapacidad, a cuya problemática se dedicará un capítulo.

Una disquisición relevante consiste en distinguir entre cuidados directos, que conllevan un proceso de involucramiento personal y emocional, y actividades de cuidado indirectas, que ofrecen apoyo para el cuidado directo, categoría que puede abarcar un remanente amplio y vago de tareas, como las actividades domésticas que son indispensables para tal fin (Folbre, 2011, pág. 284). En este contexto, es oportuno enfatizar que muchas actividades realizadas en el seno de la familia son indivisibles y, además, generan economías de escala, ya que sus integrantes consumen colectivamente esas tareas y los bienes relacionados. Ciertamente, algunas son específicas en razón de las necesidades de sus miembros: alimentar o asear a personas enfermas o discapacitadas, o leer en voz alta a niños pequeños.

El cuidado proporciona tanto subsistencia como bienestar y desarrollo, y abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Comprende la estimulación de los fundamentos cognitivos en la infancia, la búsqueda —en la medida de lo posible— de la conservación de las capacidades y la autodeterminación en el caso de las personas frágiles de edad avanzada y de las personas con discapacidades. La mantención requiere generar y gestionar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, velar por la salud e higiene personal y experimentar procesos de desarrollo y de aprendizaje cognitivos y sociales. En el seno de las familias, estas tareas involucran simultaneidad de papeles y responsabilidades, espacios y ciclos que no son fácilmente traducibles en estimaciones de tiempo, intensidad o esfuerzo (Durán, 2003 y 2012; Sojo, 2011).

Esta tarea pueden realizarla los familiares sin recibir remuneración, puede delegarse de forma remunerada mediante relaciones laborales formales e informales, delegarse gratuitamente en personas ajenas a la familia o

brindarse de manera formal por medio de instituciones. La delegación del cuidado en personas o instituciones, de forma remunerada o gratuita, no implica una simple sustitución o eliminación del trabajo o esfuerzo que antes estaba en juego: para que sea viable, se requiere una serie de tareas de coordinación, organización y otras, que están normalmente a cargo de quien delega. Estas tareas pueden también extenderse por lapsos más prolongados o ser más difíciles de realizar cuanto menor sea la calidad de los servicios y de la infraestructura conexas, por ejemplo, de los medios de transporte, en razón de los mayores desplazamientos que la delegación pueda implicar. La delegación se vincula estrechamente con la conciliación entre el trabajo y la familia, por ejemplo, respecto de las sintonías entre los horarios laborales y los horarios de los centros de cuidado, las continuidades o discontinuidades entre períodos posnatales y el acceso a servicios de cuidado (Saraceno, 2011, sintetizada en Sojo, 2011).

En este contexto, resultan interesantes ciertos aspectos asociados al concepto de cuidado social, que se refiere a las actividades y relaciones que vinculan los requerimientos físicos y emocionales de adultos dependientes y niños con los marcos normativos, sociales y económicos que les son asignados socialmente. El cuidado social está inserto en el lugar; es decir, las relaciones sociales que determinan quién provee el cuidado (en qué forma, calidad y cantidad) se relacionan estrechamente con los escenarios físicos de significado e interacción donde se efectúa su coproducción. Asimismo, el concepto de cuidado social ofrece una mirada fundamental a los binomios producción y consumo, esferas pública y privada, y ámbito formal o informal, que caracterizan a los lugares (Daly y Lewis, 2000; Hanlon y otros, 2007, págs. 467 y 479).

Por lo tanto, es relevante subrayar que la definición de acciones de cuidado designa implícitamente un lugar donde este se presta y, con ello, una distinción de quién se hace cargo, al igual que una temporalidad (extensión del tiempo en que se brinda, plazos, recurrencia, horarios). Estos criterios son útiles, por ejemplo, para deslindar el cuidado de atenciones e intervenciones que se necesitan para prevenir la morbilidad, restaurar la salud o tratar enfermedades crónicas, pero que son un resorte del sector sanitario y de sus prestadores, y que cabe distinguir de actividades relacionadas con la salud que son complementarias y que se brindan dentro del ámbito del cuidado, normalmente en el hogar. Tanto el lugar como la temporalidad son cruciales a la hora de definir políticas públicas en esta materia, como se revelará a lo largo del análisis.

³ En este punto se ha modificado la denominación original de la quinta categoría ("autoconsumidores" de cuidado) que define la autora.

A riesgo de incurrir en caracterizaciones estrechas y excluyentes, no es adecuado plantear una simple y única definición de cuidado, por lo que el debate contemporáneo sigue abierto (Carrasco, Borderías y Torns, 2011, pág. 74). A efectos del análisis ulterior que se presentará en este *Panorama Social de América Latina*, tanto del mercado laboral relativo al cuidado como de los gastos en servicios de cuidado que los hogares realizan, es útil

la formalización del asunto que efectúa Thomas bajo la rúbrica de “concepto unificado de cuidado” (véase el cuadro 1). Con carácter descriptivo y empírico, este concepto se construye a partir de las manifestaciones concretas de lo que suele entenderse como trabajo centrado en las personas, tanto en el ámbito público como en el privado, en torno a siete dimensiones (Thomas, 2011, págs. 156, 157 y siguientes)⁴.

Cuadro 1
DESCOMPOSICIÓN DEL CONCEPTO UNIFICADO DE CUIDADO

Dimensiones	Concepto unificado de cuidado
Identidad social de la persona cuidadora	Definida en términos de género, clase, raza y de diversos roles ocupacionales dentro de los servicios sociales y sanitarios
Identidad social de la persona receptora de los cuidados	Personas dependientes de diferentes edades y adultas sanas
Relación interpersonal entre la persona cuidadora y la receptora de los cuidados	Familiar, de amistad, de vecindad, contingente, legal, profesional
Naturaleza de los cuidados	Actividades de trabajo, estados afectivos
Dominio social	Privado, doméstico o público, formal o informal
Relación económica	No salarial o salarial; remunerada o no remunerada; mercado laboral formal o informal
Contexto institucional	Diversos, por ejemplo: hogar, instituciones residenciales, hospital de crónicos, instituciones de preescolar, otros contextos de servicios sociales, sanitarios y de voluntariado

Fuente: Carol Thomas, “Deconstruyendo los conceptos de cuidado”, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Cristina Borderías, Cristina Carrasco y Teresa Torns (eds.), Madrid, La Catarata, 2011.

B. La urgencia de actuar en el ámbito del cuidado

El cuidado remunerado y no remunerado y la reproducción humana han sido tratados como ajenos al sistema económico. A lo largo del tiempo, las más diversas concepciones económicas han pasado por alto o analizado de manera errónea o parcial la esfera doméstica y sus relaciones con el sistema económico (Carrasco, 2003; Picchio, 1999). A contrapelo, se desarrolló el concepto de economía del cuidado, que alude a un espacio amplio de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores que atañen a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas. Como todo concepto en construcción, sus alcances y límites bien pueden parecer difusos, ya que podría argumentarse que toda actividad humana tiene como objetivo final la propia reproducción, como personas y como sistema social, y quizá ello sea cierto (CEPAL, 2009, pág. 174). El concepto de economía del cuidado pretende referirse a un espacio más acotado: a aquellos elementos que cuidan o “nutren” a las personas, en el sentido de proporcionarles los elementos físicos y simbólicos imprescindibles para sobrevivir en sociedad

y que están asociados con la economía, ya que en aquel espacio generan o contribuyen a crear valor económico (UNIFEM, 2000). Sin embargo, cabe advertir que este concepto también sigue siendo muy amplio, ya que admitiría incluir en gran medida el campo de la educación dentro del cuidado.

Resulta fundamental visibilizar el cuidado en la lógica económica, debido a que es indispensable para la reproducción de la fuerza de trabajo y porque su organización social y distribución apunta hacia cruciales desigualdades de género (Rodríguez, 2012). Por lo tanto, debe incorporarse esta dimensión en el análisis económico (el cuidado como la “sombra del trabajo”), entender su relación con la opresión de género y revalorizarlo como una actividad significativa y como una responsabilidad ciudadana (Williams, 2002, citado en Roberts y Mort, 2009). El cuidado para criar

⁴ Se trata de una formalización realizada en 1993, cuando se publicó originalmente el artículo, y que se ha mantenido en el tiempo.

y educar (*nurture*) y el requerido para la reproducción de la fuerza de trabajo son dimensiones entrelazadas (Flores-Castillo, 2012).

En esos términos, vale la pena recordar las categorías de Durán respecto del trabajo realizado en el seno familiar: los niños, los enfermos, los ancianos, los sobreocupados en la producción para el mercado y quienes sustancialmente se cuidan a sí mismos. Las tres primeras comparten en gran medida el hecho de ser insolventes; es decir, no pueden pagar a precio de mercado el trabajo de asistencia y necesitan de alguien —el Estado, por medio de los servicios públicos; los familiares y amigos; los voluntarios u otro grupo social— que les satisfaga estas necesidades. Por su parte, los sobreocupados venden su tiempo en el mercado y, cuando el precio diferencial de su ingreso es elevado respecto del precio del apoyo de cuidado, pueden optar por su compra. La mayor parte de las personas de rentas medias y bajas, especialmente las mujeres, deben proveerse su propio cuidado y el de su familia, porque su nivel de salarios, la cantidad de trabajo que venden al mercado y otros componentes de tipo cultural no les permite adquirirlo.

Como afirma la misma autora, de ocurrir transformaciones profundas de las identidades de género, solo una categoría demandante de cuidados es susceptible de reducirse: los exentos o liberados de su propio cuidado por las asimetrías de género. A causa de ellas, se producen desajustes de demanda y oferta a escala social y tensiones a nivel personal y familiar, que se traducen en situaciones carenciales o intensifican la carga de trabajo de los colectivos que tienen menor capacidad social y política para lograr una redistribución del esfuerzo colectivo (Durán, 2003 y 2012). En este contexto, cabe destacar que el mercado del cuidado —incluso en la mayoría de los países desarrollados— tiene generalmente un desarrollo muy precario y está muy estratificado, tanto en términos de su potencial cobertura como de la calidad; esto se agudiza en el caso de la atención de personas con muy alto grado de dependencia.

En un mundo globalizado, estos desajustes de oferta y demanda han dado lugar, entre otros fenómenos, al surgimiento de las cadenas mundiales de cuidado: con la creciente migración femenina, se transfiere trabajo de cuidado desde hogares de determinados países hacia hogares de países receptores; así surgen familias transnacionales, en las que la maternidad se ejerce a distancia y se reasignan las tareas de cuidado en las familias de origen⁵. Esto es

de vital importancia en América Latina y el Caribe, dada la fuerte emigración hacia países desarrollados como España (Cerrutti y Maguid, 2010) y entre algunos países de la región (Arriagada y Todaro, 2012). También debe tenerse presente que un vital mecanismo de ajuste entre la demanda y la oferta de cuidado sigue siendo en América Latina el servicio doméstico remunerado, que es realizado casi exclusivamente por mujeres, tiene bajos salarios y en muchos casos carece de protección social, aspecto al que se dedica un apartado de la presente edición del *Panorama Social de América Latina*.

En referencia a los países desarrollados, hace una década, Esping-Andersen remarcaba de manera impresionista la desaparición de la figura del ama de casa (*housewifery*), para mostrar la urgencia de que el cuidado formara parte de las políticas públicas (Esping-Andersen, 2002). Ante la creciente visibilidad social y política que ha ido adquiriendo el cuidado y su desnaturalización como virtud femenina asociada al sacrificio, se debate actualmente en América Latina y el Caribe la transformación del modelo social de distribución de estas responsabilidades, que tradicionalmente han sido asumidas sobre todo por las mujeres en el seno familiar, y que esta transformación de la división sexual del trabajo pase a convertirse en objeto de las políticas públicas (Montaño, 2012).

El acelerado —aunque estratificado— descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida han contribuido en las últimas décadas a configurar un escenario híbrido en América Latina y el Caribe, en el que emergen situaciones diversas respecto de los tipos de hogares existentes y coexisten formas familiares propias de la época preindustrial con nuevos arreglos residenciales (Arriagada, 2007; Sunkel, 2007; Rico y Maldonado, 2011).

A las necesidades de cuidado de los niños —que representan actualmente el 27,7% de la población latinoamericana— se suman crecientemente las de personas mayores frágiles, es decir, con altos grados de dependencia. Si es que puede definirse un corte de edad, a partir de los 80 años, sin duda la incidencia de la fragilidad es alta, la independencia es inestable y hay riesgo de pérdida funcional; estas personas suelen requerir hospitalizaciones, sufren caídas frecuentes, usan medicación y padecen enfermedades crónicas que tienden a la incapacidad (TFW, 2012; García-García y otros, 2011). En la región este segmento representa el 15% del grupo de adultos de 60 años y más, y presenta una tasa de crecimiento cercana al 4% que se duplicará hacia 2070; al final del siglo, el 36,6% de la población adulta mayor tendrá una edad muy avanzada (CEPAL, 2012). Por otra parte, sobre la base de cifras oficiales relativas al período 2001-2010, se estima que las personas con discapacidad (que suman alrededor de 43,5 millones) representan el 8,3 % del total de la población.

⁵ Las tensiones que surgen para poder brindar cuidado en el contexto de la migración, sea cuando la familia nuclear permanece fuera o cuando se disgrega, unidas a otros procesos de adaptación y de discriminación en el país receptor y de faltas de oportunidades para los jóvenes en el país de origen, se han vinculado en países como El Salvador y otros de Centroamérica a la formación de violentas bandas juveniles, como las denominadas maras (Sojo, 2011, pág. 13).

Las tensiones concomitantes a las transformaciones del modelo social de distribución de las responsabilidades de cuidado se han analizado con diversos énfasis. Por ejemplo, la crisis del cuidado plantea un momento histórico en que simultáneamente se reorganiza el trabajo salarial remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral, con asincronías que indican el agotamiento de los esquemas tradicionales en que se sustentaba (Daly y Lewis, 2000⁶; CEPAL, 2009; Rico, 2011)⁷.

Asimismo, se ha expresado la pertinencia de entender el problema en términos de la organización social del cuidado, definida como las interrelaciones entre las políticas económicas y sociales conforme a las cuales se distribuye y gestiona la provisión de los cuidados que sustentan el funcionamiento del sistema económico y social, lo que requiere considerar la demanda de cuidados existente, las personas que proveen los servicios y el régimen de bienestar que se hace cargo de esa demanda; a partir de la terminología clásica de Esping-Andersen sobre regímenes de bienestar en esta materia, se afirma que la organización social del cuidado implica una distribución de la responsabilidad de la provisión de bienestar entre el mercado, las familias, la comunidad y el Estado (Arriagada y Todaro, 2012; Draibe y Riesco, 2006; Esping-Andersen, 2002 y 2009). En esos términos, la división sexual del trabajo, que supone una provisión de servicios gratuita por parte de las mujeres y subyace a la organización social del cuidado, es un modelo de desarrollo excluyente en situaciones de crisis, por lo que se hace necesaria una redistribución del tiempo de cuidado entre hombres y mujeres y entre las instituciones del Estado, el mercado y la familia (Montaño, 2012).

La contribución de la familia para cubrir las necesidades de cuidado ha sido y es posible gracias a la baja tasa de participación laboral de las mujeres, que ha permitido una actuación subsidiaria por parte del sector público en este terreno y, con ello, la prácticamente nula consideración de la necesidad de cuidado como un riesgo en los sistemas de protección social (TFW, 2012). De allí que la temática del cuidado ayuda a entender y enfrentar los obstáculos de las mujeres para participar en condiciones de igualdad en el mercado laboral y en otros ámbitos de la sociedad (Drancourt y Catrice, 2008) y la estratificación y reproducción ampliada de la desigualdad en este ámbito (CEPAL, 2009).

Debido a la progresiva incorporación de las mujeres a la fuerza laboral remunerada, se redujo el tiempo que ellas pueden seguir destinando al cuidado en el seno familiar y se intensificó la manera en que este tiempo se utiliza, lo que incrementa la pobreza de tiempo, que es mayor conforme empeoran las condiciones socioeconómicas. La incorporación de las mujeres al mercado laboral, ligada estrechamente a la lucha por la igualdad de género y el ejercicio de los derechos, se dificulta cuando no existen las provisiones suficientes para suplir la ausencia de las tradicionales cuidadoras o cuando se traduce en una sobrecarga de las funciones asociadas a sus roles en la vida laboral y doméstica.

Confiar en que el mercado puede solucionar las necesidades de cuidado de las familias incrementa la desigualdad, ya que la capacidad económica de cada individuo es la que define las posibilidades de acceso a los servicios. Por su parte, dejar las tareas de cuidado que se asumen públicamente en manos del voluntariado, sin políticas y sin financiamiento que permitan responder a una demanda de cuidado en aumento, es insostenible a mediano y largo plazo. En una estrategia de cuidado orientada por la igualdad, el Estado debe velar por reducir las brechas de acceso, generar las capacidades para que surja una variada oferta de cuidado y atender las necesidades de grandes grupos de población en este ámbito para que no se incremente su vulnerabilidad; también debe considerar que, más allá de la prestación directa de servicios, el buen cuidado requiere de la provisión de infraestructura y equipamiento y de la formación de recursos humanos con diversos grados de especialidad, lo que puede constituir una nueva fuente de empleo⁸.

Las políticas de cuidado implican el establecimiento de un nuevo equilibrio en las interrelaciones entre el Estado, el mercado, la comunidad y las familias, que pueden apuntar a muy diversos objetivos y retroalimentarse positivamente en el transcurso del tiempo (Sojo, 2011, págs. 8 y 9).

Respecto de los cuidadores, los objetivos consistirían en potenciar las opciones vitales de los familiares a cargo del cuidado, estrechar las brechas de oportunidades entre mujeres y hombres en la sociedad, contribuir a ampliar las posibilidades de empleo de las mujeres y, con ello, generar externalidades positivas para la creación de empleo y la capacidad productiva (Sojo, 2011, pág. 8).

⁶ Daly y Lewis (2000) retoman el concepto de crisis de cuidado de Arlie Hochschild, empleado en 1985.

⁷ Sobre la trayectoria de los conceptos de crisis de la reproducción social y crisis de los cuidados, véase Carrasco, Borderías y Torns (2011), págs. 54 a 56.

⁸ Por ejemplo, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la disminución prevista de la disponibilidad de cuidadores familiares, se estima que en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) la demanda de cuidados de largo plazo hará que para 2050 se dupliquen los trabajadores relacionados (long-term care workers) como porcentaje de la población activa (Colombo y otros, 2011).

Desde el punto de vista de la infancia, destacan como virtuales objetivos dar un salto en el desarrollo de las destrezas y capacidades infantiles mediante intervenciones tempranas que son críticas para el desarrollo del conocimiento y que pueden disminuir las desigualdades sociales asociadas con la polarización cognitiva (Sojo, 2011, pág. 8).

En cuanto a las personas adultas mayores vulnerables y dependientes y a las personas con discapacidades, las metas serían velar por su bienestar mediante una gama de intervenciones que provean apoyo y asistencia, promuevan su actividad y autonomía y actúen contra su aislamiento social (Sojo, 2011).

A escala social, ello puede tener efectos en la disminución de la pobreza y de la vulnerabilidad de los hogares a caer en ella, al incrementar la capacidad de las mujeres de menores ingresos para buscar trabajo de mejor calidad; puede además coadyuvar a lograr un rejuvenecimiento de la población que refleje el libre ejercicio del derecho a la maternidad y la

paternidad de las personas, al allanar los obstáculos que impiden conciliar la vida familiar y laboral. Estas constelaciones son favorables para la sociedad, ya que con el rejuvenecimiento de la población se favorece la sustentabilidad del financiamiento de la protección social en el mediano y largo plazo, al modificarse el equilibrio entre la población inserta laboralmente y la dependiente (Sojo, 2011, pág. 9).

Convertir el cuidado en otro pilar de la protección social y de las políticas públicas y considerarlo como fuente de derechos sociales implica numerosos desafíos. Requiere financiar, articular y regular una red de instancias públicas, privadas y mixtas que provean los servicios necesarios. De manera complementaria, es indispensable efectuar cambios en la regulación de la esfera productiva y en la organización laboral a fin de lograr condiciones laborales equitativas para mujeres y hombres que hagan posible compatibilizar las actividades productivas con el derecho y la obligación del cuidado (CEPAL, 2007, págs. 126 y 136).

C. Una aproximación a las asimetrías y las tensiones subyacentes al cuidado desde la perspectiva de derechos

La perspectiva de derechos atraviesa el cuidado en planos muy diversos. Un ámbito sustancial es el de los derechos de las mujeres. Cuando se intentó crear condiciones efectivas de igualdad de oportunidades para las mujeres, la división sexual del trabajo en el hogar inicialmente no recibió el merecido énfasis. El no reconocimiento de la responsabilidad social del cuidado dio lugar a relaciones desiguales de género en torno a la identidad social de las personas cuidadoras, razón por la cual los orígenes del término se remontan a la conceptualización de la condición femenina (Daly y Lewis, 2000).

Para llegar a constituirse como derecho humano fundamental, el cuidado debe poder ejercerse desde dos posiciones: el derecho a cuidar y el derecho a ser cuidado. Por tanto, no se trata únicamente de promover una mayor oferta de cuidado —que de por sí es indispensable— sino de universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los recursos necesarios para ese fin, y de reconocer a las personas como titulares de este derecho que, entre otros recursos, debe satisfacerse con el apoyo de los sistemas

de seguridad social de cada Estado y de una oferta de los empleadores (Pautassi, 2007).

El ejercicio del cuidado como derecho puede relacionarse con el objetivo de viabilizar procesos de individualización en el ámbito del cuidado, en términos de despliegue de opciones y proyectos vitales de los sujetos, a lo largo de preferencias cambiantes y en diversas etapas de la vida. Esa individualización no debe entenderse como una lógica de acción sin cortapisas, que se desenvuelve en un espacio virtualmente vacío, ni tampoco como una mera subjetividad, sino como acción, como capacidad de decisión y elección que tiene lugar dentro de un espacio institucional, en un contexto social e histórico, donde los sujetos despliegan esas capacidades y desarrollan su mundo vital y su biografía (Beck y Beck-Gernsheim, 2003), y cuyos determinantes les imponen sendas restricciones. Entre las instituciones relacionadas están la familia, el sistema educativo, el mercado laboral y sus condiciones. En el terreno que nos ocupa, incide de manera directa la interacción entre las familias, el Estado, el mercado y la

comunidad en el entramado social del cuidado. En ese sentido, existe una gran diferencia entre las posibilidades de individualización cuando hay recursos institucionales como los derechos humanos, la educación y el Estado de bienestar, susceptibles de ser encauzados para hacer frente a los riesgos de las biografías individuales, en contraposición a la “atomización” moderna, cuando estos no existen (Beck y Beck-Gernsheim, 2003). Cabe destacar además que los procesos de individualización en este campo, debido al papel que tradicionalmente han cumplido y cumplen las mujeres como cuidadoras, van a tener de manera implícita o explícita consecuencias de género que deben analizarse (Daly, 2011, pág. 8).

La perspectiva de derechos en esta materia implica una crítica al asistencialismo porque se relaciona con la capacidad de agencia de las mujeres, con la autonomía de las personas que son sujetos del cuidado y la de los cuidadores (Montaño, 2012). Pero además, pone sobre el tapete la necesidad de desafiar la dicotomía entre la actividad del proveedor y la pasividad del destinatario del cuidado (Williams, 2002, en Roberts y Mort, 2009).

Al definir los objetivos y las estrategias de acción del cuidado, resulta pertinente considerar cuatro elementos relativos a los sujetos del cuidado que se encuentran en tensión: la autonomía, la dependencia, la fragilidad y la fragilización.

La autonomía está asociada a la capacidad de desempeñar con la menor ayuda posible las funciones de la vida diaria y puede vincularse con la noción de independencia. Conlleva tanto una dimensión pública —que tiene que ver con la participación activa en la organización de la sociedad— como una personal, expresada en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida y de tomar decisiones conforme a preferencias propias. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por sí mismo están en la base de su ejercicio, aun cuando se necesita de la ayuda y el apoyo de los demás para lograrla.

A los efectos del presente análisis, la dependencia se entiende como la restricción del ejercicio de la autonomía debido a una limitación física o intelectual, que en la práctica reduce las posibilidades de tomar decisiones y de realizar acciones libremente (Etxeberria, 2008). Esta definición coincide con la del Consejo de Europa, que se refiere a “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (CEPAL, 2012). En el caso de los niños, la dependencia no se origina en una pérdida, sino que se debe a su etapa de desarrollo y, por lo tanto, su cuidado requiere una relación respetuosa y afectiva y una intervención en

las cruciales bases del aprendizaje humano que tiene lugar en esas etapas y que conjuntamente potencian el ejercicio futuro de su autonomía.

Sin embargo, cabe aclarar que distinguir gradientes de dependencia de determinados grupos de población cuyo cuidado requiere más tiempo, energía o conocimientos no debe entenderse como una dicotomía entre dependencia e independencia; todas las personas requieren distintos cuidados a lo largo del ciclo vital y, en esos términos, todas son social y humanamente interdependientes, ya que la vulnerabilidad es consustancial a la condición humana (Carrasco, Borderías y Thorns, 2011, págs. 53 y 54; Tronto, 2012).

Por su parte, la fragilidad es un estado precursor de la dependencia, que surge de la acumulación de déficits. Con la edad, por ejemplo, la morbilidad creciente y la interrelación con el entorno confieren vulnerabilidad, debido al riesgo de exposición a eventos adversos de salud a corto y mediano plazo (García-García y otros, 2011). La fragilización es el proceso conducente a un estado de fragilidad que deriva del entorno y de los obstáculos sociales y no del funcionamiento de las personas (Etxeberria, 2008; Huenchuan, 2011), y que acontece porque las sociedades marginan a quienes tienen determinadas limitaciones funcionales y les impiden desarrollar sus capacidades; tal es el carácter de los obstáculos que deben enfrentar las personas con discapacidad.

El enfoque de derechos humanos provee distintos matices para conceptualizar el cuidado. Uno de ellos, en consonancia con el elemento de autonomía mencionado, es considerar la acción del sujeto que recibe cuidado. Así, se afirma que, tanto en su acepción de inquietud —como preocupación o pensamiento que inquieta—, como en la de preocuparse por el bienestar de alguien, el cuidado requiere también una postura activa de quien lo recibe: en la medida en que este sujeto se inquieta por sí mismo, se hace cargo de sí mismo, se preocupa y ocupa de su propio bienestar, también logrará transitar de la dependencia a la autonomía (Soberón y Zarco, 2011, citado en Flores-Castillo, 2012).

Otro aspecto consiste en la mutualidad del cuidado, que se refiere a la trascendencia de esta relación, en términos de superar la creencia de que su destinatario solo muestra necesidad y dependencia. En esos términos, la relación de cuidado forma parte común del desarrollo cívico y personal, constituyéndose en una relación mutua de necesidad y en un proceso dialéctico, dado que se genera interactivamente. Según se explica, los ancianos, incluso aquellos discapacitados y dependientes, están en posición tanto de recibir como de dar cuidado, ya que cuentan con la experiencia de una vida de aprendizaje y conocimiento acumulado que puede utilizarse de manera

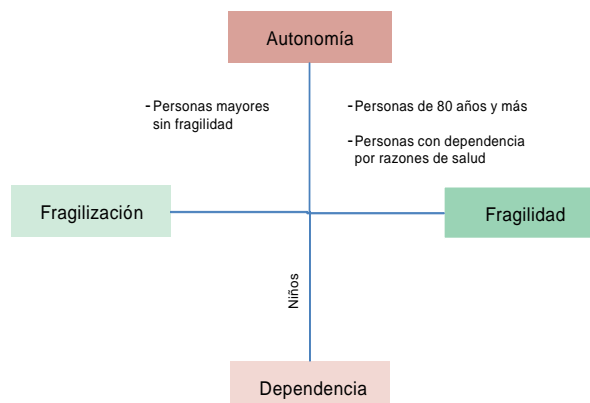
productiva (Dennefer y otros, 2008). Evidentemente, el argumento de la autonomía debe matizarse en relación con los gradientes de dependencia de la temprana infancia.

Parafraseando a Foucault, emergen también preocupaciones consonantes en el análisis del cuidado desde la microfísica del poder⁹, que apuntan a la complejidad de las desigualdades inherentes a estas relaciones humanas y a las asimetrías entre el proveedor del cuidado y el destinatario, que en el extremo incluso pueden llegar a desvirtuarlo, por ejemplo, cuando se ejerce violencia y abuso en el cuidado infantil o de las personas mayores o con discapacidad.

Estas asimetrías constituyen una problemática pertinente en varios ámbitos, pero se han resaltado especialmente en la discusión sobre las personas con discapacidad (Dennefer y otros, 2008; Williams, 2010; Bedford, 2010). En ese sentido, el cuidado se considera opresivo y excluyente cuando los cuidadores someten a personas con discapacidades a posiciones de dependencia no deseada y les impiden ejercer el control de sus vidas, contexto en que se plantea que independencia no significa autosuficiencia, sino tener la capacidad de elegir y decidir sobre la propia vida. Se trata de tener voz y visibilidad en el entorno social y cultural, se demanda una mayor autodeterminación, y utilizar la voz y el control en las relaciones con profesionales (Williams, 2010). Cabe llamar la atención respecto de la instrumentalización, que ocurre cuando, carentes de los apoyos necesarios, las personas se perciben únicamente como deficitarias y usuarias de un modelo rehabilitador que se plantea integrarlas a la sociedad reduciendo lo máximo posible su diversidad funcional (Quinn y Deneger, 2002; Etxeberria, 2008).

La tensión mencionada entre los cuatro elementos es útil también para distinguir el carácter del cuidado que requieren los niños, las personas mayores frágiles, las personas con discapacidades y las personas con dependencia por razones de salud¹⁰. En términos de los binomios presentados, los niños, las personas mayores en sus diferentes franjas etarias, las personas con dependencia por razones de salud y aquellas con discapacidades se sitúan en diferentes cuadrantes (véase el diagrama 1). Obviamente, la realidad excede al esquema conceptual que, sin embargo, es útil para diferenciar los componentes del cuidado de acuerdo con las características del sujeto, y muestra que los objetivos son diferentes en cada caso, al igual que las estrategias por poner en práctica.

Diagrama 1
SUJETOS Y OBJETIVOS DEL CUIDADO: TENSIONES ENTRE SUS ELEMENTOS



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, 2012.

Como se advierte, el cuidado de los niños se ubica en el eje dependencia-autonomía para subrayar su carácter transitorio, determinado por su corta edad. Las personas de muy avanzada edad (80 años y más) y aquellas de cualquier edad con dependencia seria por razones de salud o discapacidad se ubican en el cuadrante fragilidad-autonomía, cuyo cuidado debe concentrarse en brindarles los apoyos específicos y técnicos que permitan gestionar lo mejor posible su dependencia y ofrecer las compensaciones necesarias para suplir las limitaciones que sufren o a las que pueden estar expuestas. Por último, el cuadrante fragilización-autonomía apunta a la calidad del cuidado y al orden de las prevenciones; entre estas últimas destacan modificaciones del entorno físico, del medio social y de la dotación de servicios para una sociedad que envejece y que encara los obstáculos de las personas con discapacidades. La calidad del cuidado y la prevención son fundamentales para acotar el tránsito desde situaciones de fragilización hacia la fragilidad y para que esta no se convierta en antesala de la dependencia. La autonomía debe verse como un objetivo dinámico, cuyo logro debe buscarse y reconstruirse de manera constante, y no debe interpretarse como autosuficiencia, sino ser vista a la luz del respeto en las relaciones de cuidado.

Según las prelações y su virtual incidencia práctica pueden existir tensiones o conflictos entre los potenciales objetivos del cuidado¹¹. Por ejemplo, enfatizar las externalidades futuras de una inversión actual en la niñez mirando a los niños como ciudadanos del mañana podría desvirtuar el enfoque y restar vigor a la importancia de la calidad misma del presente de la infancia, es decir, a la infancia per se, al bienestar de los niños hoy y ahora como

⁹ Para Foucault, el poder siempre está presente en las relaciones humanas, en los niveles más diversos: entre individuos, en el campo político, en la familia, en las relaciones pedagógicas. En ellas, las prácticas y los discursos actúan como formas de sometimiento, dominio y coacción, y son situaciones móviles, que pueden modificarse, ya que entrañan distintas posibilidades de resistencia.

¹⁰ Véase una estimación de la población con dependencia por razones de salud en Huenchuan (2011).

¹¹ Esta síntesis de las tensiones y conflictos entre los potenciales objetivos y sujetos de cuidado se toma literalmente de Sojo (2011).

individuos contemporáneos de los adultos. Análogo sería el caso si de forma unilateral se acentuara la necesidad de elevar la fertilidad, sugiriendo la conveniencia de tener niños debido a que ellos son el futuro de la sociedad, una suerte de bien común. Al hacer de la niñez un ícono respecto de otras funcionalidades, el enfoque adquiere una perspectiva instrumental respecto del mundo adulto y eclipsa parcialmente a la infancia (Leira y Saraceno, 2008, pág. 9 y Lister, 2008 en Sojo, 2011, pág. 9).

Los énfasis y la precedencia de los objetivos dan lugar a distintas constelaciones de políticas de cuidado que evolucionan con el transcurso del tiempo. Como se ha señalado, precisamente velar por la calidad y la pertinencia de las prestaciones permite conservar los respectivos énfasis en función de los sujetos y encarar eventuales instrumentalizaciones (Plantenga y otros, 2008, pág. 42 en Sojo, 2011).

Por otra parte, enfatizar solo la lógica de los sujetos de cuidado puede ocultar la perspectiva de las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres, y su problemática, que entre otros aspectos abarca el peso de las tareas de cuidado que sobre ellas recaen, las tensiones concomitantes y los menores recursos con que cuentan a lo largo del

ciclo vital debido a las grandes asimetrías de género; un ejemplo de ello son los sistemas de pensiones, que no reconocen el tiempo que las mujeres han dedicado a las actividades de cuidado. En términos de los sujetos que brindan cuidados, cabe reflexionar sobre las circunstancias y condiciones bajo las cuales la prestación social de cuidados puede efectivamente contribuir a que se amplíen sus opciones vitales y su bienestar, lo cual remite a muchos aspectos conexos, como la necesidad y la capacidad de generar empleo decente y de buena calidad (Sojo, 2011).

En conclusión, el cuidado como marco de las políticas, sus objetivos y énfasis permite potenciar y articular desde otra óptica la agenda de los derechos sociales; esto se observa especialmente en lo relativo al acceso universal a determinados servicios con ciertos estándares de calidad, al resaltar el significado de esa calidad y su regulación y reglamentación. En ese sentido, el avance de los derechos de la mujer, de la niñez, de las personas con discapacidades y de la persona mayor se ven bajo la especificación de la pertinencia de los contenidos del cuidado y de la calidad de los servicios (Sojo, 2011, pág. 59).

Bibliografía

- Arriagada, Irma y Rosalba Todaro (2012), *Cadenas globales de cuidados. El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*, Santiago de Chile, ONU-Mujeres/LOM Editores.
- Batthyány, Karina (2004), *Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino?*, Montevideo, Centro Interamericano para el desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR)/Oficina Internacional del Trabajo.
- Beck, Ulrich y Elisabeth Beck-Gernsheim (2003), *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias políticas y sociales*, Barcelona, Paidós Estado y Sociedad.
- Bedford, Kate (2010), *Harmonizing Global Care Policy? Care and the Commission on the Status of Women*, Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- Carrasco, Cristina (2003) “La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres?”, *Mujeres y trabajo: cambios impostergables*, Magdalena T. León (comp.), Porto Alegre, Red Latinoamericana Mujeres Transformando la Economía (REMTE)/Marcha Mundial de las Mujeres/Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)/Agencia Latinoamericana de Información (ALAI).
- Carrasco, Cristina, Cristina Borderías y Teresa Torns (eds.) (2011), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, La Catarata.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad* (LC/L.3451(CRE.3/3)), Santiago de Chile.
- (2009), *Panorama Social de América Latina* (LC/G.2423-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- (2007), *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (LC/G.2335), Santiago de Chile, mayo.
- Cerrutti, Marcela y Alicia Maguid (2010), “Familias divididas y cadenas globales de cuidado: la migración sudamericana a España”, *serie Políticas Sociales*, N° 163 (LC/L.3239-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Colombo, F. y otros (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing.
- Daly, Mary (2011), “What adult worker model? A critical look at recent social policy reform in Europe from a gender and family perspective”, *Social Politics*, vol. 18, N° 1.
- Daly, Mary y Jane Lewis (2000), “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare States”, *British Journal of Sociology*, vol. 51, N° 2, junio, London School of Economics and Political Science.
- Dennefer, Dale y otros (2008), “Is that all there is? The concept of care and the dialectic of critique”, *Journal of Aging Studies*, vol. 22.
- Drancourt, Chantal y Florence Catrice (2008), “Le care: entre transactions familiares et économie des services”, *Revue française de socio-économie*, N° 2.
- Draibe, Sonia y Manuel Riesco (2006), “Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea”, *serie Estudios y Perspectivas*, N° 55 (LC/MEX/L.742), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México.
- Durán, María-Ángeles (ed.) (2012), *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid, Fundación BBVA.
- (2003), “El trabajo no remunerado y las familias”, Unidad de género y salud y Unidad de políticas y sistemas de la Organización Panamericana de la Salud, Consulta técnica sobre contabilización de la producción no remunerada de servicios de salud en el hogar, Washington D.C., diciembre.
- Esping-Andersen, Gøsta (2009), *The Incomplete Revolution. Adapting to Women's New Roles*, Polity Press, Cambridge.
- (2002), “A new gender contract”, *Why We Need a New Welfare State?*, Gøsta Esping-Andersen y otros, Oxford, Oxford University Press.
- Etzeberria Xabier (2008), *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*, Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto, España.
- Fischer, Berenice y Joan Tronto (1990), “Towards a feminist theory of caring”, *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, Albany, University of New York Press.
- Flores-Castillo, Atenea (2012), “Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención domiciliaria”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 112 (LC/L.3417), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Foucault, Michel (2005), *The Hermeneutics of the Subject. Lectures at the Collège de France 1981-1982*, Nueva York, PICADOR.

- (1984), “La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad”, *Revista Concordia*, N° 6, entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Fomet-Betancourt, Helmut Becker y Alfredo Gómez-Muller, 20 de enero.
- Folbre, Nancy (2011), “Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados”, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (eds.), Madrid, La Catarata.
- García-García, Francisco y otros (2011), *Fragilidad: un fenotipo en revisión*, Elsevier, España.
- Gómez de Silva, Guido (1998), *Breve diccionario etimológico de la lengua española*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Hanlon, Neil y otros (2007), “The place embeddedness of social care: Restructuring work and welfare”, *Health & Place*, vol. 13, Mackenzie, BC.
- Huenchuan, Sandra (2011), “La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos”, *serie Población y Desarrollo*, N° 100 (LC/L.3308-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo.
- Kofman, Eleonore (2012), “Rethinking care through social reproduction: articulating circuits of migration”, *Social Politics*, vol. 19, N° 1.
- Leira, Arnlaug y Chiara Saraceno (eds.) (2008), “Childhood: changing contexts”, *Comparative Social Research*, vol. 25, Londres, Emerald Group Publishing Limited.
- Lister, Ruth (2008), “Investing in children and childhood: a new welfare policy paradigm and its implications”, “Childhood: changing contexts”, Arnlaug Leira y Chiara Saraceno (eds.), *Comparative Social Research*, vol. 25, Londres, Emerald Group Publishing Limited.
- Malvárez, Silvina (2007), “Reto de cuidar en un mundo globalizado”, *Texto & Contexto - Enfermagem*, vol. 16, N° 3.
- Montaño Virreira, Sonia (2012), “Notas sobre el concepto de cuidado”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Pautassi, Laura y María Nieves Rico (2011), “Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres”, *Boletín Desafíos*, N° 12, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), julio.
- Pautassi, Laura (2007), “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 87 (LC/L.2800-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Picchio, A. (1999), “Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social”, *Mujeres y Economía*, C. Carrasco (ed.), Barcelona, Icaria-Antrazyt.
- Plantenga, Janneke y otros (2008), “Childcare services in 25 European Union Member States: The Barcelona Targets Revisited”, “Childhood: changing contexts”, Arnlaug Leira y Chiara Saraceno (eds.), *Comparative Social Research*, vol. 25, Londres, Emerald Group Publishing Limited.
- Quinn, G. M. y T. Deneger (2002), “Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad”, Nueva York, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).
- Razavi, Shara y Silke Staab (eds.) (2012), *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Nueva York, Routledge.
- Rico, María Nieves (2011), “Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora”, *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, serie Seminarios y Conferencias, N° 61 (LC/L.3296-P), N. Rico y C. Maldonado, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rico, María Nieves y Carlos Maldonado (2011), “¿Qué muestra la evolución de los hogares sobre la evolución de las familias en América Latina?”, *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, serie Seminarios y Conferencias, N° 61 (LC/L.3296-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rivera, Julián (2012), “El concepto de cuidado en El ser y el tiempo”, inédito.
- Robert, Paul (1979), *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, París, Sociéte du Nouveau Littre.
- Roberts, Celia y Maggie Mort (2009), “Reshaping what counts as care: Older people, work and new technologies”, *European Journal of Disability Research*, vol. 3.
- Rodríguez, Corina (2012) “La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?”, *Revista CEPAL*, N° 106 (LC/G.2518-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Saraceno, Chiara (2011), “Work-family balance across Europe: a too narrow focus in policy practices and discourses”, *Challenge Europe. Issue 21, Growth, well-being and social policy in Europe: trade-off or synergy?*, European Policy Center, mayo.
- Smith J., Susan (2005), “States, markets and an ethic of care”, *Political Geography*, vol. 24.
- Soberón Moreno, María Guadalupe y Miguel Ángel Zarco Neri (2011), “La cura y el arte”, *Mundo, Pique, Psicología y Cultura*, vol. 4, N° 15, junio.

- Sojo, Ana (2011), “De la evanescencia a la mira. El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 67 (LC/L.3393), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sunkel, Guillermo (2007), “El papel de la familia en la protección social en América Latina”, *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Irma Arriagada (comp.), Libros de la CEPAL, N° 96 (LC/G.2345-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.97.
- TFW (The Family Watch) (2012), *La familia como agente de salud*, Madrid, Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
- Thomas, Carol (2011), “Deconstruyendo los conceptos de cuidado”, *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (eds.), Madrid, La Catarata.
- Tronto, Joan (2012), “Democratic care politics in an age of limits”, *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Razavi Shara y Silke Staab (eds.), Nueva York, Routledge.
- (2009), “The political and social economy of care,” documento presentado en la conferencia “Political and Social Economy of Care”, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), marzo.
- (2006), “Vicious circles of privatized caring”, *Socializing Care: Feminist Ethics and Public Issues*, Maurice Hamington y Dorothy Miller (eds.), Lanham, Rowman and Littlefield Publishers.
- UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2000), *El progreso de las mujeres en el mundo, 2000*, Nueva York.
- Williams, Fiona (2012), “Claiming and framing in the making of care policies”, *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Razavi Shara y Silke Staab (eds.), Nueva York, Routledge.
- (2002), “The presence of feminism in the future of welfare”, *Economy and Society*, N° 31.

Capítulo III

El empleo en el sector del cuidado en América Latina

A. Introducción

En una región muy desigual en varias dimensiones, es fundamental que los sistemas de protección social se amplíen y rediseñen para dar respuesta a la nueva demanda de cuidados, eje que deberá ser prioritario en las políticas, ya que se vincula con distintas aristas de la desigualdad. La consideración del trabajo remunerado en el sector del cuidado tiene diversas implicancias políticas, ya que su extensión y las condiciones bajo en que se desarrolla reflejan cómo resuelve cada país las necesidades crecientes de cuidado de dependientes, y pone de relieve la fortaleza o debilidad del cuidado en la política pública.

Para avanzar en el entendimiento de cómo el cuidado se construye y valora en las sociedades modernas y comprender cabalmente lo que ha dado en llamarse “la economía del cuidado” es necesario incorporar tanto el cuidado remunerado como el no remunerado. En la región se ha avanzado sustantivamente en el conocimiento del cuidado no remunerado, que ha salido de la zona de invisibilidad en la que se encontraba años atrás para incorporarse en la discusión sobre las agendas de

políticas de los países (véase el recuadro III.1)¹. Los esfuerzos de la región por generar información adecuada para analizar el cuidado no remunerado han rendido frutos, lo que resulta relevante desde una perspectiva de igualdad de género (Araya, 2003; Milosavljevic y Tacla,

¹ Este esfuerzo también se ha plasmado en los Consensos de Quito (2007) y Brasilia (2010), aprobados la X y XI Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, respectivamente.

2007; Milosavljevic, 2007; CEPAL, 2007, 2010a y b; Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe, 2010; Espejo, Filgueira y Rico, 2010). Sin embargo, las investigaciones en la región no se han centrado en el trabajo de cuidado remunerado y, en términos generales, este no se ha diferenciado en los mercados laborales, a pesar de que —más allá de las dificultades metodológicas— se cuenta con información estadística para su estudio.

A nivel internacional se ha avanzado considerablemente en las investigaciones sobre el empleo en el sector del cuidado. Los estudios realizados en países desarrollados muestran que suele tener características específicas que lo diferencian de otros sectores: está muy feminizado, tiene escaso acceso a la protección social, gran presencia de migrantes, alta rotación y bajos ingresos. La combinación de estas variables alerta sobre un espacio donde se conjugan y potencian precariedad, discriminación y desigualdades.

Por su parte, América Latina tiene todavía una gran deuda en relación con la investigación de este tema. Se cuenta con importantes antecedentes en el estudio comparado del empleo doméstico (CEPAL, 2007; Valenzuela y Moras, 2009; Blofield, 2012) y también en relación con el empleo y las remuneraciones en el sector de la educación (Navarro, 2002; Liang, 2003; Vaillant y Rossel, 2006; Cerrutti, 2008; Mizala y Ñopo, 2011) y de la salud (Malvárez y Castrillón, 2005; Rico y Marco, 2006; Pautassi, 2006). Sin embargo, existen muy pocos estudios que aborden en conjunto y en forma comparada el empleo en el sector del cuidado.

El análisis del trabajo remunerado del cuidado y las condiciones en que tiene lugar no solo es importante porque la ocupación en ese sector probablemente aumente como consecuencia de varias consideraciones tratadas en el capítulo previo, sino también por sus vínculos con distintas aristas de la desigualdad y sus implicancias políticas. En el presente estudio se observa la existencia de diversos nexos en las distintas sociedades entre el cuidado y los roles de género que se atribuyen a características innatas o naturales de las mujeres y, en última instancia, se refleja la manera en que cada país resuelve las necesidades crecientes de cuidado de dependientes (European Foundation, 2006; Recio, 2010) y se pone de relieve la fortaleza o

debilidad del posicionamiento del cuidado en el ámbito de la política pública.

Para avanzar en la definición de una agenda pública en este ámbito se deben contemplar las particularidades en cada país del empleo en este sector, lo cual hace imprescindible generar información y análisis sobre la temática. En este capítulo se trata de saldar esas deudas de la investigación regional y de alertar sobre la situación de un sector clave del mercado laboral, cuyas condiciones, vistas a la luz de las condiciones más globales del empleo, hablan respecto del lugar que ocupa el cuidado en las políticas públicas, lo que incide sensiblemente en la calidad de los servicios. Se parte de la base que el Estado debe jugar un rol clave en la regulación del mercado laboral y en la estructuración de las condiciones en que se desarrollan los empleos en el sector del cuidado (Razavi y Staab, 2010).

El capítulo se organiza en seis secciones, además de la presente introducción. En la sección B se delimita conceptual y empíricamente este segmento del mercado laboral a partir de la literatura internacional, la reflexión regional y los datos de las encuestas de hogares. En la sección C se analiza la importancia del empleo en el sector del cuidado en América Latina, así como su evolución en la última década. Aunque este análisis parte de la utilidad de construir un conglomerado único que englobe al conjunto de los ocupados del cuidado, se revela la existencia de dos mundos bien distintos dentro de esta categoría: el servicio doméstico —o quienes prestan servicios directos a los hogares— y el resto de los cuidadores —que trabajan básicamente en servicios de salud y educación—. Por esta razón, a lo largo del capítulo se hace especial hincapié en las diferencias entre ambos, aunque también se incorpora el análisis del sector en su totalidad. Siguiendo esta lógica, en las secciones D y E se detallan las características de los trabajadores del cuidado así como sus condiciones laborales, y se destaca no solo las fuertes disparidades que existen entre ellos sino también las distancias que los separan del resto de los ocupados. En la sección F se profundiza en el empleo doméstico por su peso específico en el sector del cuidado, y se abordan aspectos como la regulación laboral y el vínculo con la migración. En la última sección se presentan las reflexiones finales a modo de síntesis.

Recuadro III.1
EL TRABAJO NO REMUNERADO EN AMÉRICA LATINA

La incorporación del estudio del trabajo no remunerado a las agendas de investigación y a la discusión para la formulación de las políticas es relativamente reciente en América Latina. La temática ya se había introducido en la literatura sociológica sobre la división del trabajo, pero en otras disciplinas —especialmente en la economía— su consideración fue posterior. Con el desarrollo de la economía feminista, que ha insistido en la relevancia del cuidado para comprender tanto el funcionamiento de la economía como el bienestar de los individuos, se logra romper al menos en parte el sesgo androcéntrico de la disciplina (Ferber y Nelson, 1993). Con este nuevo impulso, la temática del trabajo no remunerado se incluyó en los sistemas estadísticos nacionales mediante la realización de encuestas de uso del tiempo. La División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha impulsado la sistematización y difusión de estadísticas de género comparables entre los países, como las derivadas de encuestas de uso del tiempo. Sin desconocer los importantes desafíos y problemas metodológicos que aún subsisten (Araya, 2003; Budlender, 2008;

Milosavljevic y Tacla, 2007; Milosavljevic, 2007, entre otros), esas encuestas han hecho visible la importancia de estas actividades y sus principales características.

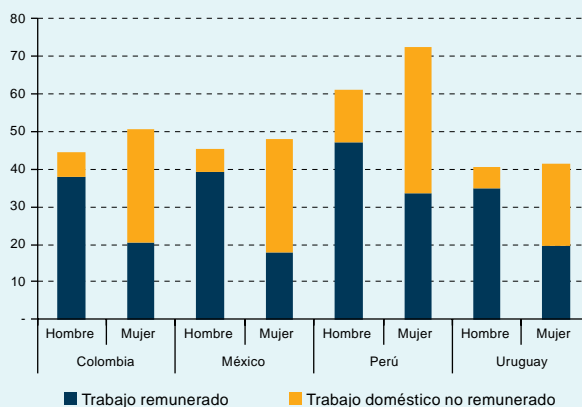
Gracias a los nuevos enfoques teóricos aplicados a las nuevas fuentes de información se ha logrado avanzar en la materia. En los estudios realizados surgen claramente algunos patrones comunes. Por un lado, se observa una altísima desigualdad en la distribución del trabajo no remunerado en los hogares (Esquivel, 2010; CEPAL, 2010; Espejo, Filgueira y Rico, 2010), ya que la cantidad de horas que las mujeres dedican a este tipo de actividades hace que su carga total de trabajo sea superior a la de los hombres. Se detectan además importantes desigualdades por niveles de ingreso: la proporción del tiempo dedicado a trabajo no remunerado disminuye a medida que aumenta el nivel de ingresos en el caso de las mujeres, mientras que es relativamente estable en el de los hombres, quienes dedican muy poco tiempo a las labores de cuidado independientemente de sus ingresos (CEPAL, 2010a).

También se ha señalado que dentro del trabajo no remunerado existe una

marcada división sexual y segregación de género (Villamizar, 2011). Los hombres suelen tener menor carga de trabajo asociado directamente al cuidado y la socialización de los niños que las mujeres, y las brechas de género suelen ser aun mayores cuando se considera el cuidado de enfermos o ancianos (Rodríguez, 2007). Por lo general, las mujeres tienden a ocuparse más que los hombres de la organización y distribución de tareas, lavado, planchado, limpieza y cocina, mientras que los hombres suelen asumir las tareas de reparaciones en el hogar, compras y gestiones fuera del hogar (Aguirre y Batthyány, 2005).

Para la elaboración de este recuadro se analizó la información proveniente de las últimas rondas de encuestas de uso del tiempo de Colombia, México y el Perú (2010) y el Uruguay (2007). Un primer análisis descriptivo confirma los patrones antes señalados: las mujeres dedican más tiempo al trabajo no remunerado que los hombres y, como consecuencia, tienen una mayor carga total de trabajo aún cuando en términos de trabajo remunerado la carga horaria femenina es menor.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA (4 PAÍSES): TRABAJO REMUNERADO Y NO REMUNERADO, POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS, POR SEXO, 2007 Y 2010^a
(En número de horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de uso del tiempo de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 2007 en el caso del Uruguay y a 2010 en el resto de los países.

El tiempo dedicado por las mujeres al trabajo remunerado oscila —dependiendo del país— entre el 46% y el 71% del dedicado por los hombres. Sin embargo, las mujeres invierten entre casi 3 y 5 veces más de tiempo que los hombres en el trabajo doméstico no remunerado. Las diferencias son muy grandes en términos de cuidado de niños y adultos, y aún

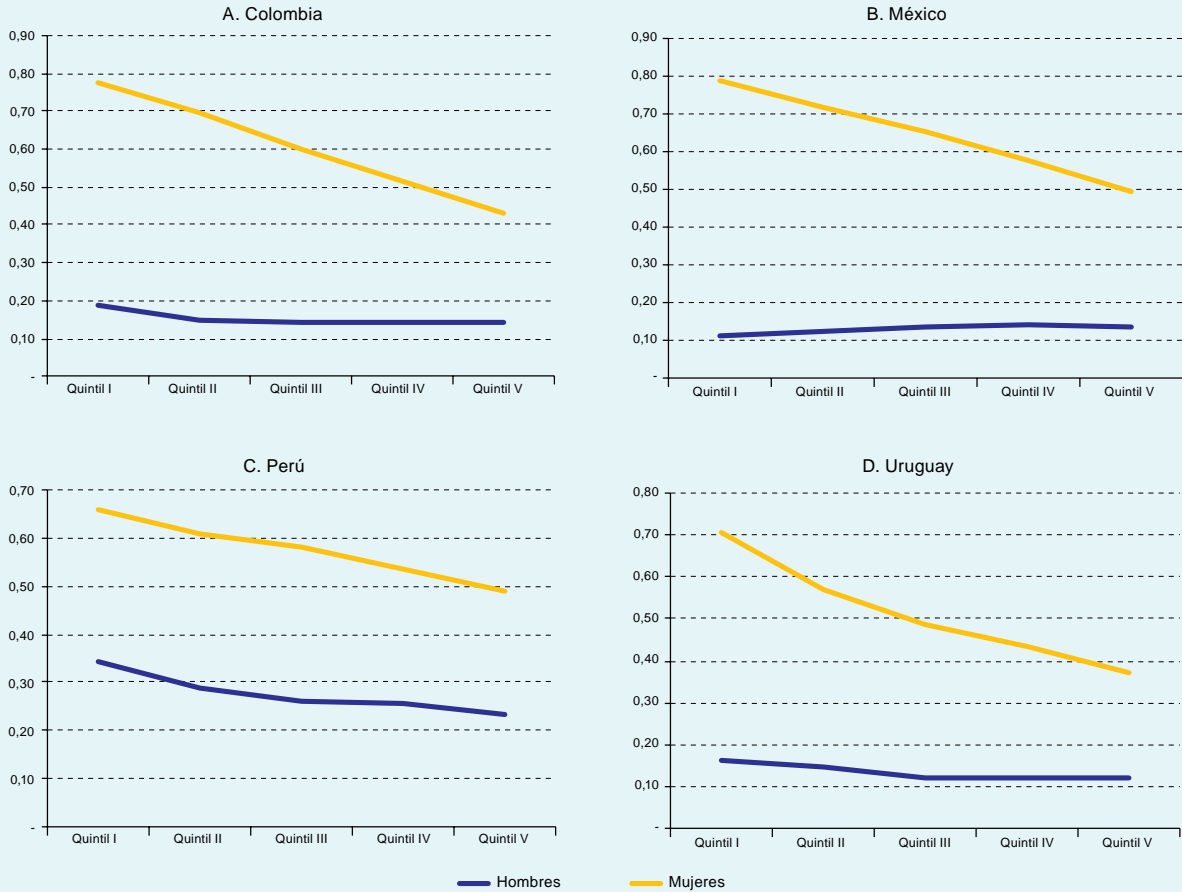
mayores cuando se consideran las otras tareas domésticas no remuneradas. Como consecuencia, la carga horaria total de las mujeres en el Perú es un 19% superior a la de los hombres, mientras que en Colombia, México y el Uruguay ese porcentaje se sitúa en el 14%, el 6% y el 3%, respectivamente.

En tres de los cuatro países, se confirma la asociación negativa entre horas

dedicadas al trabajo no remunerado y nivel de ingresos en el caso de las mujeres, mientras que en el de los hombres la carga de trabajo no remunerado es independiente del nivel de ingresos. La excepción la constituye el Perú, donde la relación negativa se detecta tanto para hombres como para mujeres.

Recuadro III.1 (continuación)

Gráfico 2
**AMÉRICA LATINA (4 PAÍSES): TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO NO REMUNERADO, POR SEXO
 Y NIVEL DE INGRESOS, 2007 Y 2010^a**
 (En porcentajes del tiempo total de trabajo)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.
^a Los datos corresponden a 2007 en el caso del Uruguay y a 2010 en el resto de los países.

Más allá de las correlaciones que se evidencian, resulta de interés identificar el efecto de cada uno de los posibles factores relacionados con el tiempo destinado al trabajo no remunerado. Dado que la variable a explicar —horas de trabajo no remunerado— constituye una variable censurada en su valor mínimo, se estiman modelos Tobit. Un ejercicio similar puede encontrarse en Budlender (2009). En el cuadro 1 se resume el signo de las asociaciones encontradas y se marcan en gris los casos en que los coeficientes no resultaron estadísticamente significativos. Para cada país se estimaron dos modelos, uno en el cual la variable dependiente es la cantidad de minutos dedicados a las

tareas domésticas (cocinar, planchar y lavar, entre otras) y otro donde corresponde a la cantidad de minutos dedicados al cuidado de terceros.

Para los dos modelos y en los cuatro países, ser hombre implica dedicar menos tiempo a ambas tareas. El coeficiente de esta variable es uno de los más elevados y, a su vez, es mayor dentro de cada país para los modelos que explican el tiempo del trabajo doméstico. Esto confirma que, aún controlando por otros factores, las diferencias entre hombres y mujeres son más acusadas en esta dimensión que en el cuidado de terceros. El estar ocupado disminuye el tiempo dedicado a ambas tareas y es siempre significativo.

Se incluyeron tres variables binarias para distinguir a los mayores de 25 años, el grupo de 25 a 45 años y el de 46 a 64 años. Los signos que se reportan corresponden a los coeficientes en relación con el grupo más joven (excluido en la regresión). En todos los países, al aumentar la edad aumenta el tiempo dedicado a las tareas domésticas. Con relación al cuidado, se detecta un patrón diferente, ya que como era de esperar el tiempo dedicado a estas tareas se incrementa al comparar el grupo de mediana edad con los más jóvenes, pero disminuye al comparar el grupo de 46 a 64 años con los más jóvenes, lo que refleja la asociación entre el ciclo de vida y el tiempo dedicado al cuidado de niños.

Recuadro III.1 (conclusión)

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA (4 PAÍSES): RESUMEN DE RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES TOBIT PARA TRABAJO DOMÉSTICO Y TRABAJO DEL CUIDADO^a

	Uruguay		México		Colombia		Perú	
	Trabajo doméstico	Trabajo del cuidado	Trabajo doméstico	Trabajo del cuidado	Trabajo doméstico	Trabajo del cuidado	Trabajo doméstico	Trabajo del cuidado
Hombre	-	-	-	-	-	-	-	-
Ocupado	-	-	-	-	-	-	-	-
25 a 45 años	+	+	+	+	+	+	+	+
46 a 64 años	+	-	+	-	+	-	+	-
Nivel medio de educación	-	-	+	+	+	+	-	-
Nivel alto de educación	-	+	-	+	-	+	-	+
Ingreso del hogar	+	+	+	+	+	+	+	+
Ingreso del hogar (cuadrático)	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingreso personal	-	-	-	-	+	-	-	-
Ingreso personal (cuadrático)	+	+	+	+	-	+	+	+
Jefe	+	+	-	+	-	+	+	+
Adulto adicional	-	+	-	+	-	-	-	-
Más de un adulto adicional	-	+	-	-	+	+	-	-
Presencia de niños	+	+	+	+	+	+	+	+

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.

^a Las encuestas de uso del tiempo analizadas no utilizan el mismo criterio para diferenciar el tiempo dedicado al cuidado de niños del de otros grupos dependientes, como los adultos mayores. La encuesta de Colombia pregunta por el tiempo dedicado al cuidado de niños y el destinado al cuidado de personas enfermas, ancianas y/o discapacitadas. Un criterio muy similar utiliza la del Uruguay. En México no se distingue el tiempo dedicado al cuidado de cada colectivo, mientras que en el Perú se hace una diferencia entre el cuidado de niños, enfermos y discapacitados, pero no se releva el tiempo dedicado específicamente al cuidado de adultos mayores. En este análisis se optó por tomar el tiempo total destinado al cuidado de terceros.

También se incluyó el nivel educativo mediante tres variables binarias que distinguen al grupo de educación baja, media y alta. El primero es el excluido en estas regresiones y, por lo tanto, el signo de los coeficientes debe leerse en relación con este grupo. Los patrones que se detectan son distintos entre países y también entre las tareas domésticas y el cuidado de terceros. Los mayores niveles educativos implican menor cantidad de tiempo destinado a las tareas domésticas en el Uruguay y el Perú, aunque en México y Colombia el nivel medio de educación implica un aumento en relación con el nivel bajo, mientras que el nivel alto implica un descenso. El tiempo dedicado al cuidado de terceros es creciente con el nivel educativo en México y Colombia, mientras que en el Uruguay se detecta un

signo negativo al comparar el grupo de nivel medio con el bajo, y positivo al comparar el nivel alto con el bajo.

El tiempo dedicado a ambos tipos de trabajo no remunerado es creciente con el nivel de ingresos del hogar, pero con un patrón de U invertida, como refleja el coeficiente cuadrático (que solamente resulta no significativo en el Perú). En relación con los ingresos personales, se asocian positivamente con el tiempo dedicado a ambas actividades, aunque también el término cuadrático resulta positivo, e indica un descenso primero y un aumento a partir de cierto nivel. La jefatura de hogar no presenta un patrón claro y en muchos casos no resulta significativa. Si se comparan los hogares donde hay un solo adulto (variable omitida) con aquellos donde hay dos adultos o más, surgen diferencias

según el tipo de trabajo no remunerado que se considere. La presencia de otros adultos en el hogar (uno o más) disminuye, en todos los países, el tiempo dedicado a tareas domésticas en relación con los hogares donde solamente hay un adulto. Con respecto al cuidado, la presencia de un solo adulto adicional tiende a implicar mayor tiempo destinado al cuidado (y no resulta significativa en el caso del Perú). La presencia de más de un adulto adicional en el hogar (además del entrevistado) no se diferencia significativamente del caso de un solo adulto en relación con el cuidado de terceros. Finalmente, la presencia de niños (menores de 12 años) tiende a aumentar de manera significativa el tiempo dedicado tanto a las tareas domésticas como a las de cuidado directo de terceros.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de uso del tiempo de los respectivos países.

B. Debate conceptual y metodológico

A partir de la conceptualización del cuidado adoptada, se identifica como trabajadores remunerados del cuidado a aquellos que prestan servicios a otras personas dependientes para su supervivencia o desarrollo personal, cuando este implica una relación directa entre el cuidador y el cuidado. Se delimitan las siguientes ocupaciones dentro de las ramas de la salud, educación y servicios personales y a los hogares: maestros y asistentes de educación preescolar y, en especial, niñeras, enfermeros y auxiliares de enfermería, otros trabajadores del cuidado y la atención de personas, acompañantes y trabajadores del servicio doméstico.

A nivel internacional, existe un conjunto amplio de investigaciones que analizan el trabajo remunerado en el sector del cuidado. Esta acumulación ha ido acompañando los avances en la reflexión sobre el reconocimiento del trabajo no remunerado en la economía y la conciliación entre el trabajo productivo y reproductivo. Sin embargo, aunque dialoga con estos avances, constituye una línea analítica en sí misma, con un reflejo notorio en las políticas públicas.

Un desafío fundamental que estos estudios han enfrentado es definir los criterios para identificar a los trabajadores remunerados en el sector del cuidado. Al revisar la literatura se observa la ausencia de una única definición y la existencia de criterios muy variados para establecer qué empleos deben incluirse en ese sector.

Se pueden distinguir tres enfoques en la identificación del empleo en el sector del cuidado, que se han ido desarrollando en el tiempo. El primero, más general, considera todas las ocupaciones vinculadas al cuidado físico y emocional (*nurturance*) (England, 1992, England, Thompson y Aman, 2001) independientemente de si existe contacto cara a cara o si la relación implica la provisión de servicios a dependientes o no. El conjunto de ocupaciones incluidas en el cuidado de acuerdo con este criterio resulta bastante amplio (véase el cuadro III.1).

Un segundo enfoque, más acotado, define específicamente a las ocupaciones en el sector del cuidado e incluye a todas aquellas en que los trabajadores deben proveer un servicio cara a cara que permite desarrollar las capacidades humanas de quienes lo reciben (England,

Budig y Folbre, 2002)². Según esta definición, bastante extendida en la literatura, se considera trabajadores de este sector a maestros y profesores —de cualquier nivel educativo—, enfermeros, terapeutas y trabajadores de salas cuna y jardines infantiles (England, Budig y Folbre, 2002). También se incluye en esta definición a médicos, odontólogos, otras profesiones técnicas asociadas a la medicina, asistentes sociales y trabajadores vinculados a obras religiosas (véase el cuadro III.1).

Finalmente, en el tercer enfoque se restringe la gama de ocupaciones, argumentando que su heterogeneidad atenta contra el esfuerzo de identificar los déficits en términos de mercado y las condiciones laborales que enfrenta el empleo en el sector del cuidado de personas dependientes (niños, enfermos y adultos mayores) (Razavi y Staab, 2010). Se aduce también que el primer enfoque implica privilegiar aspectos relacionales y de cuidado físico y emocional sobre otros aspectos del trabajo reproductivo, como la limpieza o la preparación de alimentos (Razavi, 2007). Por estas dos razones, este tercer enfoque excluye a los profesores de educación media y universitaria, los médicos y odontólogos, y considera dentro del sector a enfermeros, maestros de educación preescolar y primaria, trabajadores de jardines infantiles y salas cuna, cuidadores de adultos mayores, trabajadores sociales y cuidadores de cualquier tipo en los hogares e incluye también a los trabajadores domésticos (Razavi y Staab, 2010).

En el cuadro III.1 se sintetizan las ocupaciones abarcadas por cada uno de los tres enfoques:

Cuadro III.1
DEFINICIONES Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE OCUPACIONES ASOCIADAS AL CUIDADO

Enfoque	Ocupaciones	Criterio de inclusión
1. Trabajo que involucra cuidado físico y emocional en sentido amplio England (1992)	Incluidas: médicos, terapeutas, ocupaciones técnicas de la salud, auxiliares de médicos, enfermeros, maestros y profesores, auxiliares docentes, trabajadores sociales, técnicos en recreación, personal de servicios sociales, bibliotecólogos, peluqueros, vendedores de distintos productos, trabajadores del servicio doméstico, cuidadores de niños, mozos, ascensoristas, trabajadores religiosos, cajeros, recepcionistas, conductores de taxis y chóferes, porteadores de equipaje.	Actividades asociadas directa o indirectamente al cuidado físico y emocional
2. Los trabajadores proveen un servicio que permite desarrollar las capacidades humanas de quienes lo reciben England, Budig y Folbre (2002)	Incluidas: médicos, terapeutas, ocupaciones técnicas de la salud, auxiliares de médicos, enfermeros, maestros y profesores, auxiliares docentes, trabajadores sociales, técnicos en recreación, personal de servicios sociales, bibliotecólogos, peluqueros, trabajadores del servicio doméstico, cuidadores de niños, trabajadores religiosos. Excluidas: vendedores, ascensoristas, peluqueros, conductores de taxis y chóferes, porteadores de equipaje, cajeros, recepcionistas.	Provisión de servicios con relación personal que impliquen desarrollo de capacidades humanas de quienes lo reciben
3. Los trabajadores proveen un servicio a personas dependientes (niños, enfermos, adultos mayores y discapacitados), incluido el trabajo reproductivo relacional y no relacional Razavi (2007); Razavi y Staab (2010)	Incluidas: enfermeros, maestros de educación preescolar y primaria, trabajadores de jardines infantiles y salas cuna, cuidadores de adultos mayores, trabajadores sociales, cuidadores de cualquier tipo en los hogares, trabajadores domésticos. Excluidas: profesores de educación media y universitaria, médicos y odontólogos, bibliotecólogos.	Aproximación a provisión de servicios con relación personal que implique desarrollo de capacidades humanas en personas dependientes

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de P. England, *Comparable Worth: Theories and Evidence*, Nueva York, Aldine de Gruyter, 1992; P. England, M. Budig y N. Folbre, "Wages of virtue: The relative pay of care work", *Social Problems*, vol. 49, N° 4, 2002; S. Razavi y S. Staab, "Underpaid and overworked: a cross-national perspective on care workers", *International Labour Review*, vol. 149, N° 4, 2010.

² Se refiere a capacidades que son útiles para la persona o para los otros. Esto incluye salud física y mental, y habilidades físicas, cognitivas y emocionales, como autodisciplina, empatía y cuidado (England, Budig y Folbre; 2002).

Además de estas definiciones que clasifican un conjunto de ocupaciones para delimitar genéricamente el empleo en el sector del cuidado, existen algunos ejercicios que establecen subcategorías o estratos a partir de criterios como los rasgos de la población receptora del cuidado, la posición en el mercado laboral y el vínculo que implica el servicio de cuidado³.

En América Latina son escasos los análisis en profundidad del empleo en el sector del cuidado. Entre ellos, hay dos investigaciones cuyo objetivo central es dimensionar cuántos son los trabajadores del cuidado, qué perfil tienen y en qué condiciones trabajan en países específicos. Para el caso de la Argentina, Esquivel (2010) dimensiona el empleo en el sector del cuidado y analiza su composición, las características de los ocupados y las principales diferencias que presentan con el conjunto de los trabajadores. Siguiendo a England, Budig y Folbre (2002), en ese ejercicio se incluyen como trabajadores del cuidado a médicos y otras ocupaciones médicas, profesores y maestros (de todos los niveles educativos, incluidos auxiliares), trabajadores domésticos y otros trabajadores del cuidado. En otra investigación se analiza el empleo en el sector del cuidado en el Uruguay (Aguirre, 2010). En este caso se identifica a los trabajadores del cuidado a partir del cruce entre ramas de actividad y las ocupaciones en la encuesta de hogares. El criterio utilizado —más restrictivo que el aplicado para la Argentina— incluye ciertas categorías de trabajadores de cuidados personales y de otros trabajadores de servicios personales, así como algunas ocupaciones específicas dentro de las ramas de la salud y la educación.

En este capítulo se parte de la conceptualización del cuidado discutida en el capítulo previo para identificar a los trabajadores remunerados del cuidado. Esto implica considerar actividades heterogéneas, que involucran distintas situaciones en cuanto a fragilidad y autonomía, en particular: el cuidado de los niños, el cuidado de personas de edad muy avanzada y enfermos, y el cuidado de discapacitados. En el caso de América Latina, también supone una consideración especial de las actividades vinculadas a las tareas domésticas, dada su relevancia numérica y la singular superposición de desigualdades y desprotección que en ellas se conjugan (CEPAL, 2007; Valenzuela y Moras, 2009; Rodgers, 2009; Blofield, 2012).

³ Folbre (2006) analiza subcategorías dentro del empleo en cuidados partiendo del cruce entre la posición del ocupado en el mercado laboral (formal o informal) y el tipo de población a la que provee el servicio de cuidado. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) distingue, dentro del empleo en cuidados de largo plazo, el profesional y el no profesional (OCDE, 2011b). Finalmente, en una investigación sobre las características del empleo en el sector del cuidado y afines Simon y otros (2008) clasifican las ocupaciones en cuatro grandes categorías según el sector de servicios en que se inscriben: cuidado social, cuidado infantil, cuidados de enfermería y sector educativo.

A partir de los antecedentes internacionales y regionales, así como de las ventajas y limitaciones de las encuestas de hogares de los países de la región con que se realiza el análisis, se opta por considerar como trabajadores remunerados del cuidado a aquellos que presten servicios a otras personas dependientes para su supervivencia o desarrollo personal, cuando estos impliquen una relación directa entre el cuidador y el cuidado. Desde este punto de vista, la definición aquí adoptada se ubica dentro de los enfoques más restrictivos antes revisados (Razavi y Staab, 2010; Aguirre, 2010).

Se realizó una revisión de las encuestas de hogares de los países de la región (de dos rondas, 2000 y 2010) que permitió identificar a los trabajadores mediante un cruce de la rama de actividad y la ocupación⁴. Se consideraron las ocupaciones de los trabajadores incluidos en tres ramas de actividad —enseñanza, salud y servicios sociales, y servicios en los hogares— y se analizaron en detalle las ocupaciones involucradas en cada una de estas actividades, para decidir si pertenecían al sector del cuidado en función del marco conceptual adoptado. Esta delimitación permite una aproximación razonable al empleo en el sector del cuidado y facilita la comparación entre los distintos países.

El resultado de este ejercicio es la clasificación como trabajadores del sector de quienes, dentro de las ramas de actividad antes mencionadas, detentan las siguientes ocupaciones: maestros y asistentes de educación preescolar⁵, maestros y profesores de educación especial, niñeras, enfermeros profesionales y titulados, auxiliares y ayudantes de enfermería —tanto en domicilio como en instituciones—, otros trabajadores del cuidado y la atención de personas, acompañantes y trabajadores del servicio doméstico⁶. En contraste, la delimitación no considera como parte de los trabajadores del cuidado a los profesores de educación primaria, media y superior, los médicos y otros profesionales de la salud, ya que se considera que sus servicios no se inscriben dentro de la noción de cuidado (véase el cuadro III.2). Los criterios adoptados, sin duda discrecionales, se derivan de las definiciones explicitadas en las páginas conceptuales previas a este capítulo —que ponen el énfasis en el tipo de servicio que se provee y en la condición del sujeto cuidado—, y se adaptan a las posibilidades que permite la información de las encuestas de hogares.

⁴ En el caso de trabajadores con más de un trabajo, la identificación se basa en la codificación de ocupación y rama correspondiente a la ocupación principal.

⁵ Se incluyen todos los maestros y asistentes de educación preescolar, independientemente de la edad de los niños con los que trabajan.

⁶ Se consideran todos los hogares, incluidos los que no tienen personas dependientes.

Cuadro III.2
AMÉRICA LATINA: DELIMITACIÓN DEL EMPLEO EN EL SECTOR DEL CUIDADO MEDIANTE ENCUESTAS DE HOGARES

Rama/ocupaciones	Incluidas	No incluidas
Enseñanza (80) (801) Enseñanza primaria (incluye preescolar) (809) Otros tipos de enseñanza	Maestros de enseñanza preescolar Asistentes de enseñanza preescolar y asistentes de párvulos Profesores de educación especial Niñeras	Profesores de educación primaria, media y superior
Servicios sociales y de salud (85) (851) Actividades relacionadas con la salud humana (853) Actividades de servicios sociales	Auxiliares y ayudantes de enfermería Personal de enfermería no clasificado en otra parte Enfermeros profesionales, titulados, de nivel superior o diplomados Trabajadores del cuidado y la atención de personas, trabajadores de cuidados personales y afines Maestros y asistentes de enseñanza preescolar Asistentes de párvulos Niñeras y celadoras infantiles Enfermeros y ayudantes de enfermería en instituciones	Médicos generales y especialistas, médicos y profesionales afines (excepto personal de enfermería) Otros profesionales en ciencias de la salud (fisioterapeutas, ergoterapeutas, asistentes médicos y practicantes, parteras, practicantes de la medicina tradicional, técnicos de salud y laboratorio, dietistas, nutricionistas, optometristas, dentistas, auxiliares de dentistas y odontólogos) Profesionales, técnicos y asistentes en trabajo social y en planificación económica y social Otros trabajadores de los cuidados a personas y afines Especialistas en administración de personal, asistencia y bienestar social y organización ocupacional
(95) Hogares privados con servicio doméstico	Cocineros, acompañantes, ayudas de cámara y trabajadores del servicio doméstico Personal doméstico y afines, limpiadores, lavaderos y planchadores, empleados domésticos Ecónomos, mayordomos y afines, niñeras y celadoras infantiles Ayudantes y auxiliares de enfermería en instituciones y a domicilio	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

A partir de la aplicación de estos criterios a las encuestas de hogares de los países de la región disponibles en dos momentos en el tiempo (alrededor de 2000 y

2010), se optó por validar la identificación del empleo en el sector del cuidado para 14 de los 18 países en esos dos momentos⁷.

C. El empleo en el sector del cuidado en América Latina

En América Latina, el empleo en el sector del cuidado representa —dependiendo del país— entre un 5% y un 10% del empleo total. En la última década, la proporción de ocupados en este sector se ha mantenido relativamente estable. No existe una relación significativa entre el nivel de bienestar económico de los países o la participación laboral de las mujeres y el tamaño del empleo en el sector del cuidado. Tres cuartas partes de los trabajadores del cuidado pertenecen al servicio doméstico en los hogares, mientras que la cuarta parte restante se desempeña en otras áreas, como la educación y la salud.

A partir de la definición del cuidado adoptada y de los criterios metodológicos escogidos, en este apartado se analiza en profundidad el tamaño, la evolución y la composición del empleo en este sector. En el presente análisis se toma como referencia al conjunto de los trabajadores remunerados del cuidado pero también se

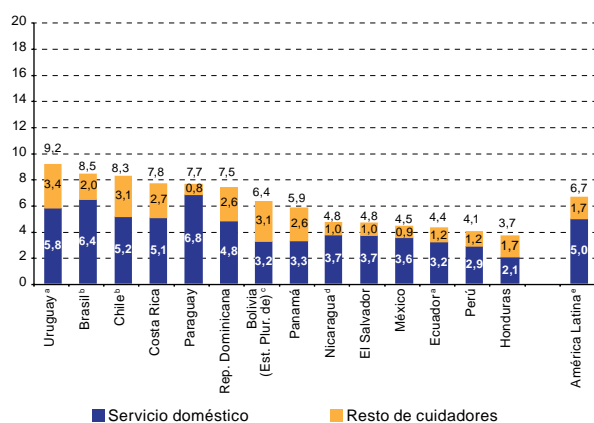
diferencia dentro de ese grupo al servicio doméstico del resto de los cuidadores.

⁷ Se excluyó del análisis a la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). En el cuadro A.1 del anexo se presenta el fundamento de esta exclusión.

1. Tamaño y evolución reciente

Al analizar el tamaño y la evolución del empleo en el sector del cuidado surgen tres preguntas clave. La primera se refiere al peso de los trabajadores del cuidado en el conjunto de los ocupados. El ejercicio realizado para esta edición del *Panorama Social* indica que en América Latina el empleo en este sector representa en la actualidad el 6,7% del empleo. Sin embargo, este promedio esconde un panorama algo heterogéneo. En países como el Uruguay, el Brasil y Chile, por ejemplo, el empleo en el sector del cuidado supera el 8% del total de los ocupados (9,2%, 8,5% y 8,3%, respectivamente en 2010). En el otro extremo, en 6 de los 14 países analizados (Honduras, Perú, Ecuador, México, El Salvador y Nicaragua) el valor está por debajo del 5% del total de los ocupados (véase el gráfico III.1).

Gráfico III.1
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): OCUPADOS EN EL SECTOR DEL CUIDADO, POR SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a las áreas urbanas.

^b Los datos corresponden a 2009.

^c Los datos corresponden a 2007.

^d Los datos corresponden a 2005.

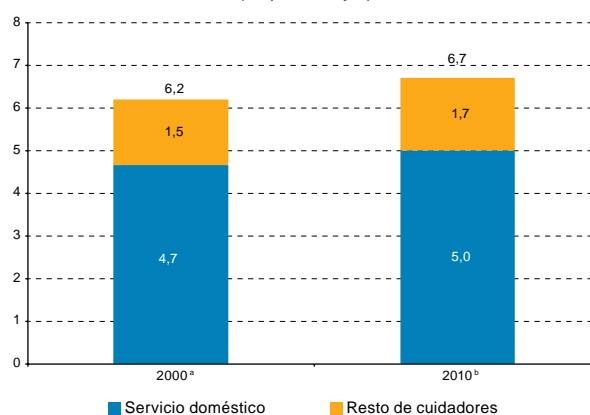
^e Promedio ponderado.

También es importante señalar el peso del servicio doméstico dentro del total del empleo en el sector del cuidado. En promedio, el 5% de los trabajadores pertenecen al servicio doméstico, y el 1,7% al resto de las ocupaciones del cuidado. Esta composición es determinante para caracterizar este conjunto de trabajadores. Debido a las grandes diferencias que existen entre los dos subgrupos, que se ilustran en detalle a lo largo del capítulo, se ha optado por presentar la información tanto para el conjunto de ocupados en el sector del cuidado, como desagregada por subgrupos.

La segunda pregunta se refiere a la evolución de este indicador y plantea si el empleo en el sector del cuidado ha crecido como cabría esperar de acuerdo al incremento de las demandas de cuidado y a los cambios en las estructuras familiares y los roles de las mujeres. En la segunda mitad del siglo XX, varios países desarrollados aumentaron significativamente el número de trabajadores dedicados a tareas de cuidado (Folbre y Nelson, 2000; Simon y otros, 2008; European Foundation, 2006) y las previsiones apuntan a que el sector seguirá creciendo. En América Latina, en cambio, no existe evidencia contundente que permita evaluar el crecimiento de este sector en un período suficientemente largo de tiempo. Además, el fuerte peso del servicio doméstico en el conjunto de los trabajadores del cuidado plantea un escenario singular.

Más allá de esto, es posible dar el primer paso para monitorear el indicador a lo largo del tiempo. Entre 2000 y 2010 la proporción de ocupados en el sector del cuidado se ha mantenido relativamente estable: en 2000 los trabajadores remunerados del cuidado representaban el 6,2% del total de los ocupados, por lo que el aumento en la importancia del sector a lo largo de la década fue muy pequeño (véase el gráfico III.2). Tampoco se observan cambios significativos en la evolución del peso del servicio doméstico y del resto de los cuidadores.

Gráfico III.2
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LOS TRABAJADORES REMUNERADOS DEL CUIDADO, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

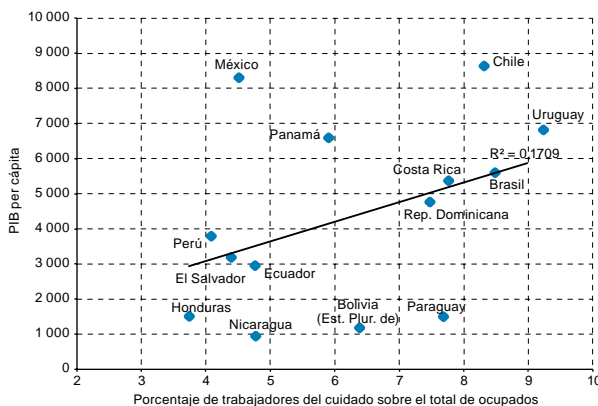
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Distintos factores pueden estar detrás de esta estabilidad. En primer lugar, el período considerado es relativamente corto para analizar este tipo de tendencias temporales. Por otro lado, podrían estar operando factores que influyen en distintas direcciones. Así, cabría esperar que la disminución del tamaño medio de los hogares hubiera contribuido a reducir la demanda de este tipo de servicios. Pero otros factores que han operado simultáneamente, como el aumento de la participación laboral femenina y el envejecimiento (Rodgers, 2009; Durán, 2012), podrían contrarrestar el anterior movimiento y contribuir a que el indicador se mantenga en niveles similares. Factores adicionales, como la evolución de los salarios en relación con el precio de mercado de los servicios de cuidado, también podrían haber influido, aunque han sido muy poco explorados.

La tercera pregunta indaga sobre las variables que explican el tamaño de este sector en un país. Para responderla suelen manejarse varias hipótesis. Una primera explicación vincula el tamaño del sector con el nivel de bienestar económico, esperando que el primero sea mayor cuanto más elevado sea el segundo, ya que las personas podrían comprar servicios de cuidado en el mercado o el Estado se haría cargo progresivamente de proveer esos servicios. Una rápida exploración de la correlación entre la magnitud del empleo en cuidados y el PIB per cápita —como una variable sustitutiva del nivel de bienestar económico— muestra una asociación positiva aunque relativamente débil entre ambos indicadores (véase el gráfico III.3). En definitiva, no resulta claro que en la región el porcentaje de empleo en el sector del cuidado se asocie al nivel de bienestar económico de los países. Tampoco parece estar asociado al tamaño de los subsectores de servicio doméstico y del resto de cuidadores (véase el cuadro A-2 del anexo).

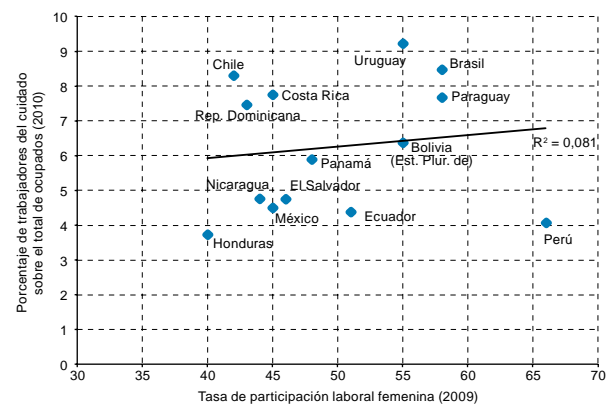
Gráfico III.3
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): CORRELACIÓN ENTRE EL PIB PER CÁPITA Y EL TAMAÑO DEL EMPLEO EN EL SECTOR DEL CUIDADO, ALREDEDOR DE 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos de encuestas de hogares de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas. Los datos del PIB per cápita provienen de CEPALSTAT.

Otra posibilidad es explicar el tamaño del sector del cuidado a partir de alguna variable que refleje la situación de cada país en cuanto a participación de las mujeres en el mercado laboral, asumiendo que ese indicador tendrá efectos directos sobre un incremento de las demandas de cuidado y una expansión del empleo en esas actividades (véase el recuadro III.2 sobre la relación entre la oferta laboral femenina y las políticas de cuidado). Pero la exploración de la asociación entre la proporción de ocupados en el sector del cuidado y la participación laboral femenina revela una relación aún más débil que en el caso anterior (véase el gráfico III.4), que se confirma también al separar el servicio doméstico del resto de los trabajadores del cuidado (véase el cuadro A-2 del anexo).

Gráfico III.4
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): CORRELACIÓN ENTRE LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN FEMENINA Y EL TAMAÑO DEL EMPLEO EN EL SECTOR DEL CUIDADO, ALREDEDOR DE 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países e información de CEPALSTAT. Los datos de encuestas de hogares de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

La tercera hipótesis posible es asumir que el tamaño del empleo en el sector del cuidado se vincula con la composición etaria de la población de los países, suponiendo que donde el porcentaje de población adulta mayor es más alto, la proporción de empleo en cuidados sería más elevada. En este caso la correlación tiende a ser mayor —es decir, los países más avanzados en el proceso de envejecimiento son a la vez aquellos en que el empleo en cuidados es más alto— (véanse el gráfico III.5 y el cuadro A-2 del anexo), aunque es posible que esta relación esté mediada indirectamente por otras variables.

Recuadro III.2
CUIDADOS Y PARTICIPACIÓN LABORAL: UNA RELACIÓN COMPLEJA

La interdependencia entre los sistemas de cuidado y las decisiones laborales en los hogares, específicamente de las mujeres, es una de las aristas más importantes de esta problemática, que debe tenerse muy en cuenta a la hora de diseñar las políticas.

En las últimas décadas, a partir del trabajo seminal de Heckman (1974), se ha extendido la literatura centrada en modelizar cómo el acceso y precio de los servicios de cuidado se relacionan con la oferta laboral de los individuos^a. En general, estos estudios se han centrado en el vínculo entre la inserción laboral femenina y el cuidado infantil (véanse Kornstad y Thoresen, 2007; Lokshin, 2004; Wrohlich, 2006), aunque también existen estudios específicos sobre la correlación (negativa) entre la provisión informal de cuidados a los adultos mayores o discapacitados y la actividad laboral (Wolf y Soldo, 1994; Bolin y otros, 2008; Bravo y Puentes, 2012).

La asociación entre menores ingresos, menor participación en el mercado de trabajo y mayor probabilidad de ser cuidador, especialmente de hijos pequeños, está muy bien documentada a nivel mundial y también en la región (CEPAL, 2009). Sin embargo, resulta difícil establecer una relación causal desde el punto de vista empírico. En efecto, la decisión de proveer cuidados informales a hijos pequeños, padres u otros familiares enfermos puede estar condicionada por las posibilidades laborales de los individuos. Expresado de otra forma, los individuos con

menores probabilidades de inserción laboral exitosa pueden ser los que más se dedican a la provisión de cuidados, sin que sea esta última actividad la que determina sus resultados laborales. Por lo tanto, no está claro si los cuidadores renuncian al mercado laboral para ser cuidadores, o si se dedican al cuidado ante la ausencia de oportunidades laborales interesantes. Este punto puede ser crucial para las políticas. Para ilustrarlo de manera extrema, si las actividades del cuidado alejan a los individuos del mercado laboral, las políticas deberían centrarse en la provisión de cuidado formal, o en la promoción de patrones de inserción laboral que resulten más compatibles con el cuidado. Si, por el contrario, las personas se dedican al cuidado debido a la falta de oportunidades laborales, el énfasis debería estar en los cuidadores y sus posibilidades de inserción laboral, y no en el mercado de provisión del cuidado, ya que aún cuando hubiera opciones disponibles, estos individuos no podrían modificar su situación laboral (Heitmueller, 2007).

Si bien muchos de los estudios a los que se ha hecho referencia han intentado abordar la mencionada endogeneidad utilizando distintas herramientas metodológicas, resulta complicado encontrar los instrumentos econométricos adecuados para resolver este problema (Bolin y otros, 2008; Heitmueller, 2007; Heitmueller y Michaud, 2006). En términos generales, aunque la evidencia no es contundente, el efecto significativo y

negativo del cuidado sobre las probabilidades de empleo tiende a ser menor o a perder significación cuando se intenta controlar por endogeneidad.

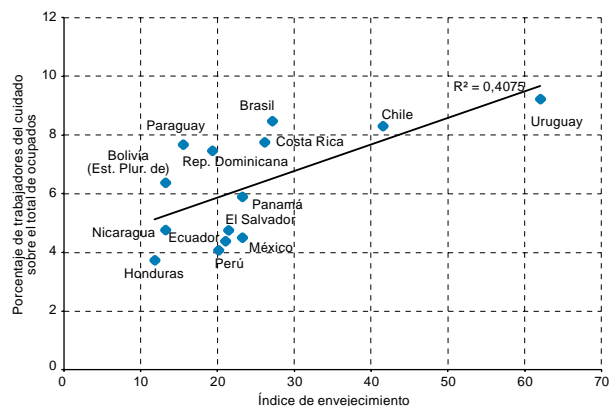
Una manera distinta de analizar la relación entre oferta laboral y cuidados consiste en la evaluación ex post de la implementación de políticas del cuidado^b. Utilizando diversas técnicas de evaluación de impacto, en distintos estudios se ha encontrado que la expansión de las guarderías o los subsidios al cuidado infantil han tenido efectos positivos en la oferta laboral femenina en los Estados Unidos (Gellbach, 2002), el Canadá (Lefebvre y Merrigan, 2008; Baker y otros, 2008) y España (Nollenberger y Rodríguez Pláns, 2011). Otros estudios encuentran efectos sobre la oferta laboral de las madres solteras, pero no sobre la de las casadas (Cascio, 2009; Havnes y Mostad, 2011). En la región, Berlinsky y Galiani (2007) analizan el efecto de la construcción de centros de atención preescolar gratuitos en la Argentina, y concluyen que la oferta laboral de las madres se incrementó significativamente. En los estudios realizados en Chile (Encina y Martínez, 2009; Medrano, 2009; Aguirre, 2011) no se observa que los servicios de guardería tengan un impacto significativo sobre la oferta laboral de las madres. Los autores argumentan que diversos factores —entre ellos aspectos culturales, así como las características de la oferta de cuidados en términos de extensión horaria y formas de postulación— podrían explicar esta falta de efectos.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los autores citados.

^a En los Estados Unidos los estudios se han centrado en el precio y la calidad de los servicios, mientras que en Europa el debate se focaliza en el acceso y la disponibilidad de servicios, lo que refleja el modelo de provisión de servicios prevaleciente en cada caso (Wrohlich, 2006).

^b Otra línea de investigaciones se centra en los efectos de estas políticas en diversos aspectos del desarrollo infantil posterior.

Gráfico III.5
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO Y EL TAMAÑO DEL EMPLEO EN EL SECTOR DEL CUIDADO, ALREDEDOR DE 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países e información del CELADE-División de Población de la CEPAL. Los datos de encuestas de hogares de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

Esta información sugiere que los factores que explican el tamaño del trabajo remunerado en el sector del cuidado están posiblemente vinculados a otras características de los países, que se resumen en la forma en que cada sociedad resuelve —mediante el mercado, el Estado, la sociedad civil y las familias— las demandas de cuidado (Razavi, 2007; Morgan, 2005; Bosch y Lehnendorff, 2005). Esto revela la necesidad de seguir explorando el fenómeno del empleo en este sector y su vinculación con los distintos tipos de regímenes de bienestar presentes en la región, que posiblemente delinean a su vez distintos tipos de regímenes de cuidado⁸. De esta forma se podría identificar qué sociedades atribuyen un rol más o menos preponderante al Estado

⁸ Existe en la actualidad un debate sobre los distintos tipos de regímenes de bienestar en América Latina y sus rasgos constitutivos, en particular, sobre el lugar que cada uno otorga al Estado, el mercado, la familia y la comunidad en la provisión del cuidado de dependientes. Pueden encontrarse reflexiones al respecto en Martínez Franzoni (2008) y Espejo, Filgueira y Rico (2010).

y al mercado en el cuidado de dependientes, lo que se traduciría en un empleo en el sector de mayor o menor magnitud. También puede contribuir a determinar los

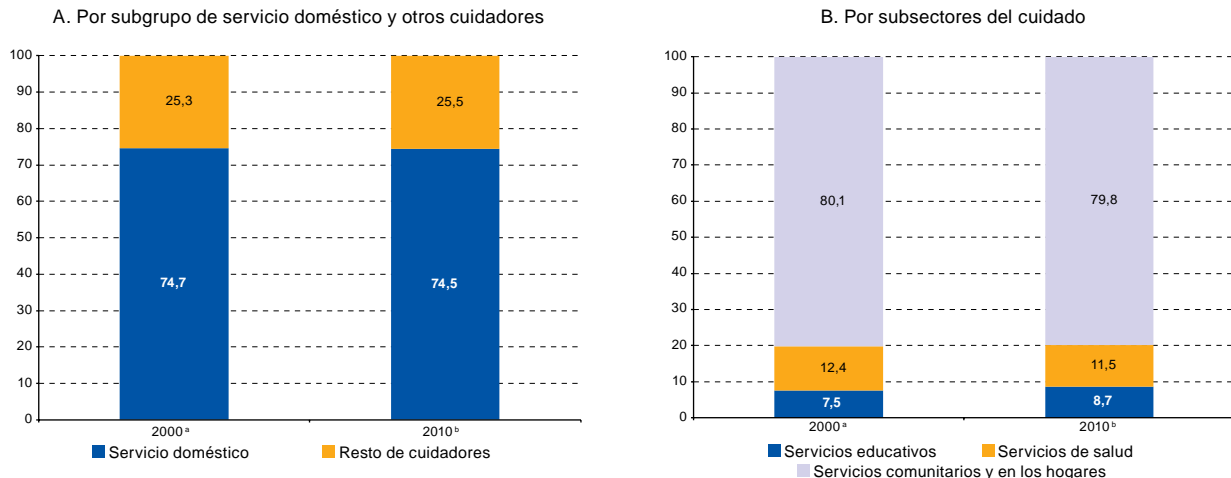
patrones y trayectorias históricas que han llevado a que países de una misma región difieran significativamente en esta materia.

2. Composición del empleo en el sector del cuidado

El conjunto de trabajadores vinculados al cuidado es un conglomerado altamente heterogéneo, compuesto por subgrupos bastante diferentes entre sí. Una primera distinción muestra que en América Latina tres cuartas partes (74,5%) de los trabajadores del cuidado pertenecen al servicio doméstico en los hogares, mientras que la cuarta parte restante (25,5%) se desempeña en otras áreas (véase el gráfico III.6A). Otra aproximación es la que clasifica a los ocupados según si trabajan en servicios

educativos, servicios de salud o servicios a los hogares u otros servicios comunitarios⁹. Casi ocho de cada diez (79,8%) trabajadores del cuidado pertenecen a esta última categoría. Del restante 20%, el 11,5% trabaja en servicios de salud y el 8,7% en servicios educativos (véase el gráfico III.6B). La distribución del empleo en el sector del cuidado se ha mantenido estable en la última década, independientemente de que se mida con uno u otro criterio.

Gráfico III.6
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DEL CUIDADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998, los de Bolivia (República Bolivariana de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (República Bolivariana de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

⁸ Existe en la actualidad un debate sobre los distintos tipos de regímenes de bienestar en América Latina y sus rasgos constitutivos, en particular, sobre el lugar que cada uno otorga al Estado, el mercado, la familia y la comunidad en la provisión del cuidado de dependientes. Pueden encontrarse reflexiones al respecto en Martínez Franzoni (2008) y Espejo, Filgueira y Rico (2010).

⁹ El grueso del apartado de servicios a los hogares u otros servicios comunitarios está constituido por el servicio doméstico en los hogares.

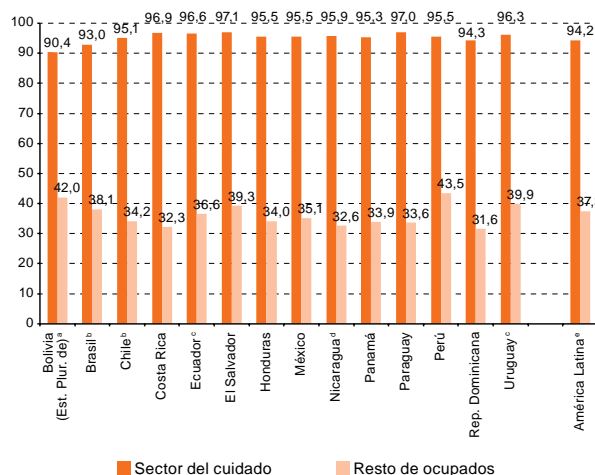
D. Características de los trabajadores del cuidado

El empleo en el sector del cuidado está altamente feminizado, tanto en el servicio doméstico como en educación y salud. En todos los países, los niveles de escolaridad de los trabajadores del servicio doméstico son muy inferiores a los de los ocupados fuera del sector del cuidado, mientras que los niveles de escolaridad de los cuidadores de los sectores de educación y salud son considerablemente superiores al del resto de los ocupados. El conjunto de trabajadores del cuidado presenta una mayor incidencia de pobreza e indigencia y mayor presencia de niños y adolescentes en sus hogares. También se destaca la alta heterogeneidad dentro del sector y la vulnerabilidad del servicio doméstico en comparación con el resto de los cuidadores.

Un hallazgo recurrente en las investigaciones sobre los trabajadores del cuidado en el mundo desarrollado es que el sector está altamente feminizado (Razavi y Staab, 2010; Budig y Misra, 2010; OCDE, 2011b; Durán, 2012). Este dato refleja cómo el sesgo de género que pauta la distribución del trabajo no remunerado de cuidados traspasa la frontera de los hogares y se refleja en una sobrerrepresentación femenina en el empleo de este sector. Esto sucede también en América Latina: el 94,2% de los trabajadores remunerados del cuidado son mujeres. Este porcentaje duplica con creces la representación de mujeres en el resto de los ocupados, donde la proporción promedio de mujeres es del 37,3% (véase el gráfico III.7).

Este fenómeno merece dos comentarios. En primer lugar, aunque al observar las distancias entre la presencia femenina en los trabajadores remunerados del cuidado y la proporción de mujeres en el resto de los trabajadores existen algunas variaciones entre países, en todos los casos la primera proporción al menos duplica la segunda. En segundo lugar, la abrumadora presencia femenina entre los trabajadores remunerados del cuidado no ha variado significativamente en la última década en el promedio regional ni en los países considerados (véase el gráfico III.8).

Gráfico III.7
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PORCENTAJE DE TRABAJADORAS EN EL SECTOR DEL CUIDADO Y EN EL RESTO DE LOS OCUPADOS, ALREDEDOR DE 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos de Nicaragua corresponden a 2005.

^a Los datos corresponden a 2007.

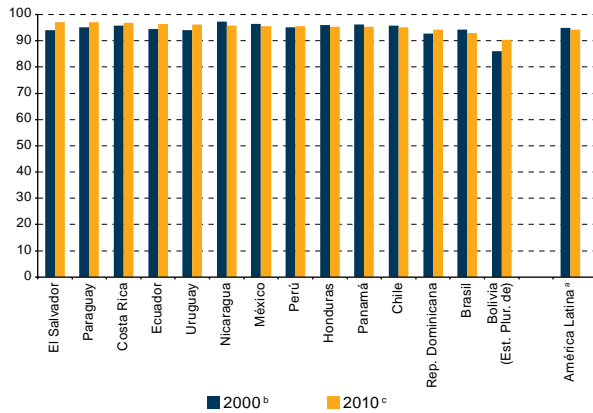
^b Los datos corresponden a 2009.

^c Los datos corresponden a las áreas urbanas.

^d Los datos corresponden a 2005.

^e Promedio ponderado.

Gráfico III.8
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PORCENTAJE DE TRABAJADORAS EN EL SECTOR DEL CUIDADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

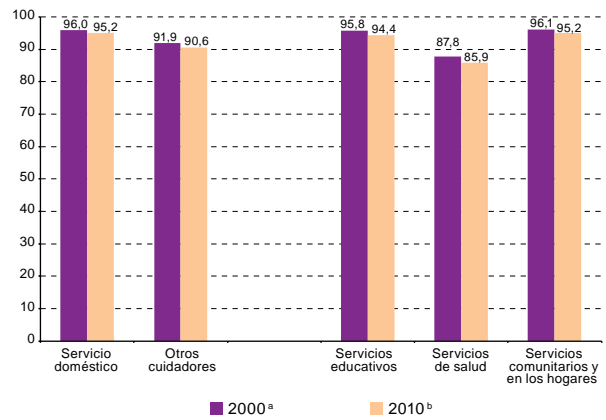
^a Promedio ponderado.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^c Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Al analizar la distribución por sexo en las distintas categorías dentro del sector del cuidado surgen algunos matices. La presencia femenina es mayor entre los trabajadores del servicio doméstico que en el resto de los trabajadores del cuidado (un 95,2% en 2000 y un 90,6% en 2010). También es más alta en los servicios educativos y en los servicios comunitarios y en los hogares que en los servicios de salud (un 94,4% y un 85,9%, respectivamente, en 2000 y un 95,2% en 2010). Como se observa en el gráfico III.9, estas diferencias se han mantenido relativamente estables en la última década.

Gráfico III.9
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PORCENTAJE DE TRABAJADORAS EN EL SECTOR DEL CUIDADO, SEGÚN SUBSECTORES, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



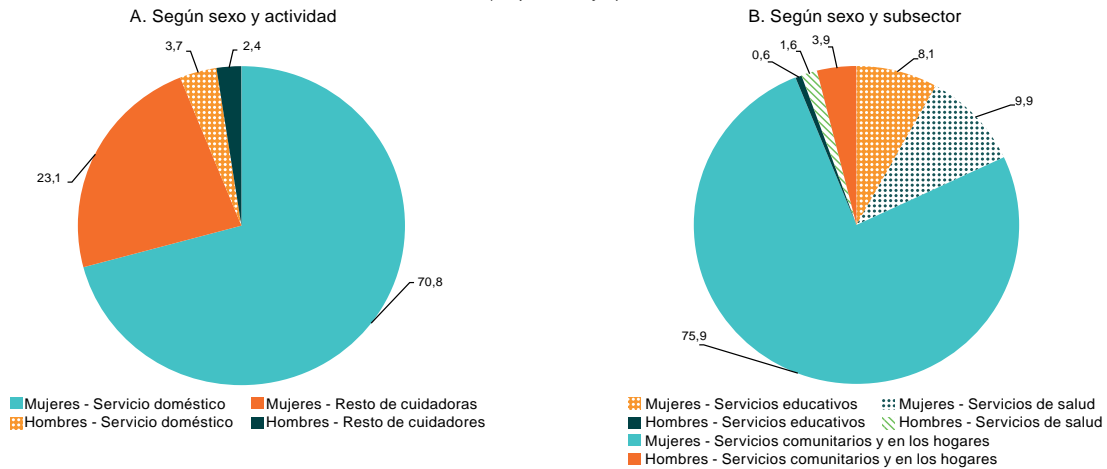
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

De esta manera, la caracterización de los trabajadores remunerados del cuidado en la región es clara. Casi el 71% corresponde a mujeres en el servicio doméstico en hogares, el 23% a mujeres en otras ocupaciones vinculadas con los cuidados (servicios educativos y salud, en proporciones relativamente iguales). El restante 6% corresponde a hombres que trabajan en el servicio doméstico (3,7%) y en otras ocupaciones vinculadas al cuidado (véase el gráfico III.10).

Gráfico III.10
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO, SEGÚN SEXO Y SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010
(En porcentajes)

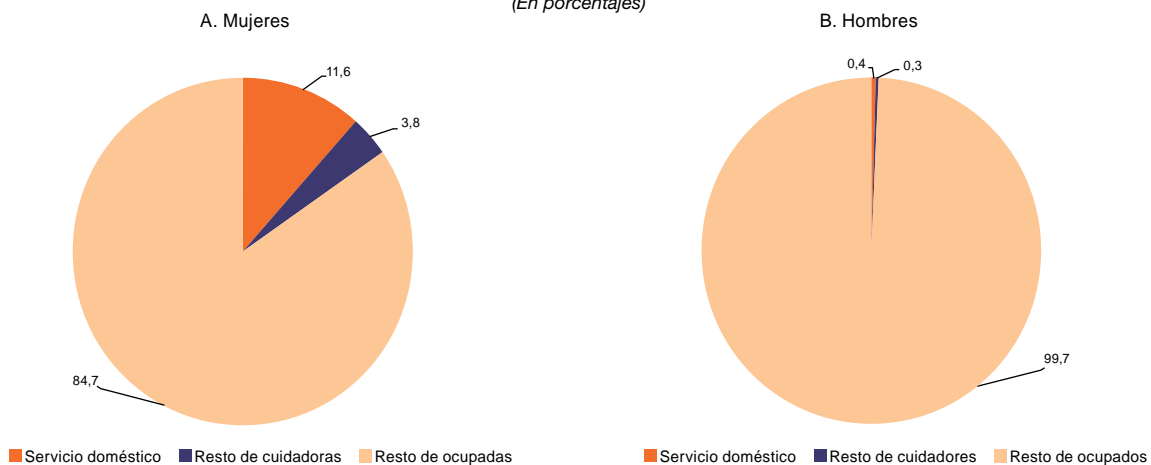


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

La distribución anterior hace que el sector del cuidado considerado en su conjunto sea especialmente importante como fuente de empleo para las mujeres y casi inexistente para los hombres (véanse el gráfico III.11). En efecto, el

15,3% de las ocupadas de la región trabajan en el sector del cuidado, con un peso muy considerable del servicio doméstico (11,6%), mientras que menos del 1% de los hombres se dedican a estas ocupaciones.

Gráfico III.11
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO Y DEL RESTO DE LOS OCUPADOS, SEGÚN SEXO Y SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010
(En porcentajes)

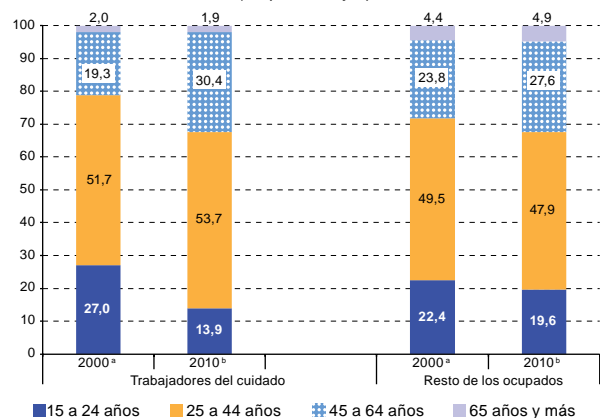


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

Los trabajadores remunerados del cuidado también presentan un perfil etario singular. En promedio, el 85% pertenece a las edades típicamente activas: algo más de la mitad (53,7%) tiene entre 25 y 44 años y el 30,4% tiene entre 45 y 64 años. En comparación con el resto de los trabajadores, existe una menor presencia de jóvenes de 15 a 24 años (un 13,9% frente a un 19,6% en el resto de los ocupados), pero también de adultos mayores (un 1,9% frente a un 4,9% en el resto de los ocupados) (véase el gráfico III.12).

Un dato importante es que, aunque unos y otros muestran una tendencia al envejecimiento entre 2000 y 2010, este fenómeno ha sido más marcado entre los trabajadores del cuidado que entre el resto de los ocupados. En efecto, la proporción de jóvenes de 15 a 24 años en el primer grupo se redujo casi a la mitad en la década de 2000, mientras que en el segundo el descenso fue bastante menor. Asimismo, la proporción de trabajadores mayores de 45 años aumentó más de un 50% en el sector del cuidado, mientras que en el resto de los ocupados se incrementó solo un 15% (véase el gráfico III.12).

Gráfico III.12
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PERFIL ETARIO DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO Y DEL RESTO DE LOS OCUPADOS, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Si bien en todos los países analizados se observó una tendencia al envejecimiento de los trabajadores del cuidado, en algunos casos —como en Panamá, Costa Rica, el Ecuador o el Brasil— el fenómeno ha sido más marcado, mientras que en otros —como el Uruguay— ha sido apenas perceptible (véase el cuadro III.3).

Cuadro III.3
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PERFIL ETARIO DE LOS TRABAJADORES REMUNERADOS DEL CUIDADO, POR PAÍS, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)

	15 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más	Total
Bolivia (Estado Plurinacional de)					
2000 ^a	33,7	45,4	20,3	0,6	100
2010 ^b	24,0	55,3	19,8	0,9	100
Brasil					
2000 ^a	30,1	51,0	17,5	1,4	100
2010 ^c	11,8	56,9	29,9	1,5	100
Chile					
2000	10,9	58,3	28,8	2,1	100
2010 ^c	8,1	43,1	45,8	3,0	100
Costa Rica					
2000 ^a	24,2	51,9	22,6	1,3	100
2010	11,5	46,6	40,1	1,8	100
Ecuador^d					
2000 ^a	31,1	48,3	18,3	2,3	100
2010	16,4	48,0	33,8	1,8	100
El Salvador					
2000 ^a	31,4	47,2	19,5	1,9	100
2010	23,3	52,8	22,1	1,8	100
Honduras					
2000 ^e	45,4	38,8	14,7	1,0	100
2010	35,2	41,8	20,5	2,5	100
México					
2000	17,1	56,9	22,3	3,7	100
2010	14,4	50,5	32,0	3,2	100
Nicaragua					
2000 ^f	33,4	53,7	12,1	0,9	100
2010 ^g	29,6	51,3	18,3	0,8	100
Panamá					
2000 ^a	30,9	47,4	19,2	2,6	100
2010	14,5	47,8	35,5	2,2	100
Paraguay					
2000	43,7	40,0	14,8	1,5	100
2010	32,3	47,8	19,1	0,8	100
Perú					
2000 ^a	40,9	44,6	12,3	2,2	100
2010	28,0	44,3	25,6	2,2	100
República Dominicana					
2000 ^e	14,9	54,1	29,6	1,5	100
2010	8,8	56,1	33,9	1,2	100
Uruguay^d					
2000 ^e	10,5	48,3	38,3	2,9	100
2010	10,7	44,7	40,2	4,5	100

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 1999.

^b Los datos corresponden a 2007.

^c Los datos corresponden a 2009.

^d Los datos corresponden a áreas urbanas.

^e Los datos corresponden a 2002.

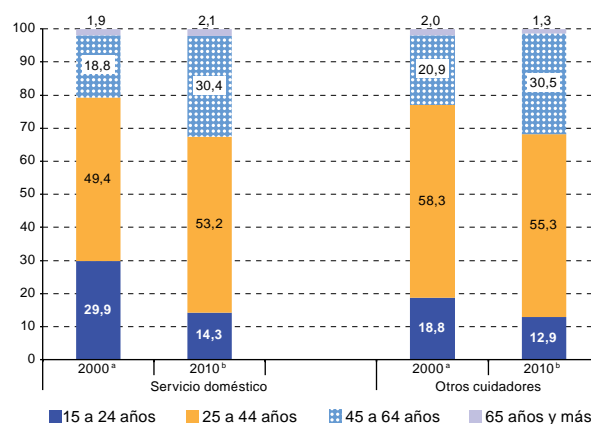
^f Los datos corresponden a 1998.

^g Los datos corresponden a 2005.

Además, se observan diferencias importantes en el conjunto de los ocupados del sector del cuidado: el proceso de envejecimiento es bastante más notorio en las trabajadoras del servicio doméstico que en el resto de los cuidadores. Como resultado, en el período comprendido entre 2000 y 2010 parece haberse producido un proceso

de convergencia entre el perfil etario de ambos (véase el gráfico III.13). A su vez, en la mayor parte de los países los cuidadores de la salud tienden a ser, en promedio, mayores que los de la educación (véase el cuadro A-3 del anexo).

Gráfico III.13
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PERFIL ETARIO DE LOS OCUPADOS DEL SECTOR DEL CUIDADO, SEGÚN SUBSECTOR, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

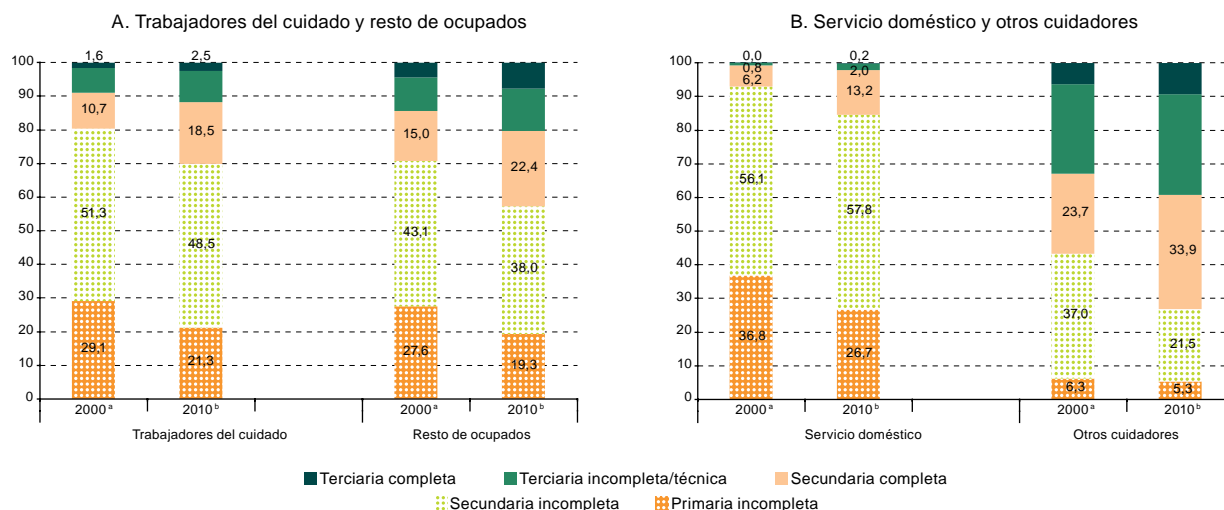
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Por otro lado, el nivel de educación de los trabajadores del cuidado tiende a ser menor que el del resto de los ocupados. Según datos de 2010, el 21,3% de los trabajadores del sector no había completado la educación primaria, el 48,5% tenía estudios secundarios incompletos, el 18,5% había completado la secundaria y apenas el 11,7% había alcanzado el nivel terciario. En el resto de los ocupados, el 19,3% no había completado la educación primaria, el 38% tenía estudios secundarios incompletos, el 22,4% había completado la secundaria y el 20,3% —casi el doble de la proporción observada entre los trabajadores del cuidado— tenía estudios terciarios (véase el gráfico III.14A).

Estas diferencias entre el nivel educativo de los trabajadores del cuidado y el resto de los ocupados se explican básicamente por el bajo nivel educativo de las trabajadoras del servicio doméstico. En 2010, el 85% de estas trabajadoras tenía educación secundaria incompleta o menos (el 26,7% no había completado la educación primaria), mientras que en el resto de los ocupados del cuidado ese porcentaje era del 26,8% (el 5,3% no había completado la educación primaria y el 21,5% no había completado la secundaria) (véase el gráfico III.14B).

Gráfico III.14
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

El indicador sintético de años de escolaridad ilustra más claramente estas diferencias. En todos los países, los trabajadores remunerados del cuidado —sobre todo las trabajadoras del servicio doméstico— presentan menor escolaridad que el resto de los ocupados, aunque en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Perú y Honduras

las diferencias son de escasa magnitud. Sin embargo, los trabajadores del cuidado en educación y salud presentan niveles de escolaridad considerablemente superiores (véase el cuadro III.4). Estos aspectos resultan relevantes al analizar las diferencias de ingresos, aspecto que se aborda más adelante.

Cuadro III.4
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): AÑOS DE ESCOLARIDAD DE TRABAJADORES EN EL SECTOR DEL CUIDADO Y EL RESTO DE LOS OCUPADOS, POR PAÍS, ALREDEDOR DE 2010

	Cuidados	Servicio doméstico	Resto de cuidadores	Educación	Salud	Servicios comunitarios y en los hogares	Resto de ocupados
Bolivia (Estado Plurinacional de) ^a	10,6	7,8	7,0	14,4	15,7	14,1	7,3
Brasil ^a	7,6	8,6	6,5	11,1	10,9	12,0	6,6
Chile ^a	10,4	11,5	8,8	12,9	13,4	13,2	9,0
Costa Rica	7,5	9,5	6,7	9,1	12,4	11,2	6,7
Ecuador ^b	8,1	9,2	6,8	11,4	14,6	11,4	7,4
El Salvador	6,3	7,5	4,8	13,5	14,6	13,2	4,9
Honduras	6,7	6,2	5,6	8,0	11,4	9,9	5,8
México	7,1	9,2	6,2	10,8	14,4	11,4	6,3
Nicaragua ^c	6,7	7,0	6,0	8,9	9,6	10,2	6,1
Panamá	9,9	10,1	8,3	11,8	14,4	14,8	8,6
Paraguay	7,6	8,5	7,0	11,6	14,3	13,0	7,2
Perú	10,7	8,9	8,6	16,0	16,3	15,8	8,8
República Dominicana	9,1	8,8	6,5	13,9	15,2	12,4	6,5
Uruguay ^b	8,7	10,0	7,3	10,9	13,1	13,0	7,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 2009.

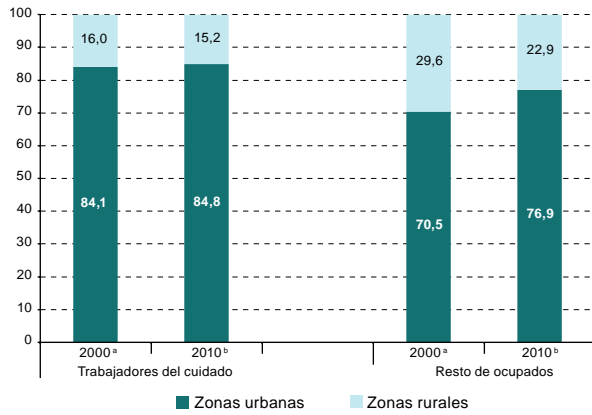
^b Los datos corresponden a las áreas urbanas.

^c Los datos corresponden a 2005.

El trabajo remunerado en el sector del cuidado se concentra en las zonas urbanas en mayor medida que en el resto de las ocupaciones. En 2010, casi el 85% del empleo en este sector se situó en zonas urbanas, mientras que en el resto de las ocupaciones ese porcentaje fue del

77% (véase el gráfico III.15). Por otro lado, se observa que en 2010 el 6,7% del total de los trabajadores de la región tenía ocupaciones vinculadas con el cuidado, con una incidencia del 7,6% en las zonas urbanas y del 4,1% en las rurales.

Gráfico III.15
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
 (En porcentajes)



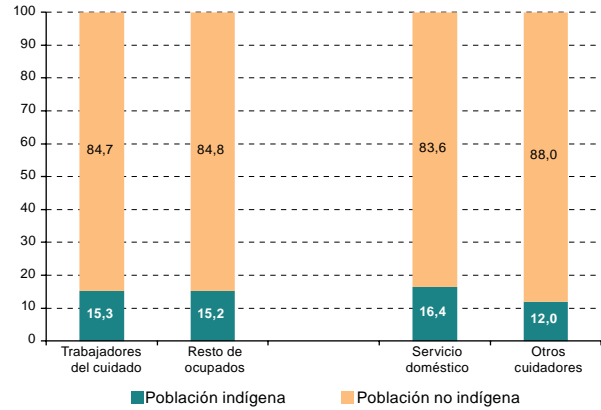
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

A su vez, aunque no se observan diferencias significativas en el perfil étnico de los trabajadores del cuidado respecto del resto de los ocupados, sí se identifica una presencia levemente mayor de población indígena entre los ocupados del servicio doméstico (16,4%), que contrasta con lo que ocurre en el resto de los trabajadores del cuidado, donde la incidencia de la población indígena es algo menor (12%) (véase el gráfico III.16).

Gráfico III.16
AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, SEGÚN PERTENENCIA A GRUPO ÉTNICO, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2010^a
 (En porcentajes)

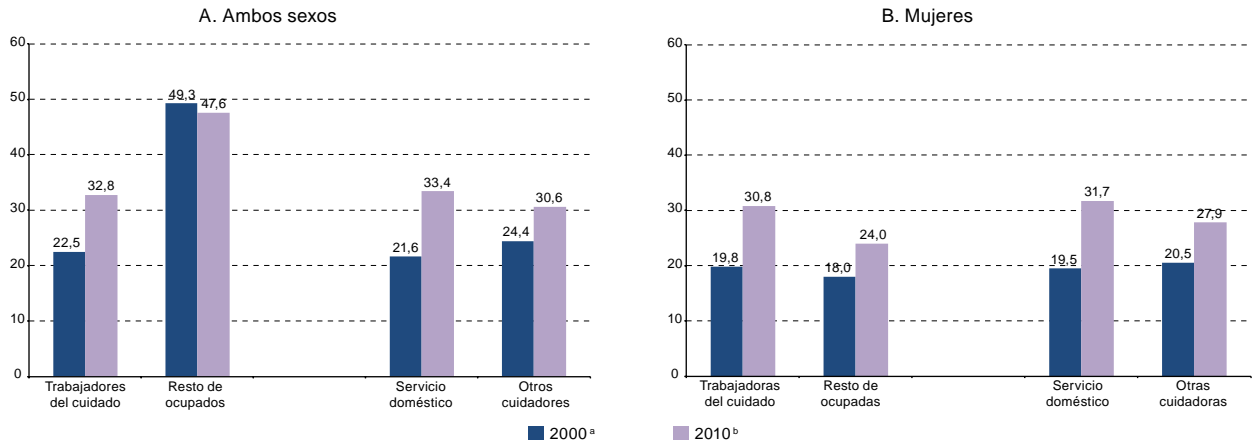


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, la República Dominicana, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia, a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Por otro lado, la presencia de jefes de hogar entre los trabajadores del cuidado es menor que entre el resto de los ocupados. No obstante, la proporción entre los primeros ha ido aumentando (del 22,5% en 2000 al 32,8% en 2010) mientras que en el resto incluso descendió levemente (del 49,3% en 2000 al 47,6% en 2010). En los trabajadores del servicio doméstico y el resto de los cuidadores estos porcentajes son muy similares (33,4% y 30,6%, respectivamente, en 2010). Cabe señalar, además, que el porcentaje de jefes de hogar ha aumentado en ambos grupos, si bien el incremento ha sido más marcado en el primero (véase el gráfico III.17).

Gráfico III.17
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): JEFES DE HOGAR EN DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

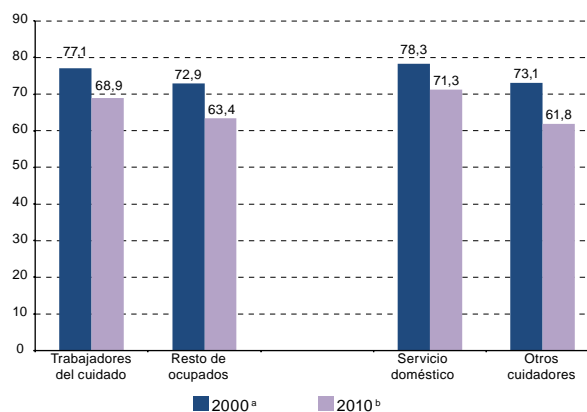
^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Al observar la jefatura de hogar exclusivamente entre las distintas categorías de mujeres ocupadas se confirman estas mismas tendencias pero surgen algunos matices. Por ejemplo, el porcentaje de jefas de hogar es mayor en las trabajadoras del sector del cuidado que en el resto de las ocupadas. Además, casi un tercio de las trabajadoras del servicio doméstico (31,7%) son jefas de hogar, una proporción que en el resto de las cuidadoras alcanza el 27,9%. Finalmente, entre las trabajadoras de los cuidados —y muy especialmente entre aquellas que se desempeñan en el servicio doméstico— el porcentaje de jefas de hogar ha sufrido un incremento significativo que supera por mucho al registrado para el resto de las ocupadas (véase el gráfico III.17B). En definitiva, existe una significativa y creciente proporción de ocupadas en el sector del cuidado que tienen responsabilidades familiares. Esto puede deberse a que las características de los puestos de trabajo de este sector —en particular las horas de trabajo— permitirían conciliar el trabajo remunerado con las necesidades de brindar cuidado en las familias.

Otro dato importante es que el porcentaje de trabajadores que viven en hogares con niños o adolescentes es mayor en el sector del cuidado (68,9%) que en el resto de los ocupados (63,4%). Este valor es algo más alto en el caso de los trabajadores —sobre todo las trabajadoras— del servicio doméstico (71,3%) y bastante menor cuando se observa el resto de los ocupados del sector del cuidado (61,8%) (véase el gráfico III.18). Cabe señalar, además, que si bien la proporción de quienes viven en hogares con niños ha descendido en todas las categorías —debido a los cambios en la fecundidad y al envejecimiento general de las sociedades de la región— los descensos han sido más marcados en el resto de los trabajadores que en los vinculados a actividades del cuidado y también han sido menos importantes entre las ocupadas del servicio doméstico que en el resto de los trabajadores del sector.

El nivel de ingreso medio per cápita de los hogares de los trabajadores remunerados del cuidado es menor que el del resto de los ocupados: según datos de 2010, el 36,5% de los trabajadores del cuidado vivían en hogares de los primeros dos quintiles de ingreso per cápita y el 40% pertenecía a los quintiles 4 y 5, proporciones que en el resto de los ocupados eran del 30% y 49% respectivamente. Entre 2000 y 2010 esta distribución ha empeorado levemente para los trabajadores del cuidado, mientras que en el resto de los ocupados se ha mantenido casi igual o incluso ha registrado una ligera mejora (véase el gráfico III.19A).

Gráfico III.18
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABAJADORES QUE VIVEN EN HOGARES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, POR GRUPO OCUPACIONAL, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

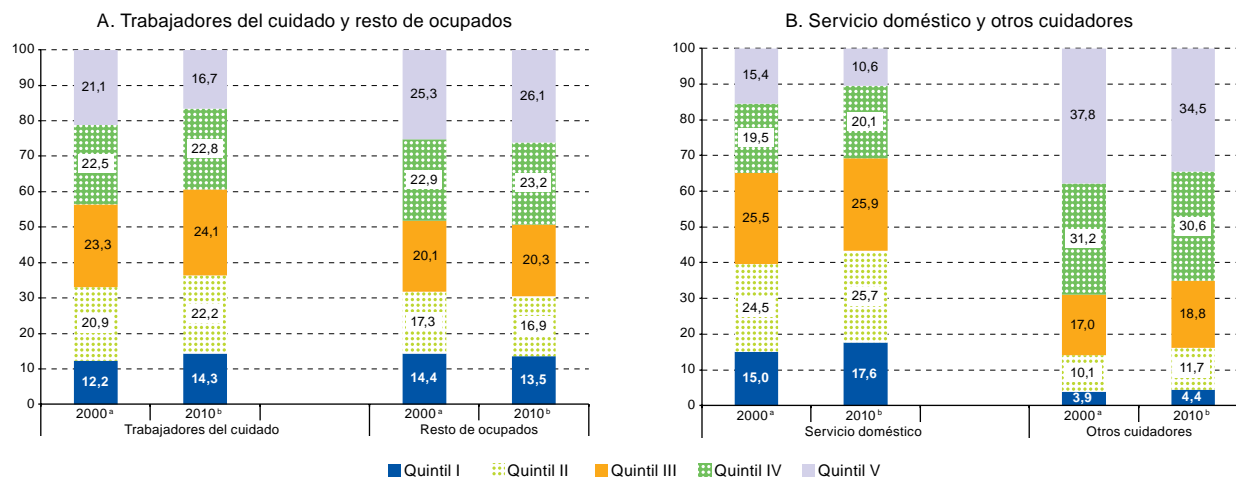
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

El análisis de los trabajadores remunerados del sector refleja el perfil claramente más vulnerable de las trabajadoras del servicio doméstico respecto del resto de los cuidadores. En 2010, el 43% de estas trabajadoras pertenecía a hogares de los quintiles 1 y 2 (el 17,6% al quintil 1 y el 25,7% al quintil 2), un dato que contrasta fuertemente con el 16,4% observado para el resto de los cuidadores (el 4,4% correspondiente al quintil 1 y el 11,7% correspondiente al quintil 2) (véase el gráfico III.19B).

Teniendo en cuenta estos resultados, no llama la atención que la pobreza tenga una mayor incidencia en los ocupados del sector del cuidado que en el resto de los ocupados (24,1% en los primeros frente al 20,2% de los segundos en 2010). Sin embargo, una vez más, se observa una importante heterogeneidad entre los ocupados vinculados a los cuidados: la incidencia de la pobreza entre los que se desempeñan en el servicio doméstico alcanzó el 29,1% en 2010, mientras que en el resto de los ocupados del sector fue del 9,6% (véase el gráfico III.20A). Un panorama similar se observa en relación con la incidencia de la indigencia (véase el gráfico III.20B).

Gráfico III.19
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)

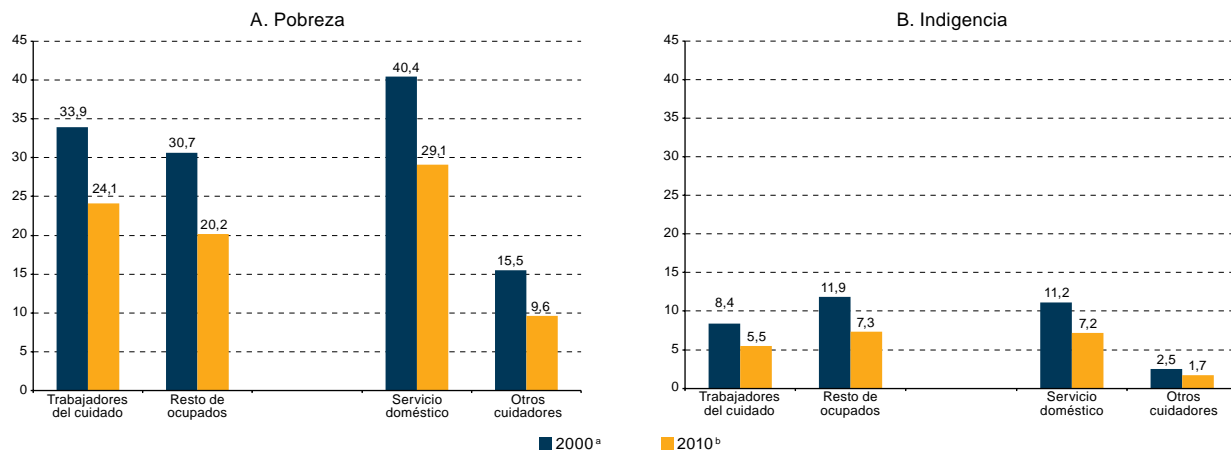


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Gráfico III.20
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA POBREZA Y LA INDIGENCIA EN DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de) a 2007, los del Brasil y Chile, a 2009.

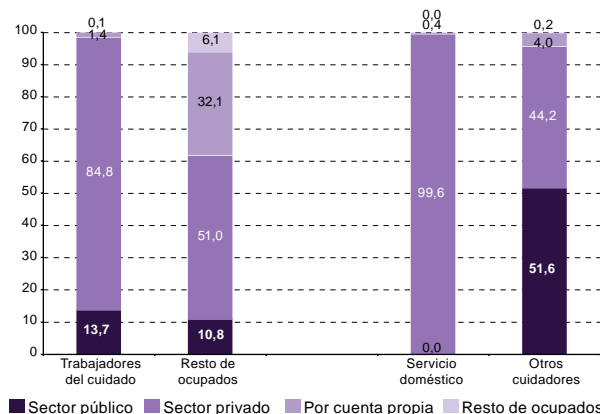
E. Condiciones laborales

Las condiciones laborales de los trabajadores remunerados del sector del cuidado son muy heterogéneas. Las trabajadoras del servicio doméstico son en su gran mayoría asalariadas privadas, mientras que en el resto de los cuidadores el sector público tiene una importancia significativa. Esta estructura ocupacional de los trabajadores del cuidado contrasta con la del resto de los ocupados, en donde el trabajo independiente cobra mayor relevancia. Los trabajadores remunerados del cuidado —en especial las trabajadoras del servicio doméstico— gozan de una menor protección social, trabajan en promedio menos horas semanales y cumplen más trabajo a tiempo parcial que el resto de los ocupados. Las brechas salariales por hora —ajustadas por características de los trabajadores— muestran una penalización considerable para el servicio doméstico en la gran mayoría de los países. Las condiciones de los trabajadores del cuidado en el sector de la educación no evidencian un patrón general, mientras que los cuidadores de la salud gozan de una prima salarial al ser comparados con el resto de los ocupados de similares características.

La inserción de los trabajadores del cuidado varía según su categoría ocupacional. Los trabajadores del servicio doméstico son en su gran mayoría asalariados privados, mientras que casi la mitad del resto de los cuidadores pertenecen al sector público. En efecto, el 63% de los trabajadores de la educación y el 57% de los de la salud pertenecen a ese sector. Esta estructura ocupacional de los trabajadores del cuidado difiere mucho de la del resto de los ocupados, donde el trabajo independiente adquiere mayor importancia (véase el gráfico III.21). En contraposición, el trabajo independiente en el sector del cuidado es casi inexistente, con la débil excepción de la salud donde representa casi un 5%. Estas características no han sufrido cambios en el tiempo.

La importancia del sector privado entre los trabajadores remunerados del cuidado varía considerablemente (desde el 95% en el Paraguay hasta el 60% en Bolivia (Estado Plurinacional de)) y se destaca el peso relativamente alto del trabajo por cuenta propia en el Uruguay, Honduras y Chile (véase el cuadro A-4 del anexo).

Gráfico III.21
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO Y DEL RESTO DE OCUPADOS, SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2010^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

La informalidad, entendida en el sentido productivo según la tradición del Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1972), es uno de los principales problemas de las economías regionales. El concepto de informalidad refiere a trabajos de baja productividad en segmentos marginales de la economía, así como a unidades económicas de subsistencia. La definición operativa implica incluir al colectivo de trabajadores del servicio doméstico dentro del grupo de trabajadores informales¹⁰. El resto de los trabajadores del cuidado presentan niveles de informalidad menores que los de los ocupados fuera de ese sector (17,8% en el caso de los primeros frente al 42,8% de los segundos en 2010). Sin embargo, dada la importancia del servicio doméstico dentro de los trabajadores del cuidado, la incidencia de la informalidad en el conjunto de estos trabajadores es alta (79,0%) (véase el cuadro III.5). Al igual que en el resto de ocupados, la informalidad ha descendido a lo largo de la década para los demás cuidadores. Se destaca además la baja incidencia del fenómeno entre los trabajadores de la educación y la salud, debido principalmente a la importancia del empleo público.

En 2010, el nivel de desprotección social —es decir, falta de cobertura de la seguridad social— de los trabajadores del cuidado fue algo superior (63,2%) a la

del resto de los trabajadores (56,9%). Esto se debe sobre todo a los elevados niveles de desprotección del servicio doméstico¹¹. Solo el 23,7% de los trabajadores del servicio doméstico contribuyó a la seguridad social en 2010. Los niveles de cobertura son considerablemente superiores entre los trabajadores de la educación y la salud, donde el sector público adquiere mayor importancia. En todos los países se observan grandes diferencias en cuanto a protección social dentro del grupo de los ocupados del sector del cuidado (véase el gráfico III.22).

Cuadro III.5
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA
INFORMALIDAD EN LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO,
SEGÚN SUBSECTORES, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)

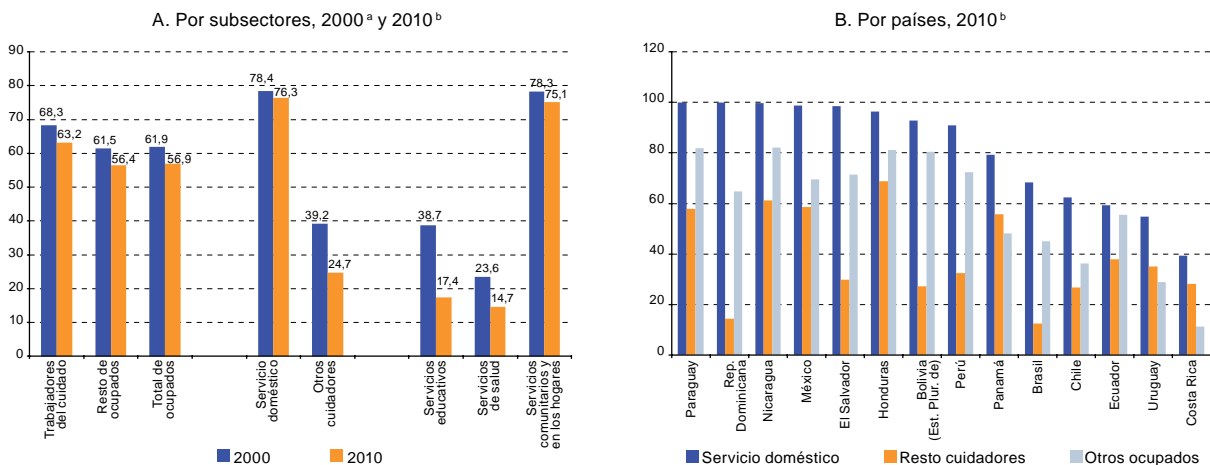
	2000 ^a	2010 ^b
Servicio doméstico	100,0	100,0
Resto de cuidadores	22,7	17,8
Servicios educativos	4,4	2,5
Servicios de salud	6,8	3,7
Servicios comunitarios y en los hogares	98,9	98,2
Trabajadores del cuidado	80,4	79,0
Resto de ocupados	52,3	42,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Gráfico III.22
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABAJADORES NO AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL,
PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

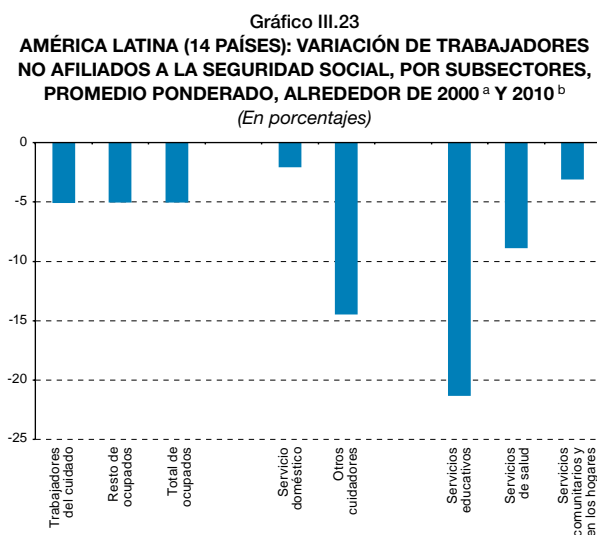
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

¹⁰ Se define como informales a los trabajadores independientes no calificados, los trabajadores no remunerados, los propietarios y asalariados de las microempresas (excluidos los calificados) y el servicio doméstico.

¹¹ Una explicación clave de este fenómeno se asocia a la debilidad de la regulación laboral y a criterios más flexibles en detrimento de los trabajadores.

La falta de cobertura de la seguridad social ha descendido en la última década tanto para los trabajadores del cuidado como para el resto de los ocupados. Sin embargo, la mejora en el primer grupo se debe casi exclusivamente a los trabajadores de la educación y la salud, ya que la variación correspondiente al servicio doméstico es de menor magnitud (véase el gráfico III.23).



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

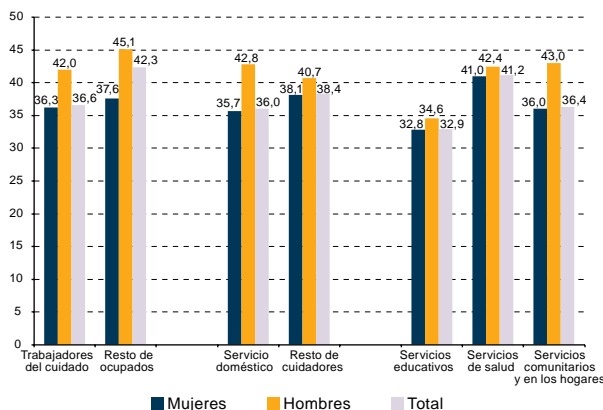
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 1998; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Perú, a 1999; los de Honduras, la República Dominicana y el Uruguay, a 2002.

^b Los datos de Nicaragua corresponden a 2005, los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009.

Las horas de trabajo semanales de quienes se desempeñan en el sector del cuidado son inferiores a las del resto de los ocupados (36,6 horas y 42,3 horas, respectivamente, en 2010) (véase el gráfico III.24). Esto es resultado de las horas de trabajo del servicio doméstico y, especialmente, de los trabajadores de la educación (33 horas), ya que los cuidadores del sector de la salud trabajan un número de horas similar al del resto de los trabajadores. Estos ordenamientos son estables en el tiempo, aunque se diferencian por sexo. En todas las inserciones laborales, tanto en cuidados como en el resto de las ocupaciones, los hombres trabajan de manera remunerada en promedio más horas que las mujeres. La diferencia es más marcada en las ocupaciones fuera del sector del cuidado y en

el servicio doméstico. En este último caso hay que tener en cuenta que los hombres son una proporción minoritaria en la ocupación¹².

Gráfico III.24
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): HORAS SEMANALES DE TRABAJO DE DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, SEGÚN SEXO, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2010^a
(En horas semanales)



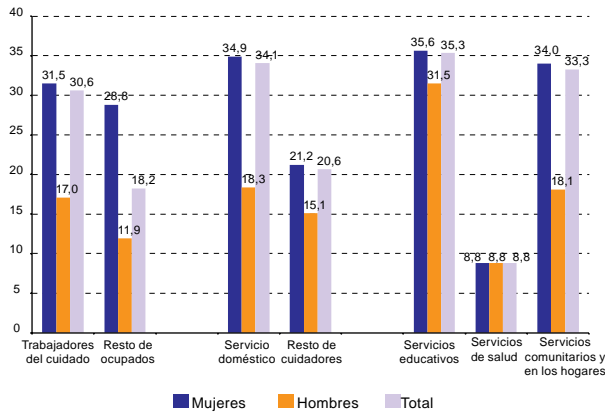
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de).

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

Las diferencias en las jornadas laborales pueden también observarse mediante la incidencia de la inserción a tiempo parcial (menos de 30 horas semanales). Esta inserción tiene un peso menor en los trabajadores del sector de la salud, mientras que resulta muy importante en los trabajadores de la educación y, especialmente, el servicio doméstico. En estos dos grupos, se destacan las diferencias entre hombres y mujeres. En todos los casos, la inserción a tiempo parcial es menor en los hombres, especialmente en el servicio doméstico (véase el gráfico III.25). La escasísima inserción de los hombres en estas ocupaciones parece responder a una naturaleza distinta que el usual trabajo por horas en distintos hogares que caracteriza al trabajo doméstico femenino.

¹² Existen limitaciones en la determinación de las horas de trabajo semanales a través de las encuestas de hogares. En el caso del servicio doméstico puertas adentro, por ejemplo, la naturaleza misma del trabajo dificulta su cuantificación. Sin embargo, estas trabajadoras —que son una proporción minoritaria del total del servicio doméstico— tienden a declarar un promedio de horas 30% superior al del resto de las ocupadas de ese subsector. En el caso de la educación, no se estarían cuantificando las horas dedicadas a la preparación de clases.

Gráfico III.25
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABAJADORES A TIEMPO PARCIAL EN DISTINTOS GRUPOS DE OCUPADOS, SEGUN SEXO, PROMEDIO PONDERADO, ALREDEDOR DE 2010^a
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de).

En 2010, la incidencia del pluriempleo —es decir, aquellos individuos que tienen más de un trabajo— es menor en los trabajadores del cuidado (6,1%) que entre el resto de los ocupados (7,6%) (véase el cuadro III.6). Los cuidadores que trabajan en servicios de educación y, especialmente, de salud, presentan mayores niveles de pluriempleo, muy superiores a los del resto de los ocupados. El servicio doméstico, mientras tanto, se destaca por la baja incidencia de este fenómeno. Emerge claramente un patrón diferenciado de pluriempleo entre hombres y mujeres —sobre todo en el sector del cuidado— con una incidencia significativamente mayor entre los hombres.

Cuadro III.6
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): INCIDENCIA DEL PLURIEMPLEO ENTRE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO, SEGUN SEXO Y SUBSECTOR, ALREDEDOR DE 2010^a
(En porcentajes)

	Mujeres	Hombres	Total
Servicio doméstico	4,8	5,8	4,8
Resto de cuidadores	9,3	15,2	9,8
Servicios educativos	9,3	14,6	9,6
Servicios de salud	11,1	16,9	11,9
Servicios comunitarios y en los hogares	4,9	5,7	4,9
Trabajadores del cuidado	5,9	9,5	6,1
Resto de ocupados	7,4	7,7	7,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas. No se incluyen datos de la Argentina, Colombia, Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de).

Esta descripción ilustra las características de los trabajadores remunerados del sector del cuidado y sus formas de inserción laboral. Para comprender mejor la situación de este colectivo es imprescindible analizar sus ingresos y compararlos con los del resto de los ocupados. Los estudios previos señalan que la remuneración del trabajo en el sector del cuidado tiende a ser peor que en otras ocupaciones cuando se controla por las características de los individuos (England y Folbre, 1999; OCDE, 2011a). Este sesgo afecta sobre todo a las mujeres y se observa también al analizar datos longitudinales, que indican que el mismo individuo gana menos cuando se dedica al cuidado que cuando trabaja en otras ocupaciones (England, Budig y Folbre, 2002). Este tipo de evidencia no existe en la región, ya que los estudios se han centrado básicamente en la identificación del tamaño del sector y las características de los trabajadores. Una excepción la constituye el estudio de Esquivel (2010) relativo a la Argentina, en el que se señala que las mujeres que trabajan en ocupaciones del cuidado no necesariamente reciben una penalización salarial, mientras que los hombres sí. Al desagregar el sector de los cuidados por tipo de ocupaciones, se detecta una penalización salarial para aquellas pertenecientes al sector de la salud, tanto para hombres como para mujeres, mientras que en el resto de las ocupaciones no hay diferencias significativas¹³.

Dada la escasa existencia de estudios regionales sobre esta temática, se pretende aportar información novedosa sobre los ingresos de los trabajadores del cuidado en relación con el resto de los ocupados. Para ello, parece razonable ir más allá de la comparación de los ingresos promedio, ya que las distintas características de ambos grupos —incluso dentro de los trabajadores del cuidado— pueden explicar, al menos en parte, las potenciales diferencias de ingresos.

Se analizan las diferencias de ingresos mediante la estimación de ecuaciones salariales, donde la variable dependiente o a explicar es el ingreso de los trabajadores (expresado en logaritmos) y las variables explicativas incluyen los tradicionales controles por características de los trabajadores¹⁴. Se utiliza la última ronda de encuestas de hogares disponible en los países. Los ingresos se consideran en términos mensuales y ajustados por horas de trabajo. Dados los intereses específicos de este ejercicio, se incluyeron variables que identifican a los trabajadores del cuidado. La primera aproximación consistió en identificar

¹³ Cabe recordar que en Esquivel (2010) se incluyen los médicos dentro de los ocupados del sector del cuidado.

¹⁴ No se realizó corrección por sesgo de selección ya que en estudios previos se encontró que distintos factores afectan la selectividad de las mujeres en el empleo, pero no entre ocupaciones del cuidado y el resto de las ocupaciones (Budig y Misra, 2010).

el sector del cuidado a nivel agregado, con una variable binaria que equivale a uno si el trabajador pertenece al sector del cuidado —conforme a los criterios definidos al comienzo de este capítulo— y a cero en caso contrario. El coeficiente de esa variable es el que nos interesa, ya que refleja la diferencia porcentual de ingresos con el resto de los ocupados. En primera instancia, y con fines ilustrativos, se analizaron las diferencias de ingresos sin incluir variables de control en la ecuación, lo que suele denominarse brecha sin ajustar. La segunda especificación incluye variables de control (sexo, nivel educativo, zona y experiencia potencial)¹⁵.

En el cuadro III.7 se presentan los coeficientes de la variable cuidados y su desvío, tanto para ingresos mensuales como para ingresos por hora. Cuando se consideran los ingresos mensuales, el coeficiente de la variable binaria

que distingue a los trabajadores del cuidado, sin ajustar por características, es negativo y significativo para todos los países, con excepción de Honduras. En promedio, los trabajadores del sector del cuidado considerados globalmente ganan entre un 89,6% (Costa Rica) y un 13,8 % (Perú) menos que el resto de los trabajadores. Al controlar por las características personales de los trabajadores, la brecha desciende considerablemente en todos los países (y deja de ser significativa en el caso de Nicaragua). En el Perú y El Salvador, países donde la penalización salarial promedio es de las de menor magnitud en la región, la diferencia se transforma en una prima salarial para los trabajadores del cuidado cuando se controla por características de los trabajadores. Esto quiere decir que los trabajadores del cuidado en estas economías ganan en promedio más que el resto de los trabajadores de similares características.

Cuadro III.7
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DIFERENCIAS SALARIALES DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO
CON EL RESTO DE LOS OCUPADOS, ALREDEDOR DE 2010^a

	Salarios mensuales				Salarios por hora			
	Brecha sin ajustar		Brecha ajustada		Brecha sin ajustar		Brecha ajustada	
	Coeficiente	Desvío	Coeficiente	Desvío	Coeficiente	Desvío	Coeficiente	Desvío
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-0,251	[0,0461] ^b	-0,0758	[0,0440] ^c	-0,0609	[0,0492]	0,0415	[0,0404]
Brasil	-0,635	[0,0075] ^b	-0,290	[0,00676] ^b	-0,386	[0,0069] ^b	-0,0883	[0,00654] ^b
Chile	-0,499	[0,0196] ^b	-0,223	[0,0169] ^b	-0,335	[0,0187] ^b	-0,114	[0,0166] ^b
Costa Rica	-0,896	[0,0379] ^b	-0,548	[0,0371] ^b	-0,436	[0,0293] ^b	-0,199	[0,0300] ^b
Ecuador	-0,336	[0,0214] ^b	-0,0996	[0,0222] ^b	-0,232	[0,0214] ^b	-0,0421	[0,0228] ^c
El Salvador	-0,147	[0,0224] ^b	0,0977	[0,0218] ^b	0,162	[0,0613] ^b	0,111	[0,0433] ^d
Honduras	0,0360	[0,0424]	-0,0568	[0,0386]	0,0116	[0,0433]	-0,119	[0,0399] ^b
México	-0,635	[0,0386] ^b	-0,224	[0,0359] ^b	-0,265	[0,0320] ^b	-0,0123	[0,0302]
Nicaragua	-0,286	[0,0352] ^b	-0,0203	[0,0399]	-0,299	[0,0322] ^b	-0,0887	[0,0364] ^d
Panamá	-0,756	[0,0315] ^b	-0,538	[0,0281] ^b	-0,594	[0,0293] ^b	-0,424	[0,0268] ^b
Paraguay	-0,593	[0,0345] ^b	-0,269	[0,0401] ^b	-0,282	[0,139] ^d	-0,217	[0,148]
Perú	-0,138	[0,0300] ^b	0,0966	[0,0306] ^b	-0,170	[0,0246] ^b	0,0188	[0,0242]
República Dominicana	-0,443	[0,0355] ^b	-0,266	[0,0307] ^b	-0,287	[0,0344] ^b	-0,168	[0,0306] ^b
Uruguay	-0,674	[0,0160] ^b	-0,357	[0,0146] ^b	-0,256	[0,0128] ^b	-0,0497	[0,0124] ^b

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^b El coeficiente es significativo al 1%.

^c El coeficiente es significativo al 10%.

^d El coeficiente es significativo al 5%.

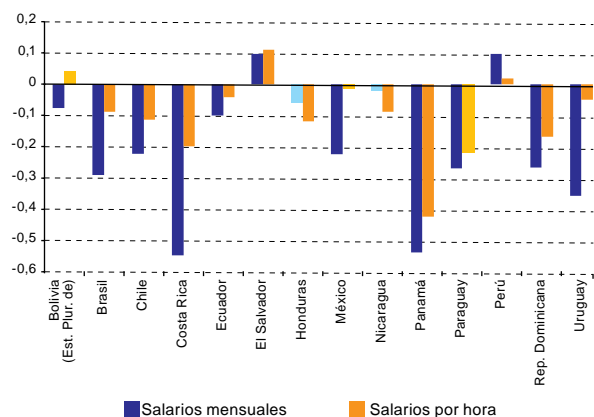
Al considerar las diferencias en los salarios por hora se mantienen los patrones antes señalados. Las brechas son de menor magnitud debido a que los trabajadores del cuidado trabajan menos horas que el resto de los ocupados. Por lo tanto, esta brecha salarial horaria refleja de manera más adecuada las diferencias entre los trabajadores del cuidado y el resto de los ocupados. Al ajustar por características de los trabajadores, las diferencias salariales dejan de

ser significativas en Bolivia (Estado Plurinacional de), México, el Paraguay y el Perú, mientras que en El Salvador se mantiene la prima salarial.

En el gráfico III.26 se sintetizan los resultados de las diferencias porcentuales de ingresos entre los trabajadores del cuidado y el resto de los ocupados, tanto en términos mensuales como por hora, controlando por características de los trabajadores.

¹⁵ Lamentablemente, en la mayor parte de los países no se dispone de información sobre sindicalización o cobertura de la negociación salarial de los trabajadores, variables relevantes para analizar las diferencias de ingresos.

Gráfico III.26
**AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DIFERENCIAS SALARIALES ENTRE
 LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO Y EL RESTO
 DE LOS OCUPADOS, ALREDEDOR DE 2010^{a,b}**
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^b Las barras más claras indican los casos que no resultan significativos estadísticamente.

Una segunda aproximación al estudio de las diferencias salariales consistió en distinguir a los trabajadores del servicio doméstico del resto de los ocupados del cuidado.

En el cuadro III.8 se presentan los coeficientes de las variables binarias que distinguen al servicio doméstico y al resto de los trabajadores del cuidado, respectivamente, del resto de los ocupados (así como los desvíos y la significación). Estos coeficientes indican las brechas porcentuales de cada grupo con respecto a trabajadores similares fuera del sector del cuidado, ya que corresponden a ecuaciones que incluyen las variables de control. En términos mensuales, en 9 de los 14 países considerados se detecta una penalización salarial para los trabajadores del servicio doméstico. Las excepciones son Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Honduras, Nicaragua y el Perú. Esa penalización tiende a mantenerse al considerar remuneraciones por hora, aunque su magnitud es considerablemente menor, y deja de ser significativa en México y el Paraguay, mientras que pasa a serlo en Honduras. Por lo tanto, el servicio doméstico recibe una penalización en términos de salarios por hora en 8 de los 14 países considerados. La magnitud de las diferencias en los ingresos por hora varía desde una penalización del 5% en el Ecuador, hasta valores cercanos al 46% en Panamá. En relación con el resto de trabajadores del cuidado, no se detecta un patrón claro. En términos de salarios por hora, en 8 de los 14 países considerados las diferencias son significativas, pero en 2 (Brasil y El Salvador) se observa una prima salarial favorable a estos trabajadores.

Cuadro III.8
**AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DIFERENCIAS SALARIALES DE DISTINTOS GRUPOS DE TRABAJADORES DEL CUIDADO
 CON EL RESTO DE LOS OCUPADOS, BRECHAS AJUSTADAS, ALREDEDOR DE 2010^a**

	Salarios mensuales				Salarios por hora			
	Servicio doméstico		Resto de cuidadores		Servicio doméstico		Resto de cuidadores	
	Coefficiente	Desvío	Coefficiente	Desvío	Coefficiente	Desvío	Coefficiente	Desvío
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-0,00460	[0,0639]	-0,142	[0,0565] ^b	0,00479	[0,0641]	0,0755	[0,0471]
Brasil	-0,384	[0,00776] ^c	-0,0202	[0,0103] ^b	-0,139	[0,00755] ^c	0,0563	[0,0105] ^c
Chile	-0,333	[0,0200] ^c	-0,0464	[0,0249] ^d	-0,143	[0,0207] ^c	-0,0686	[0,0238] ^c
Costa Rica	-0,630	[0,0468] ^c	-0,406	[0,0537] ^c	-0,104	[0,0309] ^c	-0,385	[0,0585] ^c
Ecuador	-0,129	[0,0256] ^c	-0,0172	[0,0371]	-0,0510	[0,0247] ^b	-0,0172	[0,0456]
El Salvador	0,102	[0,0239] ^c	0,0808	[0,0495]	0,0392	[0,0535]	0,256	[0,0574] ^c
Honduras	-0,0719	[0,0438]	-0,0340	[0,0609]	-0,182	[0,0462] ^c	-0,0223	[0,0616]
México	-0,279	[0,0414] ^c	-0,0268	[0,0602]	-0,000729	[0,0342]	-0,0542	[0,0589]
Nicaragua	0,0888	[0,0422] ^b	-0,429	[0,0809] ^c	-0,0581	[0,0391]	-0,203	[0,0709] ^c
Panamá	-0,624	[0,0334] ^c	-0,407	[0,0459] ^c	-0,459	[0,0313] ^c	-0,373	[0,0458] ^c
Paraguay	-0,286	[0,0430] ^c	-0,164	[0,0845] ^d	-0,207	[0,160]	-0,315	[0,164] ^d
Perú	0,143	[0,0368] ^c	-0,0166	[0,0496]	0,0226	[0,0271]	0,00890	[0,0454]
República Dominicana	-0,352	[0,0354] ^c	-0,118	[0,0472] ^b	-0,256	[0,0364] ^c	-0,0173	[0,0427]
Uruguay	-0,504	[0,0178] ^c	-0,162	[0,0218] ^c	-0,0382	[0,0157] ^b	-0,0650	[0,0181] ^c

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^b El coeficiente es significativo al 5%.

^c El coeficiente es significativo al 1%.

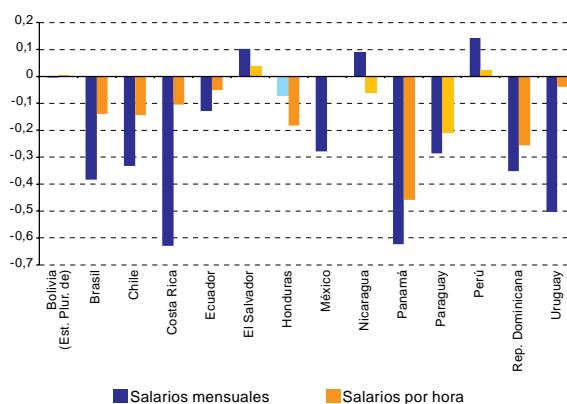
^d El coeficiente es significativo al 10%.

En el gráfico III.27 se sintetizan los resultados de las diferencias salariales porcentuales entre trabajadores del servicio doméstico y el resto de los trabajadores, tanto en salarios mensuales como por hora, controlando por características de los trabajadores. Las barras más claras indican los casos que no resultan significativos estadísticamente.

En el análisis anterior, el grupo de trabajadores del cuidado fuera del servicio doméstico (denominado otros cuidados) engloba a trabajadores de la salud y de la educación, así como al servicio doméstico fuera de los hogares (este subgrupo es muy minoritario). Como se discutió, el análisis agregado no permite detectar un patrón claro en este grupo. Sin embargo, al separar los trabajadores del cuidado pertenecientes a la educación y aquellos que desarrollan actividades en la salud, surgen algunos elementos de interés. En términos mensuales, en 10 de los 14 países considerados los trabajadores del cuidado en el subsector de la educación reciben una penalización salarial al compararlos con trabajadores similares fuera del sector del cuidado (véase el cuadro III.9). Sin embargo, al considerar los salarios por hora, esa penalización desaparece en la mayoría de los países (con excepción de Chile, Nicaragua, el Paraguay y el Perú). En el caso de la salud, en 10 de los 14 países considerados se evidencia una prima salarial en términos mensuales para los cuidadores que trabajan en el sector, que se mantiene

para casi todos al considerar los ingresos por hora (salvo en Chile, donde el coeficiente deja de ser significativo). Esto probablemente se vincula con la mayor inserción de esos trabajadores en el sector público.

Gráfico III.27
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DIFERENCIAS SALARIALES ENTRE LOS TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMÉSTICO Y EL RESTO DE LOS OCUPADOS, ALREDEDOR DE 2010^{a b}
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.
^b Las barras más claras indican los casos que no resultan significativos estadísticamente.

Cuadro III.9
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DIFERENCIAS SALARIALES DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO EN EDUCACIÓN Y SALUD CON EL RESTO DE LOS OCUPADOS, ALREDEDOR DE 2010^a

	Salarios mensuales				Salarios por hora			
	Educación		Salud		Educación		Salud	
	Coefficiente	Desvío	Coefficiente	Desvío	Coefficiente	Desvío	Coefficiente	Desvío
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-0.207	[0.0727] ^b	0.0679	[0.0725]	0.193	[0.0530] ^b	-0.0318	[0.0795]
Brasil	-0.180	[0.0165] ^b	0.129	[0.0138] ^b	0.0315	[0.0169] ^c	0.119	[0.0150] ^b
Chile	-0.0901	[0.0201] ^b	0.102	[0.0523] ^c	-0.0842	[0.0217] ^b	0.00647	[0.0515]
Costa Rica	-0.0903	[0.0684]	0.351	[0.0811] ^b	0.0554	[0.0871]	0.271	[0.0875] ^b
Ecuador	-0.199	[0.0668] ^b	0.253	[0.0525] ^b	-0.0955	[0.0785]	0.233	[0.0815] ^b
El Salvador	0.0271	[0.0432]	0.201	[0.0663] ^b	0.291	[0.0650] ^b	0.247	[0.102] ^d
Honduras	-0.178	[0.115]	0.359	[0.0916] ^b	0.203	[0.129]	0.323	[0.0928] ^b
México	-0.0560	[0.103]	0.444	[0.0548] ^b	0.161	[0.0927] ^c	0.324	[0.0552] ^b
Nicaragua	-0.769	[0.0900] ^b	0.0327	[0.120]	-0.338	[0.0793] ^b	0.0680	[0.142]
Panamá	-0.323	[0.0857] ^b	0.116	[0.0344] ^b	-0.139	[0.0782] ^c	0.111	[0.0364] ^b
Paraguay	-0.322	[0.137] ^d	0.0815	[0.0850]	-0.281	[0.0843] ^b	-0.127	[0.226]
Perú	-0.296	[0.0581] ^b	0.193	[0.0712] ^b	-0.130	[0.0634] ^d	0.181	[0.0605] ^b
República Dominicana	-0.153	[0.0570] ^b	0.104	[0.0739]	-0.0485	[0.0493]	0.158	[0.0759] ^d
Uruguay	-0.133	[0.0452] ^b	0.292	[0.0218] ^b	0.115	[0.0443] ^b	0.183	[0.0206] ^b

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.

^b El coeficiente es significativo al 1%.

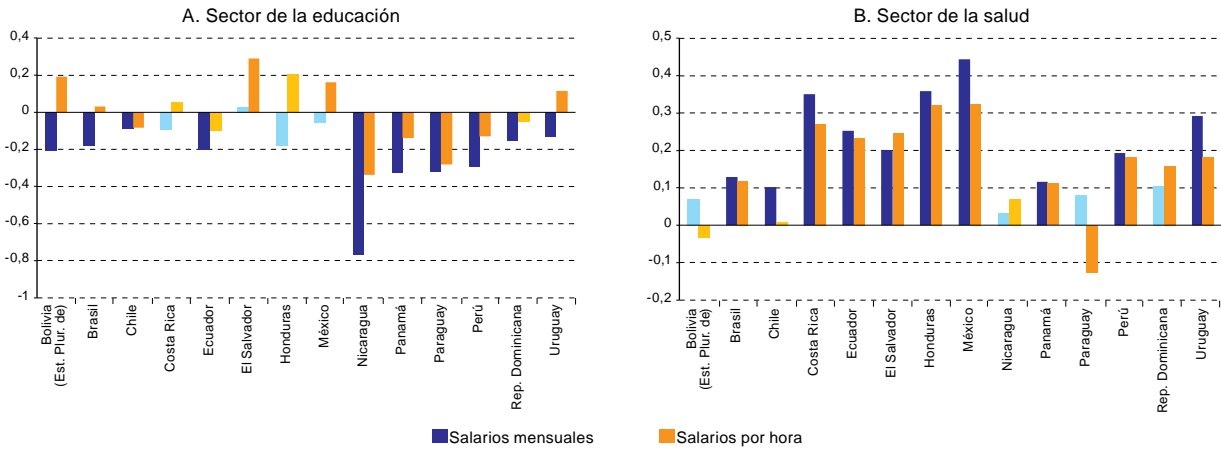
^c El coeficiente es significativo al 10%.

^d El coeficiente es significativo al 5%.

En el gráfico III.28 se sintetizan los resultados de las diferencias salariales porcentuales de trabajadores del cuidado en los sectores de la salud y la educación en

relación con el resto de los trabajadores. Nuevamente, las barras más claras indican los casos que no resultan significativos estadísticamente.

Gráfico III.28
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DIFERENCIAS SALARIALES DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO EN LOS SECTORES DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD CON EL RESTO DE LOS OCUPADOS, ALREDEDOR DE 2010^{a b}
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Los datos de Nicaragua corresponden a 2005; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2007; los del Brasil y Chile, a 2009. Los datos del Ecuador y el Uruguay corresponden a las áreas urbanas.
^b Las barras más claras indican los casos que no resultan significativos estadísticamente.

En el análisis presentado se muestra la alta heterogeneidad que existe dentro de los trabajadores remunerados del cuidado y las diferencias observadas en los mercados laborales de los países de la región. La penalización salarial de los trabajadores del cuidado que se registra en los países desarrollados —y que también surge en los países de la región— engloba distintas situaciones. En la mayoría de las países se detecta una penalización salarial significativa para el servicio doméstico, cuya magnitud desciende al considerar las

remuneraciones por hora en lugar de las mensuales. Los trabajadores de la educación también sufren una penalización en términos mensuales, que tiende a desaparecer al considerar los ingresos por hora. En el caso de los trabajadores del sector de la salud, por el contrario, se detecta una prima o ventaja salarial en la mayor parte de los países. Para comprender mejor estas brechas y sus diferencias por países debería incorporarse al análisis el estudio de las especificidades de los mercados laborales de la región y sus regulaciones.

F. Empleo doméstico en América Latina: vulnerabilidades y discriminación en un contexto de crisis

El empleo doméstico aparece como una categoría en la que confluye un perfil poblacional específico —en el que destacan la altísima proporción de mujeres y la alta incidencia de migrantes internacionales—, déficits en activos básicos y mayor precariedad en las condiciones laborales. Las importantes diferencias socioeconómicas entre el empleo doméstico y el resto de los trabajadores del cuidado reflejan la existencia en la región de modelos duales de protección y regulación laboral. El lugar relativamente invisible que el empleo doméstico ocupa en la agenda de las políticas y las regulaciones laborales en América Latina es un indicador del arraigo de pautas discriminatorias hacia las mujeres y de desvalorización del trabajo asociado tradicionalmente a la feminidad y al cuidado de otros. Los flujos migratorios de mujeres asociados al cuidado profundizan la desprotección y la discriminación en el sector.

En las secciones anteriores se da cuenta de una importante heterogeneidad entre los trabajadores del cuidado, y el empleo doméstico aparece como una categoría en la que confluye un perfil poblacional específico, déficits en activos básicos y mayor precariedad en las condiciones laborales. La evidencia presentada confirma lo que varias investigaciones ya han ilustrado: el empleo doméstico está más feminizado que el resto de las ocupaciones del cuidado, y presenta un nivel educativo inferior, una mayor incidencia de pobreza e indigencia y un porcentaje más elevado de población indígena que el resto de los trabajadores del sector. Como se señala en CEPAL (2007), esta situación “está legitimada socialmente puesto que no implica la trasgresión de ninguna norma cultural. Cuidar es cosa de mujeres y servir es asunto de mujeres pobres” (CEPAL, 2007, pág. 71).

El empleo doméstico también es la categoría en la que se concentra una mayor proporción de jefas de hogar y de trabajadoras que viven en hogares con niños y adolescentes. A su vez, existe una fuerte asociación entre empleo doméstico y hogares monoparentales con jefatura femenina, lo que refleja un núcleo de desigualdad donde se combinan vulnerabilidad, alta dependencia del ingreso

y graves dificultades para conciliar el trabajo remunerado con el no remunerado (CEPAL, 2007).

Las importantes diferencias socioeconómicas entre el empleo doméstico y el resto de los trabajadores del cuidado reflejan la existencia en la región de modelos duales de protección y regulación laboral (Esquivel, 2010; Lund, 2010; Palriwala y Neetha, 2010). En esta dualidad, el empleo doméstico aparece como una categoría que combina escasa regulación, bajos salarios, escaso acceso a protección social, discriminación y condiciones laborales extremadamente precarias (Amarante y Espino, 2008; CEPAL, 2007; Loyo y Velásquez, 2009; Valenzuela y Moras, 2009; Cortés, 2009; Blofield, 2012).

El lugar relativamente invisible (Esquivel, 2010) que el empleo doméstico ocupa en la agenda de las políticas y las regulaciones laborales en América Latina (Chaney y García Castro, 1991; Blofield, 2012) indica el arraigo de pautas discriminatorias hacia las mujeres y de desvalorización del trabajo asociado tradicionalmente a la feminidad y al cuidado de otros (CEPAL, 2007) (véase el recuadro III.3). Es también, en última instancia, reflejo de los altos niveles de desigualdad —de género y de estratos sociales— que todavía persisten en las sociedades de la región.

Recuadro III.3

EMPLEO DOMÉSTICO Y REGULACIÓN LABORAL EN AMÉRICA LATINA: PAUTAS HISTÓRICAS Y TENDENCIAS RECIENTES

El empleo doméstico en América Latina suele inscribirse en un situación jurídica más precaria que la del resto de los trabajadores (Loyo y Velásquez, 2009; Blofield, 2012). En la mayoría de los países de la región la normativa que rige al conjunto de los ocupados no rige al empleo doméstico o, aunque así sea, no se aplica.

Estas diferencias se hacen visibles en las regulaciones sobre horas máximas semanales de trabajo que la legislación permite. Tradicionalmente, en América Latina ha existido una enorme brecha entre las horas de trabajo que la ley de cada país establecía para el conjunto de los trabajadores y para los trabajadores

domésticos. En la mayor parte de los países esta brecha persiste, aunque en algunos casos se observan cambios significativos en la normativa que, entre otras cosas, han reducido las diferencias (como en Colombia) o incluso las han eliminado (como en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Perú y Uruguay) (Blofield, 2012).

AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): HORAS MÁXIMAS SEMANALES DE TRABAJO QUE PERMITE LA NORMATIVA LABORAL PARA EL CONJUNTO DE LOS TRABAJADORES Y PARA LOS TRABAJADORES DOMÉSTICOS, 1980 Y 2010

	1980			2010		
	Trabajadores en general	Trabajadores domésticos	Diferencia	Trabajadores en general	Trabajadores domésticos	Diferencia
Argentina	48	72	24	48	72	24
Bolivia (Estado Plurinacional de)	48	104	56	48	48/60 ^a	0/12
Brasil	48	(96) ^b	48	44	(96) ^b	52
Chile	48	72	24	45	72	27
Colombia	48	(96) ^c	48	48	58/60 ^a	0/12
Costa Rica	48	78	30	48	48	0
República Dominicana	48	82,5	34,5	44	82,5	38,5
Ecuador	44	(104) ^d	60	40	(104) ^d	64
El Salvador	44	72	28	44	72	28
Guatemala	48	96	48	48	96	48
Honduras	44	84	40	44	84	40
México	48	(96) ^e	48	48	(96) ^e	48
Nicaragua	48	72	24	48	72	24
Panamá	48	90	42	48	90	42
Paraguay	48	72	24	48	72	24
Perú	48	96	48	48	48 ^f	0/?
Uruguay	48	(96) ^{c, g}	48	48/44	44	0
Venezuela (República Bolivariana de)	48	84/48 ^h	36/0	44	84/44 ^h	36/0

Fuente: M. Blofield, *Care, Work and Class: Domestic Workers' Struggle for Equal Rights in Latin America*, Penn State University Press, 2012, pág.20, sobre la base de los códigos del trabajo de cada país.

^a Se aplican 60 horas a empleadas domésticas puertales adentro o que viven en el hogar.

^b La jornada laboral no está limitada, lo que en la práctica permite una jornada de hasta 16 horas.

^c Las horas de trabajo regular no aplican a los trabajadores domésticos.

^d Los trabajadores domésticos tienen un día libre cada dos semanas.

^e El código del trabajo especifica "tiempo suficiente para descansar y comer", lo que ha sido trasladado a jornadas de 16 horas.

^f Se aplican 48 horas explícitamente únicamente a quienes viven en el hogar con sus patrones.

^g Los trabajadores domésticos tienen un día libre por semana.

^h Se aplican 84 horas a quienes viven en el hogar con sus patrones.

Además, los trabajadores domésticos se encuentran en clara desventaja en la normativa en comparación con otros trabajadores en aspectos clave para alcanzar el trabajo decente, como el salario mínimo, la licencia por maternidad, el acceso a la seguridad social, el descanso semanal o las vacaciones (CEPAL, 2007; Loyo y Velásquez, 2009; Valenzuela y Moras, 2009; Blofield, 2012). Esta situación refleja pautas discriminatorias explícitas, basadas en "el argumento de que este trabajo posee ciertas particularidades vinculadas a las demandas de cuidado y reproducción social de los hogares y las familias" (CEPAL, 2007). También es muestra de la traslación de la subvaloración de las tareas domésticas

y de cuidado en las sociedades de la región al sector del empleo que se espera sustituya una parte de estas tareas (CEPAL, 2007; Rodgers, 2009).

Pese a estas tendencias, cabe destacar que recientemente algunos países de la región han dado pasos significativos para modificar algunos componentes de la normativa que discriminaba en forma explícita a los trabajadores del servicio doméstico. En 2003, el Estado Plurinacional de Bolivia equiparó la mayor parte de los derechos de los trabajadores domésticos a los del conjunto de los ocupados. Un proceso similar se realizó en el Uruguay en 2006, en Costa Rica en 2009 y, más parcialmente,

en el Perú en 2003. Además, en junio de 2011 la 100^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT) adoptó el Convenio 189 y la recomendación núm. 201 sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos. En él se incluyen normas laborales para proteger a los trabajadores domésticos, y se establecen derechos y la necesidad de regulación de horas de trabajo razonables, descanso semanal, límites a los pagos en especie, información clara sobre los términos y las condiciones de empleo, así como el respeto a los principios y derechos fundamentales en el trabajo, en particular, el derecho a la libertad sindical y la negociación colectiva.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de M.E. Valenzuela y C. Moras (eds.), *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*, Santiago de Chile, OIT, 2009; M.G. Loyo y M. Velásquez, "Aspectos jurídicos y económicos del trabajo doméstico remunerado en América Latina", *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*, M.E. Valenzuela y C. Mora (eds.), Santiago de Chile, OIT, 2009; J. Rodgers, "Cambios en el servicio doméstico en América Latina", *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*, M.E. Valenzuela y C. Mora (eds.), Santiago de Chile, OIT, 2009; CEPAL, *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe* (LC/L.2738/CRM.10/3), Santiago de Chile, 2007; M. Blofield, *Care, Work and Class: Domestic Workers' Struggle for Equal Rights in Latin America*, Penn State University Press, 2012; OIT, texto de la recomendación sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 [en línea] <http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/lang-es/index.htm#a2>.

1. Migración femenina y servicio doméstico

El servicio doméstico y, específicamente, las actividades del cuidado, son uno de los temas abordados en la literatura de género y migración (Sassen, 2000; Pessar y Mahler, 2001; Morokvásic, 1984; Chant, 2003; Boyd y Grieco, 2003; Arriagada y Todaro, 2012). Sus vínculos con la migración interna y, sobre todo, la migración internacional en la región también se han tratado en algunos trabajos de la CEPAL (Martínez Pizarro, 2003; Tokman, 2008). El diagnóstico es claro: en muchos países de la región y del mundo se observa una concentración de mujeres migrantes en ocupaciones como el servicio doméstico y las actividades del cuidado.

Como la economía del cuidado es dinámica, intensiva en mano de obra y particularmente bien satisfecha por migrantes (sobre todo internacionales), estos suelen tener una presencia sobredimensionada y muy activa en la fuerza de trabajo de la economía del cuidado. Esta relación ha sido bien documentada para el empleo doméstico (Szazs, 1995). Sin embargo, los resultados de los censo de 2010 en algunos países sugieren que la participación de los migrantes internos en el empleo ya no sería tan significativa y estaría tendiendo a la convergencia con la población no migrante (véase el cuadro III.10).

Cuadro III.10
ECUADOR, MÉXICO Y PANAMÁ: POBLACIÓN MIGRANTE Y NO MIGRANTE EN EL SERVICIO DOMÉSTICO, 2010
(En porcentajes)

País/año censal		Porcentaje en el servicio doméstico			
		DAM ^a toda la vida	DAM ^a reciente	DAME ^b toda la vida	DAME ^b reciente
Ecuador 2010	No migrante	3,4	3,9	3,2	3,9
	Migrante	5,2	4,0	5,0	4,5
México 2010 (solo cuidadores)	No migrante	3,1	3,2	No hay datos	3,3
	Migrante	4,0	4,4		3,7
Panamá 2010	No migrante	4,0	4,7	3,8	4,7
	Migrante	7,8	8,1	6,6	7,1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del procesamiento especial de los microdatos censales.

^a División administrativa mayor.

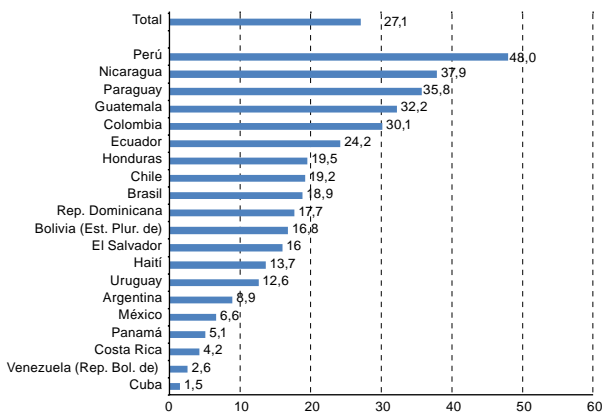
^b División administrativa menor.

En el caso de la migración internacional, la asociación entre migrantes y servicio doméstico es bastante más marcada. Uno de los rasgos que definen los flujos migratorios de mujeres entre los países de América Latina es su carácter laboral. Muchas migrantes identifican crecientemente una razón económica para su decisión de migrar y trabajan en gran medida en el servicio doméstico en el país de destino, ya que ahí encuentran oportunidades reales de inserción económica (Cortés, 2005; Martínez Pizarro, 2006). En la región existe una gran cantidad de migrantes ocupadas como trabajadoras del hogar. A escala intrarregional, a comienzos de 2000 representaban un 27% de la fuerza de trabajo femenina migrante. Este fenómeno adquiere especial relevancia en algunas subregiones y países específicos. En la Argentina y en Costa Rica —importantes países de inmigración— la concentración de mujeres en el servicio doméstico es alta, cercana al 29% y al 36%, respectivamente. Lo mismo sucede en Chile, donde esta proporción alcanza el 43% (Martínez Pizarro, 2006). Cabe destacar que esta migración no desplaza a la población nativa de sus ocupaciones, sino que obedece a la evolución del mercado de trabajo, que enfrenta un agotamiento en

la provisión de migrantes internos rurales y donde el tipo de servicio ofrecido pasa de tiempo completo (con residencia en el hogar) a puertas afuera (sin residencia en el hogar) (Tokman, 2008).

En el gráfico III.29 se observa que no solo existe una segregación laboral por género sino también por país de origen (véase el cuadro A-5 del anexo). Cada vez es más común encontrar que migrantes provenientes de un mismo país desempeñen el mismo tipo de trabajo en los diversos destinos a los que se dirigen. Al igual que las enfermeras y pedagogas caribeñas, la especialización de las mujeres migrantes peruanas en el servicio doméstico resulta uno de los casos más claros, pues en su conjunto, casi el 50% trabaja en este sector. Las peruanas empleadas en el servicio doméstico poseen la más alta calificación en comparación con los otros grupos de migrantes, y dicha ventaja comparativa puede ser uno de los motivos por los que se insertan con mayor facilidad en estos puestos. Sin embargo, Pacea y Courtis (2008) han advertido que la sobrecalificación en el servicio doméstico no siempre va seguida de un mejor salario, al menos de acuerdo a lo observado en la Argentina.

Gráfico III.29
**AMÉRICA LATINA: MUJERES MIGRANTES EN EL SERVICIO
 DOMÉSTICO, POR PAÍS DE NACIMIENTO, 2000**
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Programa Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA) y procesamientos especiales en REDATAM de los censos nacionales de población.

Otro hecho sobresaliente es que en los principales países receptores la mayoría de las mujeres migrantes trabajadoras del hogar son madres. Por ejemplo, en la Argentina el 66% del total de peruanas ocupadas en el servicio doméstico tiene hijos. Este porcentaje llega al 72% en el caso de las nicaragüenses en Costa Rica; el 85% en el de las peruanas en Chile y el 87% en el de las colombianas en la República Bolivariana de Venezuela. Esto es relevante, primero, porque significa que estas mujeres son económicamente responsables de sus hijos y, segundo, porque constituye un indicio palpable de la relatividad de la autonomía con que se resuelve la decisión migratoria de las mujeres que se desplazan solas, es decir, dejando a sus hijos en el país de origen (Martínez Pizarro, 2006).

La vulnerabilidad económica y de poder, sumada al hecho de ser madres, impulsa a las mujeres a aceptar empleos de menor prestigio y remuneración que los ocupados por varones de calificación similar, lo que genera una segregación y segmentación ocupacional en empleos precarios y de alto riesgo como los del servicio doméstico (Cortés, 2005; Staab,

2003; Szas y Lerner, 2003 citados en Martínez Pizarro, 2008). El problema radica en la desprotección con que estas tareas se realizan y la discriminación de la que son objeto, elementos que potencian aún más su vulnerabilidad, sobre todo si las empleadas permanecen indocumentadas. En la mayoría de los casos hay una combinación de varios factores, como la situación residencial —documentada o indocumentada—, el país de origen, la etnia, el tiempo de residencia en el país de destino, el dominio del idioma, el nivel de educación y otras variables.

La vulnerabilidad de las mujeres migrantes está estrechamente relacionada con su inserción laboral (además de las travesías y los retornos) en ocupaciones de menor prestigio y remuneración, con desprotección en sentido amplio. En su proceso de inserción en los países desarrollados son presa fácil de explotación y corren el riesgo de vincularse con la irregularidad, la trata y el tráfico de personas (estos últimos muy difíciles de cuantificar). Hace años, Lim (1998) planteaba que el envejecimiento y la creciente integración de las mujeres nativas al mercado laboral favorecían que las mujeres migrantes en muchos países en desarrollo se emplearan en hogares. Este es un tema que sigue investigándose en la actualidad. Por ejemplo, Vono y Domingo (2011) muestran que en Europa (España, Italia y Portugal) la experiencia reciente sugiere que este proceso debe interpretarse en el contexto de la posición de las mujeres más que en los cambios en las estructuras demográficas. Se trata de lo que estos autores refieren como “sistemas complejos de reproducción”, propios de aquellas sociedades en las cuales la inmigración ha dejado de ser un componente básico del crecimiento demográfico para convertirse en un factor estructural y endógeno de su evolución demográfica. Los autores observan la importancia del trabajo en hogares privados y cuidados personales así como en servicios entre las mujeres inmigrantes en dichos países. La segregación es más marcada aun entre las mujeres debido a que se concentran en dos tipos de trabajo: ocupaciones elementales, que ostentan de lejos el primer lugar en ambos países, y trabajadores de servicios, comercio y ventas.

2. Crisis y migración

La actual crisis recesiva, que afecta con mayor virulencia a los países de Europa Occidental, no puede soslayarse a la hora de abordar las intersecciones entre migración internacional y servicios del cuidado. Cabe señalar que la inmigración a Europa respondió a la demanda asociada

a la expansión de los niveles educativos de las mujeres nativas en los países del sur de esa región. Por otro lado, la presencia, llegada o retorno de mujeres dedicadas al cuidado y al servicio doméstico plantea enigmas de todo tipo. Como señalan Vono y Domingo (2011),

si a ello se agrega la debilidad relativa del Estado de bienestar en esos países (comparada con sus socios del norte y centro de la Unión Europea) y el aumento de la esperanza de vida, es posible entender el incremento de la demanda de trabajadores poco calificados en un mercado laboral fuertemente mundializado. Esto es notorio en sectores específicos como el servicio doméstico, lo que provoca la internacionalización de este trabajo. Existe consenso en que esta situación es

la causa de la creciente presencia de mujeres en los flujos de migración internacional.

Por otro lado, como ya se ha documentado, las crisis golpean menos a las mujeres que a los hombres en el mercado laboral (nivelación hacia abajo). En el caso de España, se afirma que la crisis está afectando más a los hombres que a las mujeres debido a que la demanda laboral en el sector doméstico no ha caído con la misma intensidad que en las ocupaciones mayormente masculinas (Vono y Domingo, 2011).

G. Reflexiones finales

A lo largo del capítulo se ha mostrado que el trabajo remunerado en cuidados representa una parte importante del empleo en América Latina y abarca un conjunto muy heterogéneo de trabajadores. El trabajo doméstico remunerado tiene un gran peso en este grupo, pero también son importantes las ocupaciones vinculadas con la educación y la salud. En la última década, la magnitud del empleo en el sector del cuidado se ha mantenido relativamente estable. Sin embargo, cabe esperar que adquiera mayor importancia a la luz de los cambios sociodemográficos que los países de la región están experimentando y, muy especialmente, de los cambios emancipatorios que mueven a las mujeres de sus roles tradicionales.

En todas las ocupaciones relacionadas con el cuidado se evidencia una alta representación femenina (el 93% del total de ocupados en cuidados son mujeres), y un perfil etario diferenciado del resto de los trabajadores, con una menor presencia de jóvenes y de adultos mayores, si bien en la última década la tendencia al envejecimiento es más marcada en los trabajadores del cuidado que en el resto de los ocupados. Las diferencias en cuanto a niveles educativos son significativas: el nivel de escolaridad de las trabajadoras del servicio doméstico es inferior al del resto de los ocupados, mientras que los trabajadores del cuidado en el sector de la salud y la educación se distinguen del resto por sus mayores niveles educativos.

En relación con las condiciones laborales, menos del 24% de las trabajadoras del servicio doméstico contribuye a la seguridad social, mientras que los niveles de cobertura son considerablemente superiores entre los trabajadores de la educación y la salud, donde tiene mayor importancia el sector público. En términos de horas de trabajo, tanto el servicio doméstico como los cuidadores del sector de la educación presentan menores promedios semanales que el

resto de los ocupados, así como una incidencia del empleo a tiempo parcial considerablemente superior. El nivel de pluriempleo de los trabajadores del cuidado es menor que el del resto de los ocupados, lo que obedece al comportamiento de los trabajadores del servicio doméstico. La consideración de las brechas salariales ajustadas por características de los trabajadores ilustra las distintas situaciones dentro del sector del cuidado. Emerge una situación generalizada de penalización salarial para el servicio doméstico, mientras que en el caso de los trabajadores de la educación el patrón no es claro. Los trabajadores del cuidado en el sector de la salud, en tanto, tienden a percibir una prima salarial en comparación con otros ocupados de similares características fuera del sector, lo que probablemente se vincule con el peso del sector público.

Una alta proporción de migrantes internacionales trabaja en el servicio doméstico. Esto convierte a este subsector en un conjunto aún más desprotegido y vulnerable, con mayores probabilidades de que se produzca incumplimiento de las regulaciones, situaciones de discriminación y relaciones de dominación.

Bibliografía

- Aguirre, J. (2011), “If you build it they will come: evidence of the impact of a large expansion of childcare centers over attendance and labor supply”, tesis para optar al grado de magister en economía, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Aguirre, R. (2010), “Hacia el reconocimiento del trabajo remunerado de cuidados en Uruguay”, Montevideo, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), inédito.
- Amarante, V. y A. Espino (2008), “Situación del servicio doméstico en Uruguay”, *Uruguay: ampliando las oportunidades laborales para las mujeres*, Instituto Nacional de las Mujeres/Banco Mundial.
- Araya, M.J. (2003), “Un acercamiento a las encuestas sobre el uso del tiempo con orientación de género”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 50 (LC/L.2022-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arriagada, I. y R. Todaro (2012), *Cadenas globales de cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*, Santiago de Chile, ONU-Mujeres.
- Baker, M., J. Gruber y K. Milligan (2008), “Universal childcare, maternal labor supply and family well being”, *Journal of Political Economy*, N° 116.
- Berlinski, S. y S. Galiani (2007), “The effect of a large expansion of pre-primary school facilities on preschool attendance and maternal employment”, *Labour Economics*, vol. 14, N° 3.
- Blofield, M. (2012), *Care, Work and Class: Domestic Workers’ Struggle for Equal Rights in Latin America*, Penn State University Press.
- Bolin, K., B. Lindgren y P. Lundborg (2008), “Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe”, *Journal of Health Economics*, vol. 27, N° 3.
- Boyd, Monica y Elizabeth Grieco (2003), “Women and migration: incorporating gender into international migration theory” [en línea] www.migrationinformation.org.
- Budig, M. y J. Misra (2010), “How care-work employment shapes earnings in cross-national perspective”, *International Labour Review*, vol. 149, N° 4.
- Cameron, C. y P. Moss (2002), “Care Work in Europe Current understandings and future directions. National Report - United Kingdom Surveying Demand, Supply and Use of Care”, *Working Paper*, N° 4, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education University of London.
- Cascio, E. (2009), “Maternal labor supply and the introduction of kindergartens into American Public Schools”, *Journal of Human Resources*, vol. 44, N° 1.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010a), *Panorama Social de América Latina, 2009* (LC/G.2050-P), Santiago de Chile.
- (2010b), *¿Qué Estado para qué igualdad?* (LC/G.2450/Rev.1), Santiago de Chile.
- (2010c), Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe “Tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado). Recopilación experiencias encuestas de uso del tiempo en los países”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [en línea] <http://www.cepal.org/oig/noticias/paginas/3/38403/TiempoTotalTrabajo.pdf>.
- (2007), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe* (LC/L.2738(CRM.10/3)), Santiago de Chile.
- Cerrutti, M. (2008), *La situación social y laboral de las docentes de nivel inicial en la Argentina*, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).
- Chaney, E. y M. Garcia Castro (1991), *Muchachas No More. Household Workers in Latin America and the Caribbean*, Philadelphia, Temple University Press.
- Chant, Sylvia (2003), “Gender and migration”, *Gender in Latin America*, S. Chant y N. Craske (eds.), Londres, Latin American Bureau.
- Comisión Europea (2004), Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas (COM (2004) 304 Final), Bruselas.
- Cortés Castellanos, Patricia (2005), “Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades”, *serie Población y desarrollo*, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cortés, Rosalía (2009), “Labour regulations’ ambiguity and quality of working life: Domestic servants in Argentina”, documento presentado a la conferencia “Regulating Decent Work”, Ginebra, 8 a 10 de julio, Organización Internacional del Trabajo (OIT).

- Durán, M. A. (2012), “La contratación del trabajo sustitutivo en los hogares”, *El trabajo no remunerado de la economía global*, M.A. Durán, Madrid, Fundación BBVA.
- Encina, J. y C. Martínez (2009), “Efecto de una mayor cobertura de salas cuna en la participación laboral femenina: evidencia de Chile”, *serie Documentos de Trabajo*, N° 303, Departamento de Economía de la Universidad de Chile.
- England, P. (1992), *Comparable Worth: Theories and Evidence*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- England, P. y N. Folbre (1999), “The cost of caring”, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, N° 561.
- England, P., J. Thompson y C. Aman (2001), “The sex gap in pay and comparable worth: an update”, *Sourcebook on Labor Markets: Evolving Structures and Processes*, Ivar Berg y Arne Kalleberg (eds.), Nueva York, Plenum.
- Espejo, A., F. Filgueira y N. Rico (2010), “Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y de cuidado”, *Documentos de Proyectos*, N° 354 (LC/W.354), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Esquivel, V. (2010), “Care workers in Argentina: At the crossroads of labour market institutions and care services”, *International Labour Review*, vol. 149, N° 4.
- European Foundation (2006), *Employment in social care in Europe*, Dublín.
- Ferber, M. y J. Nelson (1993), *Beyond Economic Man: Feminist Theory and Economics*, University of Chicago Press.
- Folbre, N. (2006a), “Measuring care: gender, empowerment, and the care economy”, *Journal of Human Development*, vol. 7, N° 2.
- (2006b), “Demanding quality: Worker/consumer coalitions and ‘high road’ strategies in the care sector”, *Politics and Society*, vol. 34, N° 1.
- Folbre, N. y J. Nelson (2000), “For love or money—or both?”, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 14, N° 4.
- Gelbach, J. (2002), “Public schooling for young children and maternal labor supply”, *American Economic Review*, N° 92.
- Havnes, T. y M. Mogstad (2011), “Money for nothing? Universal child care and maternal employment”, *Journal of Public Economics*, vol. 95, N° 11.
- Heckman, J. (1974), “Effects of child-care programs on women’s work effort”, *The Journal of Political Economy*, vol. 82, N° 2.
- Heitmueller, A. (2007), “The chicken or the egg? Endogeneity in labor market participation of informal carers in England”, *Journal of Health Economics*, vol. 26.
- Heitmueller, A. y P. Michaud (2006), “Informal care and employment in England: evidence from the British Household Panel Survey”, *IZA Discussion Paper*, N° 2010.
- Kornstad, T. y T. Thoresen (2007), “A discrete choice model for labor supply and child care”, *Journal of Population Economics*, vol. 20, N° 4.
- Lefebvre, P. y P. Merrigan (2008), “Childcare policy and the labor supply of mothers with young children: a natural experiment from Canada”, *Journal of Labor Economics*, vol. 23, N° 3.
- Liang, X. (2003), “Remuneración de los docentes en 12 países latinoamericanos: quiénes son los docentes, factores que determinan su remuneración y comparación con otras profesiones”, *Documentos de Trabajo*, Santiago de Chile, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL).
- Lim, Lin Lean (1998), “The processes generating the migration of women”, documento preparado para el Simposio técnico sobre migración internacional y desarrollo, La Haya, julio.
- Lokshin, M. (2004), “Household childcare choices and women’s work behavior in Russia”, *Journal of Human Resources*, vol. 39, N° 4.
- Lund, F. (2010), “Hierarchies of care work in South Africa: nurses, social workers and home-based care workers”, *International Labour Review*, vol. 149, N° 4.
- Malvarez, S. y M. Castrillón (2005), “Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina”, *serie Desarrollo de Recursos Humanos*, N° 39, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Martínez, Franzoni, J. (2008), *Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familia*, San José, Editorial Universidad de Costa Rica.
- Martínez Pizarro, Jorge (2008), “América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo”, *Libros de la CEPAL*, N° 97 (LC/G.2358-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2006), “Género y migración internacional en el espacio iberoamericano: algunas consideraciones en la búsqueda de buenas prácticas”, *Unidos por las migraciones. Encuentro Iberoamericano sobre Migración y Desarrollo*, Madrid, Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), 18 y 19 de julio.
- (2003), “El mapa migratorio de América Latina y el Caribe. Las mujeres y el género”, *serie Población y Desarrollo*, N° 44 (LC/L.1974-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Medrano, P. (2009), "Public day care and female labor force participation: evidence from Chile", *serie Documentos de Trabajo*, N° 306, Santiago de Chile, Departamento de Economía de la Universidad de Chile.
- Milosavljevic, V. (2007), "Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina", *Cuadernos de la CEPAL*, N° 92 (LC/G.2321-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Milosavljevic, V. y O. Tacla (2007), "Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares: restricciones y potencialidades", *serie Mujer y Desarrollo*, N° 83 (LC/L.2709-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mizala, A. y H. Ñopo (2011), "Teachers' salaries in Latin America: how much are they under or over paid?", *IZA Discussion Paper Series*, N° 5947.
- Montaño, S. (2010), "El cuidado en acción", *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*, S. Montaño y C. Calderón (coords.), Cuadernos de la CEPAL, N° 94 (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Morokvács, Mirjana (1984), "Birds of passage are also women...", *International Migration Review*, vol. 18, N° 68.
- Navarro, J. C. (ed.) (2002), *¿Quiénes son los maestros? Carreras e incentivos docentes en América Latina*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Nollenberger, N. y N. Rodríguez Plánas (2011), "Child care, maternal employment and persistence: a natural experiment from Spain", *IZA Discussion Paper*, N° 5888.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2011a), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OECD Publishing.
- (2011b), *Long-Term Care Workers: Needed but Often Undervalued*, París, OECD Publishing.
- (2006), *Strating Strong II. Early childhood education and care*, París, OECD Publishing.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (1972), *Employment, Incomes and Inequality. A Strategy for Increasing Productive Employment in Kenya*, Ginebra.
- (2012), *Right Beginnings: Early Childhood Education and Educators*, Ginebra.
- Pacecca, María Inés y Corina Courtis (2008), "Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas", *serie Población y Desarrollo*, N° 84 (LC/L.2928-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Palriwala, R. y N. Neetha (2010), "Care arrangements and bargains: anganwadi and paid domestic workers in India", *International Labour Review*, vol. 149, N° 4.
- Pautassi, Laura C. (2006), "El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención", *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*, María Nieves Rico y Flavia Marco (eds.), Buenos Aires, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Siglo XXI.
- Pessar, Patricia y Sarah Mahler (2001), "Gender and Transnational Migration", *Working Paper*, N° 01-06e, The Center for Migration and Development, Princeton University.
- Razavi, S. (2007), "The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options", *Gender and Development Programme Paper*, N° 3, Ginebra, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).
- Razavi, S. y S. Staab (2010), "Underpaid and overworked: A cross-national perspective on care workers", *International Labour Review*, vol. 149, N° 4.
- Recio, C. (2010), "Familismo, asitencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas en España", *Alternativas*, N° 17.
- Rico, N. y F. Marco (2006) (coord.), *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina*, Buenos Aires, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Siglo XXI.
- Rodgers, J. (2009), "Cambios en el servicio doméstico en América Latina", *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*, M.E. Valenzuela y C. Moras (eds.), Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Sassen, Saskia (2001), *¿Perdiendo el control? La soberanía en la era de la globalización*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- Simon, A. C. y otros (2008), "Secondary analysis of the Labour Force Survey to map the numbers and characteristics of the occupations working within Social Care, Childcare, Nursing and Education", *Working Together*, vol. 1, Londres, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Staab, Silke (2003), "Mujeres y migración internacional. Latinoamérica y el Caribe, bibliografía seleccionada (2003- 1995)", *serie Mujer y Desarrollo*, N° 51 (LC/L.2028-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.196.
- Szasz, I. (1995), "Mujeres y migrantes: desigualdades en el mercado laboral de Santiago de Chile", *Revista de la CEPAL*, N° 56 (LC/G.1874-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Szasz, I. y S. Lerner (2003), “Aportes teóricos y desafíos metodológicos de la perspectiva de género para el análisis de los fenómenos demográficos”, *Desafíos teóricometodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*, en Alejandro Canales y Lerner Sigal (coords.), México, D.F., El Colegio de México, Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE).
- Tokman, Víctor (2008), “Movilidad internacional de personas y protección social”, *serie Macroeconomía del Desarrollo*, N° 67 (LC/L.2913-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Vaillant, D. y C. Rossel (2006), “Los rasgos de la profesión en siete países latinoamericanos”, *Maestros en Latinoamérica: hacia una radiografía de la profesión*, D. Vaillant y C. Rossel (eds.), Santiago de Chile, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe (PREAL).
- Valenzuela, M. E. y C. Moras (2009) (eds.), *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Vono de Vilhena, Daniela y Andreu Domingo i Valls (2012), “Africans in the Southern European countries: Italy, Spain and Portugal”, *Development, Institutional and Policy Aspects of International Migration between Africa, Europe and Latin America and the Caribbean*, Jorge Martínez y Leandro Reboiras (eds.), Documentos de proyectos, N° 461 (LC/W.461), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Wolf, D. y B. Soldo (1994), “Married women’s allocation of time to employment and care of elderly parents”, *The Journal of Human Resources*, vol. 29, N° 4.
- Wrohlich, K. (2006), “Labor supply and child care choices in a rationed child care market”, *Discussion Papers*, N° 570, DIW Berlin, German Institute for Economic Research.

Anexo

Cuadro III.A-1
AMÉRICA LATINA: EVALUACIÓN GENERAL DE LA CALIDAD DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS DE HOGARES
PARA IDENTIFICAR EL EMPLEO EN CUIDADOS

	Códigos de ocupación (dígitos)	Permite diferenciar personal docente de distintos niveles	Permite diferenciar personal profesional y no profesional de la salud	Permite diferenciar distintos tipos de enfermeros	Calidad de la identificación de cuidados
Argentina					
2000	3	No permite	No permite	No	Mala
2010	5	No permite	No permite	No	Mala
Bolivia (Estado Plurinacional de)					
2000	3	Permite	Permite	Si	Regular
2010	3	Permite	Permite	No	Regular
Brasil					
2000	3	No permite	No permite	No	Mala
2010	4	Permite	Permite	No	Buena
Chile					
2000	4	Permite	Permite	Si	Buena
2010	4	Permite	Permite	Si	Buena
Colombia					
2000	1 y 2	No permite	No permite	No	Mala
2010	1 y 2	No permite	No permite	No	Mala
Costa Rica					
2000	2 y 3	Permite	Permite	Si	Buena
2010	4	Permite	Permite	Si	Buena
Ecuador					
2000	2 y 3	Permite	Permite	No	Buena
2010	4	Permite	Permite	No	Buena
El Salvador					
2000	3	Permite	Permite	No	Regular
2010	4	Permite	Permite	Si	Buena
Guatemala					
2000	4	Permite	Permite	Si	Buena
2010	2	No permite	No permite	No	Mala
Honduras					
2000	4	Permite	Permite	Si	Buena
2010	7	Permite	Permite	Si	Buena
México					
2000	4	Permite	Permite	No	Regular
2010	4	Permite	Permite	No	Buena
Nicaragua					
2000	1 a 3	Permite	Permite	Si	Buena
2010	4	Permite	Permite	Si	Buena
Panamá					
2000	3 y 4	Permite	Permite	Si	Buena
2010	3 y 4	Permite	Permite	Si	Buena
Paraguay					
2000	4	Permite	Permite	Si	Buena
2010	4	Permite	Permite	Si	Buena
Perú					
2000	3	Permite	Permite	No	Regular
2010	3	Permite	Permite	No	Regular
República Dominicana					
2000	3	Permite	Permite	No	Regular
2010	3	Permite	Permite	No	Regular
Uruguay					
2000	3	Permite	Permite	No	Buena
2010	4	Permite	Permite	Si	Buena
Venezuela (República Bolivariana de)					
2000	1 y 2	No permite	No permite	No	Mala

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Cuadro III.A-2
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DE EMPLEO EN CUIDADOS
Y VARIABLES ECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS, 2010

	Trabajadores del cuidado (en porcentajes)	Trabajadores del servicio doméstico (en porcentajes)	Trabajadores de otras ocupaciones del cuidado (en porcentajes)	Tasa de participación laboral femenina	Tasa de dependencia	Índice de envejecimiento	PIB per cápita	Población de 0 a 4 años (en porcentajes)
Trabajadores del cuidado (en porcentajes)	1							
Trabajadores del servicio doméstico (en porcentajes)	0,8755 ^a	1						
Trabajadores de otras ocupaciones del cuidado (en porcentajes)	0,6601 ^a	0,216	1					
Tasa de participación laboral femenina	0,1367	0,2428	-0,1082	1				
Tasa de dependencia	-0,4780 ^a	-0,4637 ^a	-0,2660	-0,0162	1			
Índice de envejecimiento	0,6326 ^a	-0,4699 ^a	0,5705 ^a	0,0867	-0,5021 ^a	1		
PIB per cápita	0,4067	0,2841	0,4046	-0,1441	-0,8056 ^a	0,6802 ^a	1	
Población de 0 a 4 años (en porcentajes)	-0,5981 ^a	-0,5369 ^a	-0,3954 ^a	-0,0625	-0,8917 ^a	-0,8068 ^a	-0,8369 ^a	1

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Indica significación al 10%.

Cuadro III.A-3
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): EDAD PROMEDIO DE LOS TRABAJADORES DEL CUIDADO,
SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL, 2010
(En porcentajes)

	Servicio doméstico	Resto de cuidadores	Total de cuidadores	Resto de ocupados	Cuidadores de servicios educativos	Cuidadores de servicios de salud	Cuidadores de servicios comunitarios y en los hogares	Total de ocupados
Bolivia (Estado Plurinacional de) ^a	30,7	37,5	34,0	36,1	40,3	37,5	30,1	36,0
Brasil ^a	38,6	38,3	38,6	37,4	38,2	37,9	38,7	37,5
Chile ^a	45,6	39,5	43,3	40,6	37,2	42,0	45,2	40,8
Costa Rica	41,9	39,0	40,9	37,8	37,7	38,3	41,5	38,0
Ecuador ^b	39,2	38,8	39,1	40,5	35,6	42,7	38,7	40,4
El Salvador	35,3	35,0	35,2	37,2	36,1	34,5	35,3	37,1
Honduras	30,4	36,0	32,9	36,2	32,0	38,5	32,0	36,1
México	39,6	38,1	39,3	37,8	32,5	40,3	39,5	37,8
Nicaragua ^c	32,3	34,2	32,7	34,6	30,0	41,0	32,5	34,5
Panamá	39,1	39,6	39,3	39,1	36,8	41,2	39,2	39,1
Paraguay	32,1	32,2	32,2	37,3	34,4	38,3	31,8	36,9
Perú	33,6	38,0	34,8	39,9	36,3	40,3	33,5	39,7
República Dominicana	39,2	41,2	39,9	37,9	40,2	43,9	39,2	38,0
Uruguay ^b	44,6	38,3	42,1	40,9	36,9	41,4	4,3	41,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 2007.

^b Los datos corresponden a las áreas urbanas.

^c Los datos corresponden a 2005.

Cuadro III.A-4
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DEL SECTOR DEL CUIDADO,
SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL, 2010
(En porcentajes)

	Asalariado público	Asalariado privado	Trabajador por cuenta propia	Otros	Total
Bolivia (Estado Plurinacional de) ^a	37	60	3	0	100
Brasil ^a	13	86	1	0	100
Chile ^a	14	77	8	1	100
Ecuador ^b	11	86	3	0	100
El Salvador	12	86	3	0	100
Guatemala	34	62	4	0	100
Honduras	13	78	10	0	100
México	9	91	0	0	100
Nicaragua ^c	13	85	2	0	100
Panamá	15	74	10	0	100
Paraguay	5	95	0	0	100
Perú	19	81	1	0	100
República Dominicana	23	75	2	0	100
Uruguay ^b	8	81	11	0	100

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Los datos corresponden a 2009.

^b Los datos corresponden a las áreas urbanas.

^c Los datos corresponden a 2005.

Cuadro III.A-5
AMÉRICA LATINA: MUJERES MIGRANTES EN EL SERVICIO DOMÉSTICO, POR PAÍS DE NACIMIENTO Y PAÍS DE RESIDENCIA, 2000

País de residencia	País de nacimiento																			Total	
	Argentina	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay		Venezuela (República Bolivariana de)
Argentina	...	16,9	10,8	23,2	9,0	1,8	1,9	18,9	9,8	11,8	13,3	7,4	2,9	7,0	2,9	36,5	55,7	34,2	14,2	2,3	29,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5,6	...	10,4	3,4	1,6	...	2,2	5,8	19,0	13,0	...	17,4	5,5	8,7	...	18,2	11,9	...	5,3	...	7,8
Brasil	5,7	12,2	...	2,5	3,0	...	...	5,8	...	...	...	...	3,9	...	...	25,7	8,1	...	9,4	5,1	10,8
Chile	8,5	27,3	6,0	...	6,3	...	2,7	26,2	5,4	3,0	40,0	4,8	3,6	13,6	4,6	22,0	70,8	13,1	4,1	2,6	42,6
Costa Rica	2,0	12,1	1,1	3,6	7,7	...	1,5	9,7	26,1	24,0	12,5	33,1	2,6	40,6	7,3	...	12,7	11,1	3,5	1,9	35,5
Cuba																					
Ecuador	0,6	13,5	3,4	3,4	17,7	3,4	2,7	...	6,5	16,7	42,9	9,5	2,6	9,5	1,8	...	10,9	10,7	1,6	4,4	14,2
El Salvador																					
Guatemala	1,6	...	10,8	...	2,1	2,9	3,5	5,9	12,0	...	50,0	13,5	23,8	7,5	2,9	...	6,5	...	5,3	2,3	11,9
Haití																					
Honduras	...	...	2,2	...	1,6	2,4	...	3,8	7,6	10,7	...	...	2,1	12,2	4,3	...	6,0	...	...	...	8,0
México	3,9	8,6	...	0,5	7,0	...	...	19,5	10,2	38,2	...	18,8	...	21,3	...	...	2,7	...	...	1,5	12,8
Nicaragua																					
Panamá	0,7	...	0,6	0,4	20,2	10,0	4,2	17,6	25,7	9,9	21,9	18,3	1,5	31,8	...	...	12,1	23,6	4,8	1,3	18,9
Paraguay	14,2	8,8	30,5	3,8	10,1	...	...	3,6	...	...	...	...	5,7	...	...	...	7,3	50,0	5,2	10,8	20,4
República Dominicana	0,4	3,6	3,1	1,6	3,7	...	0,5	...	10,0	...	13,9	4,9	...	8,8	...	...	6,9	...	...	1,9	11,3
Venezuela (República Bolivariana de)	0,7	7,5	5,7	2,8	32,3	3,8	1,8	25,7	14,8	15,2	8,4	8,6	1,5	7,6	5,7	10,7	6,6	13,5	1,6	...	28,2
Total América Latina	8,9	16,8	18,9	19,2	30,1	4,2	1,5	24,2	16,0	32,2	13,7	19,5	6,6	37,9	5,1	35,8	48,0	17,7	12,6	2,6	27,1

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Programa Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA) y procesamientos especiales en REDATAM de los censos nacionales de población.

Capítulo IV

Tendencias recientes del gasto social y un perfil del gasto privado en materia de cuidados en la región

En este capítulo se abordan las mediciones tradicionales del gasto social destinadas a reflejar su prioridad dentro del gasto total en el marco del ciclo económico, al igual que su distribución sectorial. En razón del

énfasis que tiene este *Panorama Social de América Latina, 2012*, también se analiza el perfil del gasto en cuidados que realizan los hogares en distintos países latinoamericanos.

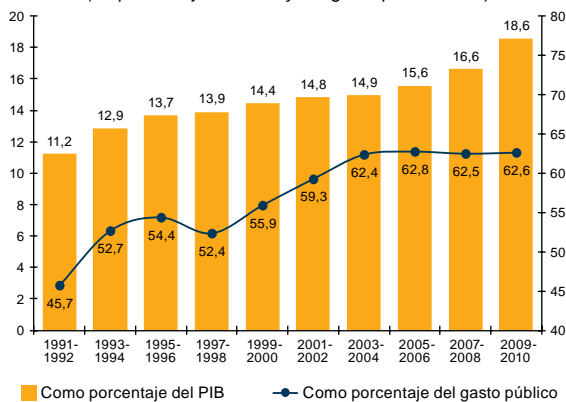
A. El gasto social en América Latina

En 2011 se observa una tendencia a la contracción del gasto social en términos relativos, al reducirse su prioridad económica: aunque en términos reales no disminuyeron los recursos absolutos destinados a los sectores sociales respecto de 2010, el gasto social como porcentaje del PIB se redujo 0,8 puntos porcentuales. Ello acontece tras dos años de esfuerzos significativos por aumentar tanto el gasto social como el no social para encarar la crisis financiera internacional y sus secuelas. En el ámbito social, el incremento de aquellos años se destinó a reforzar los programas de lucha contra la pobreza, a desarrollar programas de empleo de emergencia y a poner en marcha o ampliar seguros de desempleo y programas de fomento productivo destinados a crear nuevos empleos. A su vez, tales medidas actuaron favorablemente sobre la demanda interna de los países.

1. Tendencias regionales recientes y de largo plazo

Hasta 2010 la tendencia regional fue de un aumento real de los recursos disponibles para el financiamiento de servicios sociales y de transferencias a los hogares; este aumento también se reflejó en la prioridad macroeconómica del gasto social: a comienzos de los años noventa, el gasto social como porcentaje del PIB se situaba en un 11,2%, con un aumento sistemático en los diversos bienios analizados hasta llegar al 15,6% del PIB en 2005-2006, al 16,6% en 2007-2008 y al 18,6% en 2009-2010 (véase el gráfico IV.1). En el último año considerado, la región (21 países) destinó casi 600.000 millones de dólares al área social. El año 2011 comenzaría a marcar un punto de leve inflexión en las tendencias del gasto social, que habían registrado un aumento de carácter sistemático tanto en términos absolutos como relativos.

Gráfico IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN EL GASTO TOTAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
(En porcentajes del PIB y del gasto público total)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

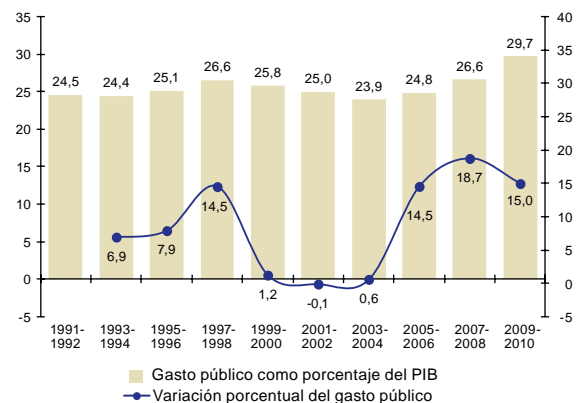
^a Promedio ponderado de los países.

Hasta mediados de 2000, la evolución del gasto público social había sido altamente procíclica, como se verá más adelante; pero en el segundo lustro de la década varios países iniciaron esfuerzos sistemáticos por reforzar los programas sociales, en particular los de lucha contra la pobreza. El cambio en el comportamiento del gasto social regional también se debe a medidas que progresivamente se fueron implementando para hacer frente a diversos choques externos: el aumento de los precios de los alimentos y los combustibles en 2008, proceso de alza de los productos básicos de exportación que se había iniciado en 2003; la crisis financiera mundial, que tuvo sus mayores manifestaciones y consecuencias entre fines de 2008 y el año 2009, y la más reciente incertidumbre internacional y desaceleración del crecimiento económico mundial.

Estos tres momentos influyeron en diversa medida en la política fiscal y social. Al reforzamiento anotado de algunos grandes programas sociales (de lucha contra la pobreza y de fortalecimiento de la protección social, principalmente en el pilar solidario o no contributivo), se sumaron medidas de reorientación del gasto (e impuestos) para evitar los efectos regresivos del aumento de precios de los productos básicos, en particular en 2007 y 2008. Más tarde, ya iniciada la crisis financiera, los gobiernos tomaron diversas medidas de estabilización de la demanda interna, tanto mediante el aumento del gasto público no social (en especial mediante la inversión en infraestructura) y, sobre todo, del gasto social, poniendo en marcha programas de empleo, de fomento productivo (créditos a microempresas) y de vivienda. Cabe destacar que los rezagos en la formulación y la aprobación legislativa de proyectos de inversión y los diversos problemas de capacidad de implementación retrasaron la ejecución de inversiones en algunos países, mientras que las respuestas en el ámbito del gasto social fueron más ágiles.

Lo anterior también fue acompañado del aumento de la prioridad fiscal del gasto social dentro del gasto público total, que pasó de un 45,7% en 1991-1992 a un 59,3% en 2001-2002 y a un 62,6% en 2009-2010. Sin embargo, algunas fluctuaciones y aumentos en la prioridad fiscal del gasto social obedecieron más bien a contracciones del gasto público no social y, por tanto, a disminuciones relativas del gasto público total, principalmente entre 1999 y 2004 (véase el gráfico IV.2).

Gráfico IV.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO TOTAL Y TASAS DE VARIACIÓN BIENAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
(En porcentajes del PIB y tasas porcentuales de variación)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Promedio ponderado de los países. Las cifras del gasto público total corresponden a datos oficiales provenientes por lo general de la clasificación funcional del gasto público y pueden no coincidir con las originadas en el uso de la clasificación económica de este.

A partir de 2010, diversos países iniciaron reformas fiscales tanto por el lado de los ingresos como del gasto para consolidar sus finanzas públicas, ya que después de aproximadamente un lustro (2003-2008) de generación de superávits primarios y reducción de la deuda pública, las medidas que involucraron el aumento del gasto público generaron déficit en las cuentas públicas. Aunque las cifras de 2010 muestran que en ese año se mantuvo la tendencia contracíclica de expansión de los gastos, hubo un mayor incremento del gasto público social y, en varios casos, caídas del gasto público no social.

Los datos parciales de 2011 indican que habría una tendencia a la contracción relativa del gasto social (reducción de la prioridad económica, en porcentajes del PIB, de 0,8 puntos porcentuales respecto de 2010, como promedio simple de ocho países), pero que no habría significado necesariamente una reducción absoluta de los recursos destinados a los sectores sociales. Entre los países de los que se cuenta con información, las reducciones absolutas del gasto público social habrían ocurrido en Colombia, Cuba y principalmente Honduras (véase el cuadro IV.1). Sin embargo, en todos los países, con la excepción de México, se registró una reducción de la prioridad macroeconómica de ese gasto.

Cuadro IV.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO PÚBLICO TOTAL, GASTO PÚBLICO SOCIAL Y GASTO PÚBLICO NO SOCIAL, 2008 A 2011^a
(En porcentajes del PIB y tasas porcentuales de variación anual)

	Gasto público total				Gasto público social				Gasto público no social			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
	En porcentajes del PIB											
Argentina	38,3	43,2	...	...	24,0	27,8	...	...	14,3	15,4	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	45,1	...	...	...	18,4	...	...	...	26,7	...	...	...
Brasil	33,7	36,2	...	...	24,8	26,6	26,2	...	8,8	9,6	...	...
Chile	20,1	23,2	22,1	21,6	13,4	15,6	14,7	14,4	6,7	7,5	7,4	7,2
Colombia	18,1	20,5	19,9	18,1	12,5	14,3	13,7	12,4	5,5	6,3	6,2	5,7
Costa Rica	54,2	57,5	57,8	53,2	19,3	22,3	22,7	22,6	34,9	35,1	35,1	30,6
Cuba	78,1	75,6	70,0	67,4	40,7	40,7	38,2	36,2	37,5	34,9	31,8	31,2
Ecuador	33,1	36,2	36,0	37,9	7,3	9,4	9,5	9,3	25,8	26,9	26,5	28,5
El Salvador	...	...	33,1	...	12,3	13,0	13,0	...	...	...	20,0	...
Guatemala	13,6	14,2	14,5	...	7,0	8,1	8,1	...	6,6	6,1	6,5	...
Honduras	22,2	24,3	23,2	23,0	10,7	12,2	12,0	10,6	11,5	12,1	11,2	12,4
Jamaica	...	...	43,7	...	11,0	10,9	10,3	...	...	...	33,4	...
México	18,3	20,7	20,2	20,2	10,0	11,2	11,3	11,5	8,3	9,5	8,9	8,7
Nicaragua	22,8	23,6	22,6	...	12,3	13,0	12,4	...	10,6	10,6	10,2	...
Panamá	20,3	20,5	22,3	...	9,3	10,5	10,9	...	11,0	10,0	11,4	...
Paraguay	16,3	21,6	19,5	...	8,4	11,0	9,8	...	7,9	10,6	9,7	...
Perú	18,5	20,3	19,8	...	8,6	9,8	9,2	...	9,9	10,5	10,6	...
República Dominicana	19,7	17,0	16,4	...	8,6	7,7	7,3	...	11,2	9,3	9,2	...
Trinidad y Tabago	22,9	...	...	...	7,9	...	...	...	15,0	...	...	...
Uruguay	...	...	28,6	28,3	23,0	24,0	24,2	23,3	...	...	4,5	5,0
Venezuela (República Bolivariana de)	...	...	...	...	11,7	13,2	...	...	...	...	...	...
América Latina y el Caribe	27,3	29,8	29,6	...	16,9	18,7	18,5	...	10,4	11,1	11,1	...
	En tasas de variación anual (base: dólares de 2005)											
Argentina	13,5	13,7	...	...	11,9	16,8	...	...	16,4	8,5	...	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14,4	...	...	...	12,5	...	...	...	15,8	...	...	...
Brasil	6,2	7,2	...	...	7,0	6,8	5,9	...	4,0	8,1	...	...
Chile	17,6	13,8	1,1	3,9	18,6	15,1	0,0	3,7	15,5	11,0	3,4	4,3
Colombia	6,5	15,4	1,2	-3,8	2,2	15,5	-0,0	-4,1	17,6	15,3	3,8	-3,3
Costa Rica	17,5	4,9	5,2	-4,1	14,0	14,5	6,2	4,1	19,5	-0,4	4,6	-9,3
Cuba	19,2	-1,9	-5,2	-1,0	14,7	1,5	-4,0	-2,5	24,5	-5,6	-6,6	0,8
Ecuador	61,2	9,8	2,9	13,4	-11,1	28,5	4,8	6,2	109,5	4,5	2,3	16,0
El Salvador	...	...	...	...	10,0	2,4	1,4	...	...	...	...	...
Guatemala	-1,3	4,6	5,4	...	-0,0	15,7	2,8	...	-2,7	-7,2	8,8	...
Honduras	23,1	7,0	-1,9	2,6	9,2	11,6	1,3	-8,8	39,6	2,7	-5,1	14,8
Jamaica	...	...	...	...	20,4	-4,1	-7,1	...	...	...	...	...
México	9,6	6,0	3,3	3,6	5,8	5,4	6,5	5,1	14,7	6,8	-0,4	1,7
Nicaragua	3,0	2,0	-1,5	...	7,4	4,3	-1,9	...	-1,6	-0,7	-1,0	...
Panamá	15,0	5,1	16,8	...	10,0	17,4	11,8	...	19,6	-5,3	22,1	...
Paraguay	-6,7	27,6	1,7	...	-2,6	25,9	0,2	...	-10,6	29,4	3,3	...
Perú	15,8	10,6	6,3	...	7,4	14,4	2,2	...	24,4	7,4	10,1	...
República Dominicana	17,5	-10,7	4,1	...	12,1	-6,5	1,3	...	22,1	-14,0	6,4	...
Trinidad y Tabago	-11,4	...	...	...	-5,9	...	...	...	-14,0	...	...	...
Uruguay	...	...	...	4,6	8,0	7,0	9,8	2,0	...	...	...	18,3
Venezuela (República Bolivariana de)	...	...	...	...	2,4	9,0	...	...	...	...	...	...
América Latina y el Caribe	9,6	7,1	5,2	...	7,5	8,4	5,0	...	13,3	4,9	5,5	...

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Las cifras de gasto público total corresponden a datos oficiales provenientes por lo general de la clasificación funcional del gasto público y pueden no coincidir con las originadas en el uso de la clasificación económica de este. Las cifras del Brasil correspondientes a 2010 son estimaciones preliminares del gasto consolidado en las tres esferas del gobierno a partir de la información oficial sobre el gasto federal.

En algunos países, los ajustes habrían consistido en recortar en términos absolutos el gasto público no social, como es el caso de Colombia (un 3,3% respecto de 2010) y Costa Rica (una disminución del 9,3%, en un contexto de aumento del gasto social). Sin embargo, en la mayoría de los países, la reducción de la prioridad macroeconómica del gasto no social (salvo en el Ecuador, Honduras y el Uruguay, que la aumentaron) no habría significado una contracción real del volumen de recursos destinados a sectores no sociales.

2. La evolución de largo plazo del gasto social en los países

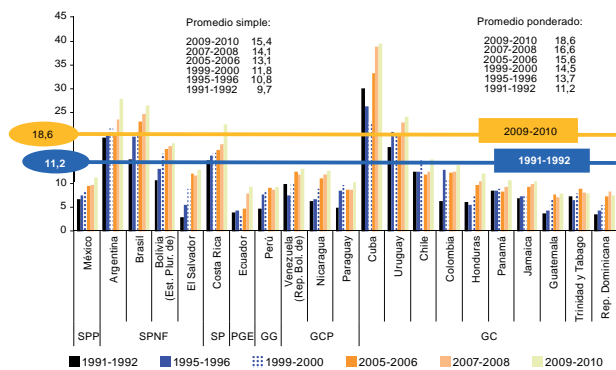
En la región existen notables diferencias de un país a otro, no solo en cuanto a la cantidad de recursos que efectivamente pueden movilizar hacia los sectores sociales, sino también respecto del esfuerzo macroeconómico que representa el presupuesto público social.

Naturalmente, la capacidad de dar mayor prioridad macroeconómica al gasto social depende de un sinnúmero de variables económicas, políticas y sociales. Una de las variables determinantes son los ingresos fiscales, que imponen un cierto límite al presupuesto total. No obstante el alza a nivel regional del gasto como porcentaje del PIB, del 11,2% en 1991-1992 al 18,6% en 2009-2010, se registra una gran heterogeneidad, tanto de los niveles iniciales de gasto social en porcentajes del PIB como de los niveles actuales. En 1991-1992, países como Colombia, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, el Paraguay, el Perú y la República Dominicana destinaron menos del 7% del PIB a los sectores sociales; por el contrario, la Argentina, el Brasil, Cuba y el Uruguay destinaron un 15% o más.

Salvo en períodos específicos, todos los países han hecho esfuerzos tanto por aumentar la relevancia del gasto público social dentro del gasto total (prioridad fiscal del gasto social) como su prioridad macroeconómica, muchas veces impulsando el aumento de la participación del gasto social en el PIB. Al final del período analizado, la prioridad macroeconómica del gasto social había registrado aumentos significativos en casi todos los países. En 2009-2010 solo el Ecuador, Guatemala, el Perú, la República Dominicana y Trinidad y Tabago registraban gastos sociales con valores inferiores al 10% de sus respectivos PIB; además de los países cuyo gasto social ya superaba el 15% del PIB a inicios de la década de 1990, ahora se suman Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile y Costa Rica (véase el gráfico IV.3).

En términos generales, entre los ocho países de los que se cuenta con información preliminar sobre 2011, solo el Ecuador habría aumentado la prioridad macroeconómica del gasto público total; los demás la disminuyeron, con diversas combinaciones de reducción relativa del gasto social o no social, pero en Colombia, Costa Rica y Cuba esto significó una caída real del gasto público total (-3,8%, -4,1% y -1%, respectivamente).

Gráfico IV.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL, 1991-1992 A 2009-2010^a
(En porcentajes del PIB)

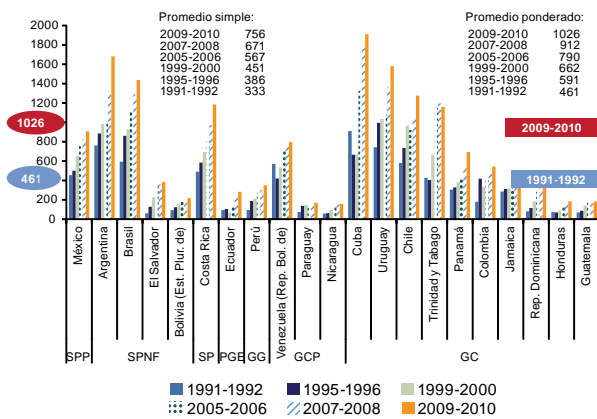


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a GC: Gobierno central; GCP: Gobierno central presupuestario; GG: Gobierno general; PGE: Presupuesto general del Estado; SP: Sector público (total); SPNF: Sector público no financiero; SPP: Sector público presupuestario.

Pese a que persisten diferencias en cuanto a la prioridad macroeconómica del gasto social, vale la pena destacar los países que hicieron esfuerzos proporcionalmente mayores para aumentar estos gastos. En términos del producto interno bruto, El Salvador aumentó la prioridad macroeconómica del gasto público social más del 300% (del 2,9% al 13% del PIB); Colombia, el Ecuador, Guatemala, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana duplicaron con creces el esfuerzo macroeconómico entre 1991-1992 y 2009-2010; Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Costa Rica, Honduras, Jamaica, México y el Perú lo aumentaron un 50% o más. En contraste, el incremento del esfuerzo macroeconómico del gasto en Chile, Panamá y, especialmente, Trinidad y Tabago fue poco sustantivo en los últimos 20 años.

Gráfico IV.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CÁPITA, 1991-1992 A 2009-2010^a
(En dólares de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

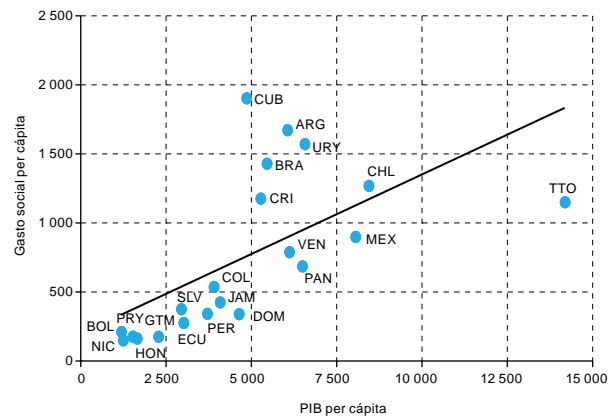
^a GC: Gobierno central presupuestario; GG: Gobierno general; PGE: Presupuesto general del Estado; SP: Sector público (total); SPNF: Sector público no financiero; SPP: Sector público presupuestario.

Sin embargo, el gasto social expresado en porcentajes del PIB también esconde una heterogeneidad aún mayor en cuanto a la cantidad de recursos que realmente se destinan a los sectores sociales, dependientes en buena parte del nivel de desarrollo económico de cada país (véase el gráfico IV.5). En 1991-1992 el gasto social per cápita de la región era de 461 dólares a precios de 2005 y se duplicó con creces en 20 años, hasta llegar a 1.026 dólares en 2009-2010. En países como Guatemala, Honduras, Nicaragua o el Paraguay, el gasto per cápita aún no supera los 200 dólares, mientras que en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Trinidad y Tabago y el Uruguay el gasto per cápita supera los 1.000 dólares y en algunos incluso se acerca a los 2.000 dólares.

La heterogeneidad que se observa tanto en lo referido a la prioridad macroeconómica del gasto social como en los niveles de gasto per cápita no permite visualizar con claridad si estas diferencias se deben principalmente al nivel y tamaño de las economías de los países, lo que supone una restricción significativa para movilizar recursos a lo social o refiere a decisiones y procesos colectivos que han permitido o no aumentar la valoración de los servicios sociales como parte principal del papel del Estado, así como expandir razonablemente el presupuesto público en general. En el gráfico IV.5 se muestra la relación entre el PIB per cápita y el gasto social per cápita; la recta de regresión

trazada puede servir como punto de referencia para identificar los países que realizan esfuerzos acordes a su nivel de desarrollo económico y los que movilizan proporcionalmente más recursos¹.

Gráfico IV.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): RELACIÓN ENTRE EL PIB PER CÁPITA Y EL GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CÁPITA, 2009-2010
(En dólares de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

Como se observa en el gráfico, hay países que en el contexto regional movilizan recursos haciendo un esfuerzo superior al promedio y a lo que se esperaría de acuerdo con su nivel de desarrollo económico. Esto no significa que movilicen demasiados recursos, ya que el análisis se restringe a la región, caracterizada en las últimas décadas por bajos niveles de recaudación y de inversión social asociados a la instalación de modelos económicos de tendencia más liberal. No obstante, también se puede observar un conjunto de países que en ese mismo contexto movilizan menos recursos que lo esperado de acuerdo con el PIB per cápita que registran. En dichos países, es deseable construir nuevos pactos sociales que permitan elevar de forma responsable tanto los niveles de recaudación fiscal como los niveles de gasto para destinar tanto a funciones económicas como sociales. Esto produce evidentes sinergias entre el desarrollo social, la mejoría de la capacidad económica de los hogares, el fortalecimiento de la demanda interna, el aumento de la calificación de la fuerza de trabajo y el incremento de la competitividad de los países, entre otras. En el mediano plazo, la interacción virtuosa de dichos factores genera bases sustentables para un desarrollo económico sostenido y menos vulnerable a las vicisitudes de la economía internacional.

¹ La recta no es normativa, ya que varía en función de los mismos países.

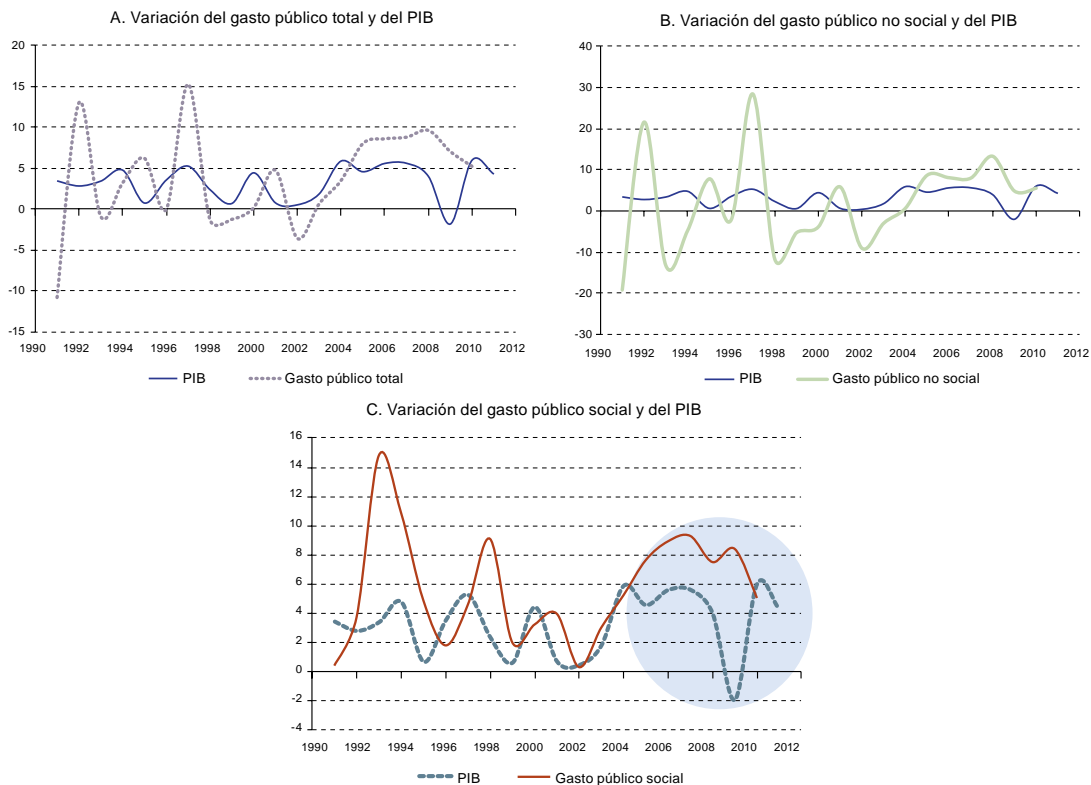
3. Disminución de la prociclicidad del gasto social

Como consecuencia de las medidas tomadas para enfrentar el alza de los precios de los alimentos y otros productos básicos, y las destinadas luego a paliar los efectos de la crisis financiera internacional, se observa en los últimos años una cierta independencia en las fluctuaciones del gasto social respecto del ciclo económico.

Gran parte del comportamiento procíclico del gasto social se debe a que los incrementos, estancamientos y caídas del gasto público total a nivel regional obedecieron al ciclo económico; aun con los esfuerzos por aumentar la prioridad fiscal del gasto social, este acompañó el comportamiento del gasto público total. A inicios de los años noventa, este último era relativamente más bajo que en la actualidad, pero el gasto social estaba francamente contraído (véanse los gráficos IV.1 y IV.2). Así, las expansiones del gasto público, con algunas excepciones, fueron bastante moderadas y respondieron al ciclo económico, con caídas absolutas en contextos en que el crecimiento del PIB disminuía, aunque no se registraron episodios de caída del PIB a nivel regional.

De esta forma, hasta alrededor de 2005 se aprecia una alta prociclicidad del gasto público total, en algunos períodos con cierto rezago respecto del momento de crecimiento o de contracción económica (véase el gráfico IV.6a). Esta “sobrerreacción” del gasto público frente al ciclo económico está asociada a los diversos ajustes experimentados por el gasto en funciones no sociales (principalmente en sectores económicos y funciones de administración general del Estado). En este caso, las oscilaciones son muy marcadas, sobre todo entre 1991 y 2005, y siguen los vaivenes del ciclo económico. Al menos en ocho momentos del período, el gasto público no social disminuyó en términos absolutos como reacción a descensos de los niveles de crecimiento económico. Si bien desde 2005 se aprecian variaciones menores, siempre representando aumentos del gasto en funciones no sociales, este componente mantuvo su comportamiento procíclico (véase el gráfico IV.6b).

Gráfico IV.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN AGREGADA DEL GASTO PÚBLICO TOTAL, EL GASTO PÚBLICO SOCIAL,
EL GASTO PÚBLICO NO SOCIAL Y EL PIB, 1990-2012^a
(Tasas porcentuales de variación anual)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Las cifras de gasto público total corresponden a datos oficiales provenientes por lo general de la clasificación funcional del gasto público y pueden no coincidir con las originadas en el uso de la clasificación económica de este.

Por otra parte, desde inicio de la década de 1990, los gobiernos hicieron grandes esfuerzos por aumentar y defender el gasto público social, aunque la responsabilidad fiscal los llevó a moderar su expansión en momentos de desaceleración de la velocidad del crecimiento. Esto significó que el gasto social también fuera altamente procíclico frente a expansiones del PIB (elasticidades mayores a 1), pero algo menos procíclico ante frenos de la tasa de crecimiento (elasticidades menores o iguales a 1) (CEPAL, 2012a). Sin embargo, ya a partir de 2005 se aprecia un comportamiento en ocasiones contracíclico, que apuntó a defender y fortalecer los recursos destinados a los sectores sociales, por los motivos indicados. Esto se muestra claramente en el gráfico IV.6c, en especial en el período encerrado en un círculo, ya que entre 2005 y

2010 el gasto social aumentó, incluso en un momento de franca contracción del PIB (año 2008), cuando además se aceleró su tasa de crecimiento.

Sin embargo, como se señaló, los datos más recientes indican que la tendencia a sostener y aumentar el gasto social se comenzaría a revertir, frente a la incertidumbre respecto del comportamiento de las economías desarrolladas más allá de la crisis financiera de 2008-2009 y los persistentes déficits en la cuenta corriente de la balanza de pagos, que podrían afectar los ingresos fiscales e incrementar el déficit fiscal. Esto sugiere cierta probabilidad de que el gasto social vuelva a recuperar su comportamiento procíclico en el transcurso de 2012 y los años venideros (véanse más antecedentes en CEPAL, 2012b).

4. La evolución del gasto sectorial

Como se indicó al inicio de esta sección, a nivel regional se registró un aumento sistemático del gasto social como porcentaje del PIB en todos los períodos. Sin embargo, conviene examinar la composición del gasto por sectores sociales (educación, salud, seguridad social y asistencia social, vivienda y otros).

El crecimiento sectorial no ha sido uniforme, como cabría esperar tras una mirada simple. Por una parte, es necesario tener en cuenta la diversa valoración que tiene la inversión social sectorial, pero por otra, el crecimiento sectorial registrado también depende del grado de desarrollo institucional y expansión de servicios sociales al inicio del período de evaluación, así como de las presiones que diversos grupos sociales pueden ejercer sobre el Estado para expandir más velozmente cierto tipo de gastos, los momentos de contracción económica que obligan a movilizar recursos asistenciales o el nivel de envejecimiento de la población.

En términos generales, el aumento de 7,4 puntos porcentuales del PIB obedece en gran medida al crecimiento de la seguridad social (y la asistencia social). El progresivo envejecimiento de la población ha significado el incremento paulatino de los recursos destinados a pagar las prestaciones de la seguridad social. Aunque gran parte de estos recursos provienen de recaudaciones basadas en sistemas de seguridad social contributivos (en este caso, públicos o mixtos), progresivamente se han introducido en una mayor cantidad de países mecanismos solidarios de financiamiento del pago de la seguridad social, más allá de los mecanismos solidarios de redistribución que existen en dichos sistemas.

Asimismo, aunque no se dispone de información desagregada sobre lo que corresponde a la asistencia social y a la seguridad social, los antecedentes indican que principalmente en la década de 2000 se extendieron diversos programas de asistencia social, en particular los orientados a la lucha contra la pobreza que incluyen mecanismos de transferencias directas a los hogares, de carácter condicionado o no: en la Argentina, entre 2000 y 2007, los recursos destinados a asistencia social aumentaron casi un 85% (aun considerando la caída de casi un 20% ocurrida en 2002); en el Brasil (gobierno federal) dichos recursos se triplicaron en el mismo período; en Chile, solo subieron un 5,5% (se registraron caídas considerables en 2003, 2004 y 2006); en Colombia se elevaron casi al doble entre 2004 y 2007, y en Costa Rica crecieron más del 75% desde 2002. No obstante dicha expansión, conviene tener presente que en estos y otros países en que la información de este tipo de erogaciones está disponible, en 2007 el gasto público en asistencia social oscilaba entre un 0,9% y un 2,7% del PIB (Colombia) y representaba entre un 10% y un 35% del agregado general de seguridad y asistencia social.

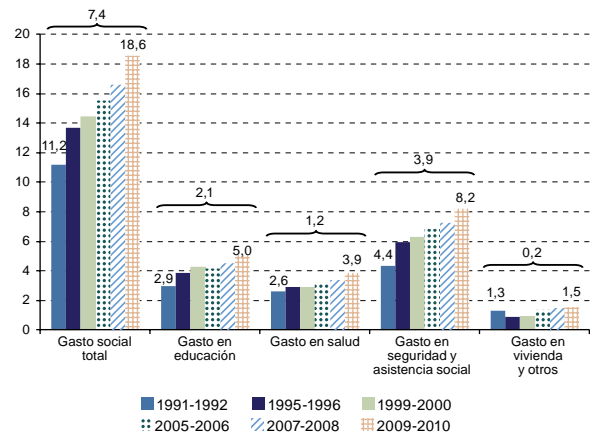
A raíz de la crisis financiera internacional, se implementaron diversos programas de emergencia y otras medidas para evitar la contracción de las economías reales (véase CEPAL, 2010). Esto explicaría buena parte del incremento del gasto social del último bienio, de 2 puntos porcentuales del PIB. Esta alza se concentró mayormente en seguridad y asistencia social (un 50% del incremento); dado que los compromisos en seguridad social suelen presentar una menor elasticidad respecto del ciclo

económico, este incremento se asociaría principalmente al reforzamiento o puesta en marcha de programas de asistencia social (incluido el refuerzo de la lucha contra la pobreza mediante transferencias condicionadas y no condicionadas) destinados a las personas y hogares más vulnerables a la contracción económica. Así lo demuestran los antecedentes de unos pocos países: en la Argentina esta partida creció un 33,6% entre 2007 y 2009 (casi un 10% en 2008 y más de un 21% en 2009), en el Brasil un 15% (gobierno federal), en Chile un 80% (aunque en el último bienio cayó un 6,7%), en Colombia casi un 35% (pero disminuyó en el último bienio y llegó a montos similares a los de 2007), en Costa Rica un 66% (en el último bienio siguió creciendo, pero a una tasa de alrededor del 5% anual), en el Paraguay ascendió más de un 28% (alza que se observó en 2009, ya que en 2008 se registró una reducción de más del 10% en la partida de promoción y acción social, para volver a tener un aumento significativo en 2010) y en México (gobierno federal) se elevó casi un 50% (solo en 2008, ya que en 2009 anotó una leve reducción y en el último bienio tuvo un crecimiento anual del 8%).

El otro aumento importante de los últimos 20 años tuvo lugar en el sector de la educación (2,1 puntos porcentuales del PIB). Esto se asocia con la expansión de la cobertura y el acceso a la educación primaria en los países más pobres, y de la educación secundaria en los restantes (en términos de infraestructura y, sobre todo, del gasto corriente, asociado en su mayoría al aumento de la dotación de docentes).

Lo anterior ha ido en desmedro de la expansión del sector de la salud, ya que se registra un incremento muy leve de su prioridad macroeconómica (1,2 puntos porcentuales del PIB). Frente a las contracciones presupuestarias de este sector, suelen sacrificarse las inversiones o reinversiones en infraestructura, la renovación de equipos y la reposición de insumos médicos, lo que suscita problemas en el sector público de la salud que afectan la cobertura y, principalmente, la calidad de las prestaciones, situaciones que tardan en normalizarse.

Gráfico IV.7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL POR SECTORES, 2009-2010^a
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Promedio ponderado de los países.

Por último, el sector que se recibió menos atención es el de la vivienda (que incluye agua potable y saneamiento y, desde hace poco tiempo, el medio ambiente), pese a la persistencia de bolsones de marginalidad habitacional prácticamente en todos los países y ciudades principales. Esto dificulta el desarrollo de programas de radicación (en general a partir de programas de saneamiento) y erradicación de poblaciones marginales y afecta tanto a la población de menores recursos como, indirectamente, al sector de la salud, por las mayores dificultades de controlar vectores de enfermedades infectocontagiosas fáciles de propagar en ausencia de sistemas de acceso a agua potable, alcantarillado y tratamiento de desechos. La escasa inversión en esta área también ha impedido o restado impulso a las iniciativas de preservación del medio ambiente, tanto por la vía de la generación de zonas de conservación de la biodiversidad como de las necesarias medidas de regulación a la actividad humana, en particular la productiva, para impedir el deterioro y contaminación del entorno.

Recuadro IV.1 ACTUALIZACIÓN DEL GASTO SOCIAL

Para la actualización del gasto social a los efectos de la presente edición del *Panorama Social de América Latina*, se obtuvieron datos de la clasificación funcional del gasto público hasta el año 2011, en concordancia con las series de gasto total y sectorial difundidas en ediciones anteriores de esta publicación. Dado que se consiguió

información hasta el año 2011 en 8 de los 21 países considerados, se ha optado por publicar esas cifras debido a la importancia de contar con datos recientes, aunque fueran de carácter provisional, estimativo o parcial. Los datos se actualizaron durante el tercer trimestre de 2012 y el proceso se cerró a mediados de septiembre.

En la mayoría de los casos, se logró reunir datos sobre la ejecución presupuestaria de la administración central, y en varios de ellos se accedió a las cifras correspondientes al gasto efectivo de las entidades de organización presupuestaria autónoma, los gobiernos locales y las empresas públicas no financieras. Aunque

Recuadro IV.1 (conclusión)

las diferencias en materia de cobertura institucional dificultan la comparación entre los países, se optó por publicar los datos más amplios disponibles sobre cada país, salvo cuando presentaban restricciones

significativas para la construcción de una serie relativa al período 1990-2011. Esto obedece a que el interés primordial de la Comisión es establecer, con la mayor exactitud posible, el monto de gasto público

social de cada país, a fin de representar el esfuerzo de los Estados en esta materia.

A continuación se clasifican los países según la cobertura institucional de las series de gasto social utilizadas:

Sector público total (SPNF + EPF): Costa Rica

- Sector público no financiero (GG + EPNF): Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil y El Salvador
- Gobierno general (GC + GL): Perú
- Gobierno central (GCP + EA): Colombia, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay
- Gobierno central presupuestario: Nicaragua, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de)
- Sector público presupuestario: México

donde SPNF= sector público no financiero; EPF= empresas públicas de carácter financiero; GG= gobierno general; EPNF= empresas públicas no financieras; GC= gobierno central; GL= gobiernos locales; GCP= gobierno central presupuestario y EA= entidades estatales autónomas.

Dado que la adopción del sistema clasificatorio del *Manual de estadísticas de finanzas públicas de 2001* del Fondo Monetario Internacional (FMI) —armonizado con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) de 1993— es muy reciente en varios países, la serie 1990-2011 no siempre es compatible a nivel de subfunciones o subgrupos. La mayoría de los países publican la clasificación funcional agregada y utilizan clasificaciones propias.

En cuanto a los problemas de continuidad de las cifras, en algunos casos particulares, el cambio se tradujo en falta de información sobre la serie completa o respecto de algunos años o funciones. Por ejemplo, no se dispone de datos de Bolivia (Estado Plurinacional de) entre 1990 y 1994, y se cuenta con datos actualizados sobre el SPNF solo hasta 2008. Sobre El Salvador no se dispone de datos entre 1990 y 1992, y la serie de 2004 a 2009 no es estrictamente comparable con las de años anteriores debido a un cambio metodológico. En Nicaragua y el Ecuador no se cuenta con cifras de seguridad social. La serie del Ecuador se refiere a la administración central hasta 2006 y al presupuesto general del Estado desde 2007. En Jamaica y Trinidad y Tabago no fue posible construir la serie completa de 1997 a 1999 debido a falta de información sobre los períodos intermedios. En Colombia hay un cambio metodológico y una modificación de la base del PIB, por lo que la serie no es comparable entre los períodos 1990-1999 y 2000-2010. En el Perú, la serie 1990-1999 corresponde al gobierno central presupuestario y la de 2000 en adelante se refiere al gobierno general. La República Dominicana publica dos series de gasto público social, una de 1990 a 2002 y otra de 2003 a 2010. En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, se dispone de las series correspondientes al gasto público social acordado (ley de

presupuesto y sus modificaciones al 31 de diciembre de cada año) y al gasto público pagado, que se iniciaron en 1999. La cobertura institucional de las cifras de este país corresponde al gobierno central presupuestario. Como se trata de un país federal, es posible que en las cifras publicadas se haya subestimado el gasto social total en mayor medida que en otros países que consignan esta cobertura. De manera similar, los datos de México corresponden al gasto programable del sector público presupuestario de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal; los antecedentes disponibles sobre el alto grado de descentralización de la ejecución del gasto en este país indican que es necesario considerar estas cifras con mayor precaución que en otros casos, pues podría haber una subestimación significativa del nivel de gasto social (véanse ejemplos de la ejecución centralizada y descentralizada del gasto social en CEPAL, 1999).

Al igual que en las ediciones anteriores, en el *Panorama Social de América Latina 2012* se presentan los datos del gasto social a partir de promedios bienales. Los indicadores publicados son el gasto público social total y las funciones o sectores que lo componen —educación, salud, seguridad y asistencia social, vivienda, saneamiento y otras funciones no incluidas en las categorías anteriores— como porcentaje del PIB, en dólares por habitante y como porcentaje del gasto público total. En el caso de este último indicador, se utiliza información oficial respectiva de los países, pero es posible que estas cifras difieran de las publicadas a partir de otros sistemas clasificatorios, como la clasificación económica o administrativa de los gastos, tanto porque incluyen o no el pago de intereses de la deuda pública como porque al clasificar las erogaciones se emplean diferentes opciones metodológicas.

A diferencia de los años anteriores, en esta edición se incluye el cambio efectuado

por la CEPAL en el año básico del PIB en dólares constante. Desde la edición 2011 de esta publicación, todos los cálculos en dólares constantes del gasto social se expresan a precios de 2005.

Para el cálculo de las relaciones porcentuales se utilizan las cifras anuales a precios corrientes de cada país. Estas proporciones se aplican luego a las series del PIB en dólares de 2005, lo que permite derivar el gasto social per cápita expresado en dicha moneda. Es posible que con ello se produzcan algunas variaciones respecto de los datos en moneda constante informados por los países, lo que depende del grado de apreciación o depreciación cambiaria implícito en la paridad oficial pertinente en relación con el año 2005, así como de los datos de población en que se base el recuento por habitante.

Los datos en moneda corriente sobre el gasto público total y social, así como la desagregación sectorial de este último, corresponden a cifras oficiales proporcionadas por las respectivas instituciones gubernamentales. Según el país, estas pueden ser direcciones, departamentos, secretarías o subsecretarías de planificación, de presupuestos o de políticas sociales de los ministerios de hacienda, finanzas o economía. También se obtuvieron datos de ejecución presupuestaria de las contadurías generales de la nación, los tesoros nacionales y, ocasionalmente, los bancos centrales, los institutos nacionales de estadísticas y los sistemas de información social y económica de los países.

Los datos sobre el PIB en dólares constantes de 2005 corresponden a cifras oficiales de la CEPAL y las cifras de población provienen de las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

B. El gasto de los hogares en cuidado: perfil socioeconómico y demográfico

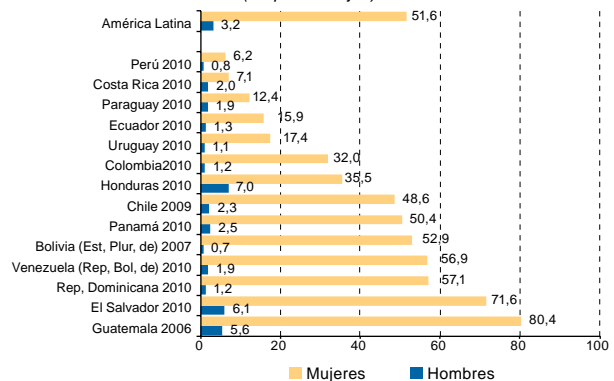
Desde la perspectiva de los derechos y el financiamiento, la satisfacción del bienestar, entre cuyas necesidades destacan las del cuidado, puede tener diversas modalidades. El proceso por el cual el Estado garantiza a las personas derechos que son independientes de su inserción en el mercado se denomina “desmercantilización”, pues permite disociar el bienestar de los ingresos monetarios de los hogares y las personas. Por el contrario, la mercantilización del cuidado implica una retracción del Estado y un papel preponderante del mercado en la oferta y provisión de servicios. Por su parte, la alternativa “familista” hace recaer el bienestar de los individuos sobre todo en los sistemas familiares de cuidados y protección. Por el contrario, la “desfamiliarización” del cuidado hace referencia a la dinámica mediante la cual las personas reducen su dependencia respecto de las reciprocidades familiares o conyugales, sea porque aumenta su capacidad de control de recursos económicos para adquirir cuidados en el mercado o porque la oferta de servicio público se incrementa (Esping-Andersen sintetizado por Draibe y Riesco, 2006; Esping-Andersen y Myles, 2012).

Como se ha enfatizado a lo largo de los capítulos precedentes, tradicionalmente y en la actualidad las asimetrías de género han dado lugar a que las necesidades universales de cuidado se satisficieran eminentemente de forma privada, en el seno familiar, y quedaran a cargo de las mujeres. En general, como se evidenciará más adelante, esto va de la mano de débiles políticas de cuidado, con programas de escasa cobertura, bajo financiamiento y fragmentados. En ese sentido, el derecho a cuidar y a ser cuidado sigue dependiendo sobre todo del tiempo y el esfuerzo que a tal efecto puedan dedicar las mujeres en el seno de los hogares, de la solidaridad intergeneracional que existe dentro de las familias² —lo que a su vez implica sendas tareas de coordinación— y de los vínculos monetarios del bienestar, que remiten a la capacidad de pago de servicios de cuidado de cada cual.

Las repercusiones se observan en muchos planos. Las mujeres ven afectada su capacidad de inserción laboral en razón del cumplimiento de trabajos de cuidado en el hogar, estando sujetas además —como se vio en el capítulo I— a lo que se ha denominado pobreza de tiempo. Los cuidados directos e indirectos constituyen un motivo importante

de inactividad de las mujeres en el mercado laboral³; las encuestas de hogares lo reflejan como motivo explícito, que comparativamente tiene un peso muy diverso en los distintos países (véase el gráfico IV.8).

Gráfico IV.8
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): TRABAJADORES INACTIVOS QUE DECLARARON COMO MOTIVO DE SU INACTIVIDAD TAREAS DE CUIDADO Y LABORES DOMÉSTICAS, POR SEXO
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

² Esta solidaridad intergeneracional respecto del cuidado no puede ser captada por las encuestas de hogares, las de ingresos y gastos y ni siquiera de forma adecuada por las de uso del tiempo de la región, ya que todas ellas, realizadas con diferentes propósitos, tienen como unidad de análisis los hogares y no las familias. En Europa, por el contrario, existen encuestas específicas que permiten hacerlo; al respecto, véase Saraceno (2008).

³ Como se vio, la categoría de cuidados directos resalta aspectos personales y emocionales de la prestación de cuidados y la de cuidados indirectos, actividades de apoyo a tal fin que incluyen una amplia gama de las labores domésticas. Véase la definición y relevancia de esta distinción en esta edición del *Panorama Social*.

En el capítulo III se caracterizó el mercado laboral de cuidados en la región, lo que permitió esbozar las condiciones de quienes trabajan en empleos remunerados en el mercado de cuidados. En el presente capítulo se contempla la situación desde la perspectiva del usuario, ya que trata sobre los vínculos monetarios del bienestar, incursionando en las necesidades de cuidado de los hogares, que se traducen en gastos para contratar una provisión que puede ser de cuidados directos, indirectos o una mezcla de ambos. La inmensa mayoría de los hogares carece de tal capacidad de pago. En el caso de los hogares que declaran efectuar gastos, dado su carácter monetario, la demanda efectiva de mercado así expresada depende evidentemente de los ingresos globales con que cuenten y de la gama de necesidades que deban, quieran y puedan cubrir.

A tal fin se utilizan las encuestas de ingreso y gasto de varios países de la región, considerando la última ronda desde el año 2000 (véase el recuadro IV.2 y el cuadro IV.2). Se trata de un enfoque inédito sobre América Latina ya que, pese a las restricciones de los datos con que opera, se considera desde este ángulo la ubicua desigualdad de la región al considerar en detalle la capacidad que tienen los hogares para contratar cuidados⁴. Al traducir las respectivas erogaciones en moneda nacional de los hogares a su valor adquisitivo relativo en 14 países, se aspira a lograr una cierta comparabilidad del gasto.

Como se sabe, el principal objetivo de esas encuestas es conocer el consumo de los hogares, que está muy desagregado en ítems como alimentos y vestuario, para calcular las canastas de gasto con las que los países elaboran los índices de precios. Estos datos también permiten calcular

el costo de la canasta básica con la que se mide la pobreza, y se emplean para elaborar la cuenta de ingresos y gastos de los hogares del sistema de cuentas nacionales.

En los países se ha ido ampliando el rango de servicios y productos que abarcan las encuestas, con muy variados rangos de desagregación. En términos relativos, son pocas las preguntas que se relacionan con el cuidado y en la mayoría de las encuestas tienen además una amplitud limitada (véase el cuadro IV.3). A pesar de estas restricciones, estas encuestas son el único instrumento que permite estudiar en detalle las erogaciones de los hogares: es pertinente indagar cuál es el gasto en cuidado para inferir algunas características socioeconómicas y demográficas de estos hogares. El análisis de los hogares que no efectúan gastos será sucinto, ya que en este caso lo que interesa resaltar es su gran magnitud, para centrarnos ulteriormente en la caracterización de los que sí contratan servicios remunerados de cuidado.

Cabe señalar además que las encuestas son una “foto” en el tiempo: tanto el ingreso como el gasto reflejan estrictamente los valores del mes en que la encuesta se aplica a submuestras de hogares, a lo largo del período de referencia. A diferencia de otras encuestas, como las de empleo, la información así recabada no permite estacionalizar, mensualizar ni anualizar los gastos, de manera que no se refleja la carga permanente o en promedio, ni se puede distinguir si los gastos se originan en necesidades más permanentes o en eventos fortuitos o temporales; por ejemplo, distinguir los vinculados con las singulares necesidades vinculadas a la atención de enfermedades agudas o crónicas que requieran de cuidados especializados en el hogar.

Recuadro IV.2
USO DE LAS ENCUESTAS DE INGRESOS Y GASTOS DE LOS HOGARES

Las encuestas de ingresos y gastos de los hogares de un país constituyen una de las fuentes de información más importantes sobre las decisiones económicas de los hogares, y suelen formar parte del Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (SIEH) y, más en general, del sistema estadístico nacional. Entre sus objetivos se encuentran el conocimiento y análisis de la estructura del gasto de los hogares, el ahorro o endeudamiento, el establecimiento o la actualización de las canastas básicas de alimentos y los costos de otras necesidades básicas, y la actualización y modificación de las canastas y bases de los índices de precios al consumidor, entre otros.

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) define al gasto realizado por los hogares en bienes y servicios de consumo individual como gasto de consumo final de los hogares.

Estos también reciben bienes y servicios de consumo individual adquiridos de instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares o de las unidades gubernamentales. En el SCN se asume como gasto de consumo efectivo de los hogares la suma del gasto de consumo final más los bienes y servicios producidos por esas instituciones, que se trasladan a los hogares, más los bienes y servicios individuales producidos o adquiridos por el gobierno pero entregados a los hogares (subsidios o regalías estatales). Por tanto, los hogares pueden adquirir los bienes y servicios de consumo individual directamente de los productores (sociedades, entidades gubernamentales, instituciones sin fines de lucro, hogares, resto del mundo) y también pueden producir una parte por su cuenta para su consumo o adquirirlos de otros hogares.

Por su parte, las encuestas de gastos (o los módulos de gastos) miden el gasto corriente de los hogares, compuesto por el gasto de consumo final (incluidos, por ejemplo, los pagos de licencias para conducir, matrículas de automóviles y gastos similares), y el gasto no relacionado con el consumo (que comprende los impuestos sobre el ingreso y la riqueza, las contribuciones sociales, primas de seguro, transferencias en efectivo a personas ajenas al hogar e intereses pagados), y suelen excluir la imputación de bienes y servicios otorgados por las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y los organismos gubernamentales y el gasto en consumo intermedio (por ejemplo, bienes y servicios para el desarrollo de actividades productivas).

⁴ A escala internacional, el análisis de las políticas sociales mediante encuestas de ingresos y gastos ha enfatizado el gasto de bolsillo en salud de los hogares. En cuanto al gasto en cuidado analizado

sobre la base de estas encuestas, véase el análisis del caso uruguayo realizado por Salvador y Pradere (2009).

Recuadro IV.2 (conclusión)

Por lo general recogen el gasto en: i) consumo final (alimentos y bebidas no alcohólicas; bebidas alcohólicas, tabaco y estupefacientes; prendas de vestir y calzado; alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles; muebles, artículos para el hogar y conservación ordinaria; salud; transporte; comunicaciones; recreación y cultura; educación; restaurantes y hoteles, y bienes y servicios diversos) y ii) gastos

no relacionados con el consumo (intereses pagados, aporte a la seguridad social, impuesto a la renta, otros impuestos o tasas y otras transferencias corrientes).

En el presente capítulo, dependiendo de la disponibilidad y desagregación de la información, se contabilizaron como gastos en cuidado los servicios asociados a diversas actividades del empleo doméstico (aseadores, cocineras, lavanderas y otros),

la atención de niñeras y cuidadoras, la educación preescolar, el cuidado domiciliario y no domiciliario de enfermos, los servicios de centros y hogares de ancianos y de atención a discapacitados, la gimnasia y terapia correctiva y otros servicios de rehabilitación similares. A continuación se detallan las encuestas utilizadas y el período durante el cual se realizaron las distintas submuestras mensuales.

Encuestas de ingreso y gasto utilizadas

País	Nombre de la encuesta	Período de aplicación
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta Continua de Hogares	Noviembre de 2003 a noviembre de 2004
Brasil	Encuesta de presupuestos familiares	Julio de 2002 a junio de 2003
Chile	VI Encuesta de Presupuestos Familiares	Noviembre de 2006 a octubre de 2007
Colombia	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos	Septiembre de 2006 a septiembre 2007
Costa Rica	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG)	Abril de 2004 a abril de 2005
Ecuador	Encuesta de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos (ENIGHU)	2002-2003
El Salvador	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	Septiembre 2005 a agosto de 2006
Honduras	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	Año 2004
México	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)	Tercer trimestre de 2006
Nicaragua	Encuesta Nacional de Hogares Sobre Medición de Niveles de Vida	Julio a octubre de 2005
Panamá	Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares	Julio de 2007 a junio de 2008
Perú	Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza	Enero a diciembre de 2008
República Dominicana	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)	Diciembre de 2006 a diciembre de 2007
Uruguay	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares	Noviembre de 2005 a octubre de 2006

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Para calcular los gastos en dólares de 2005 expresados en paridad de poder adquisitivo (PPA), se usaron los factores de conversión a dólares PPA publicados en la base de datos World Development

Indicators del Banco Mundial; el tipo de cambio utilizado fue la serie *rf* de 2005. Como no era posible a tal fin disponer en todos los países de los tipos de cambio específicos de las submuestras a lo largo del período de

referencia, se consideraron los promedios de los índices de precios al consumidor del período completo de aplicación de la encuesta para la indexación y el cálculo en moneda local promedio de 2005.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG); Michel Sérurier, Medir la economía de los países según el sistema de cuentas nacionales, Bogotá, CEPAL/Alfaomega, 2003; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del Ecuador, "Resumen metodológico (aplicación de la Encuesta de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos de 2002-2003)", s/f; Darwin Cortés, Análisis de los gastos de los hogares colombianos 2006-2007, Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)/Universidad del Rosario, 2009.

1. Captación del gasto en cuidados por las diversas encuestas

La información de las encuestas permite medir los gastos en servicio doméstico en todos los países; en algunos, también los relativos a servicios prestados dentro y fuera del hogar para niños en las etapas previas a la escolarización primaria y posiblemente para personas adultas mayores, con discapacidad o enfermos transitorios⁵. Para mantener la calidad muestral de los microdatos, el análisis de las características de los hogares es necesariamente limitado debido a la cobertura de las encuestas.

En el cuadro IV.2 se muestra la estructura del gasto en cuidados de los hogares según los valores medios de tres tipos de gastos y su peso, medido en porcentajes conforme a la frecuencia con que se realizan esas erogaciones. Este cuadro no muestra información comparable entre países, dado que las disímiles estructuras no son atribuibles a diferentes preferencias y capacidades nacionales de asignaciones de recursos, sino al tipo y número de ítems que abarcan las preguntas de las encuestas. Por lo tanto, se hace patente la estructura solo para explicitar lo abarcado por cada encuesta y no para comparar diversas situaciones de los países.

⁵ Más allá de la apertura de las preguntas de las encuestas, la desagregación puede dar algunos indicios acerca de la oferta privada, pública o mixta de cuidados.

Cuadro IV.2
**AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): ESTRUCTURA DEL GASTO EN CUIDADOS SEGÚN VALORES PROMEDIO
 Y FRECUENCIA DE SUS COMPONENTES**
(En dólares PPA de 2005 y porcentajes)

País	Período de referencia	Valor y medio de los gastos en el mes de referencia de las mediciones			Frecuencia de los tipos de gasto en cuidado ^a		
		Servicios de cuidado domiciliario directos e indirectos	Servicios de cuidado en salud	Servicios de cuidado asociados a educación	Servicios de cuidado domiciliario directos e indirectos	Servicios de cuidado en salud	Servicios de cuidado asociados a educación
		<i>(en dólares PPA de 2005)</i>			<i>(en porcentajes)</i>		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003-2004	183	...	15	33,3	...	66,7
Brasil	2002	59	117	57	47,3	3,8	48,9
Chile	2006-2007	396	95	24	73,6	1,6	24,8
Colombia	2007	114	55	16	27,7	1,1	71,1
Costa Rica	2004	181	...	...	100,0	...	...
Ecuador	2003-2004	12	34	33	28,9	1,1	70,0
El Salvador	2006	138	29	54	46,4	21,4	32,2
Honduras	2004	127	...	13	14,4	...	85,6
México	2006	173	161	92	53,3	2,7	44,0
Nicaragua	2005	104	...	14	12,8	...	87,2
Panamá	2007	103	99	21	72,4	4,5	23,1
Perú	2008	114	...	...	100,0	...	...
República Dominicana	2007	94	126	33	56,9	7,0	36,1
Uruguay	2005-2006	108	240	79	80,8	1,2	18,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.
^a La distribución de los tipos de gasto se reconstruye a partir del total de registros de gasto en cuidados de la muestra, es decir que la unidad de análisis no corresponde a los hogares que efectúan los gastos.

Por este motivo, el análisis realizado en este capítulo se circunscribe a las diferencias que se observan en los países. A tal efecto, por una parte se han agrupado los gastos en diversas actividades del servicio doméstico, que pueden destinarse a la familia como un todo o a integrantes de diversas edades. Por otra parte, se englobaron los dirigidos al cuidado de la salud, dentro y fuera del hogar; se infiere que ellos se destinan principalmente a personas adultas mayores del hogar y a personas enfermas o con discapacidad. Finalmente, se consolidaron los relacionados con la educación, destinados a los infantes desde su nacimiento hasta el período preescolar inclusive.

Los gastos reflejan un sinnúmero de determinantes que no pueden comprenderse a partir de la propia encuesta y que remiten fundamentalmente a los singulares precios de cada uno de los servicios que se han consolidado bajo esas tres rúbricas, acerca de lo cual pueden realizarse conjeturas, por ejemplo, considerando el capítulo III sobre la estructura dual del mercado de cuidados. De hecho, las encuestas revelan datos cuyo detalle no corresponde desglosar acá y que evidencian los costos tan diversos de los servicios domésticos o de enfermería, relacionados con gastos que, además, por su carácter, se realizan de manera continua o discontinua en el seno de los hogares; no contienen información que permita inferir los costos en razón del número de horas o jornadas pagadas.

Los servicios domésticos son gastos privados realizados para obtener un servicio también netamente privado; se ignora si las erogaciones en el cuidado de la salud están cubiertas parcialmente por algún tipo de aseguramiento público o privado. En cuanto a las vinculadas al cuidado

de los niños, pueden reflejar pagos de servicios educativos privados, con o sin subvenciones públicas, copagos para servicios educativos públicos y otros. En este caso, además de variar la magnitud del gasto conforme a los precios de los servicios, posiblemente también cambiará según la edad de los niños y el tipo de cobertura pública que, si es más amplia, reduce las erogaciones que los hogares deban hacer a tal efecto: por ejemplo, la cobertura de la etapa preescolar en la región es mucho mayor que aquella de edades más tempranas.

La disímil recolección de información en las encuestas, como ya se explicó, no admite mayor comparabilidad de un país a otro. Pero sí es factible comparar entre países los niveles de gasto de la categoría de servicios de cuidado domiciliario directo e indirecto realizados por el servicio doméstico; los valores de esta categoría, ajustados a poder adquisitivo para permitir una mejor comparabilidad, revelan de un país a otro una marcada heterogeneidad, cuyos factores determinantes pueden ser muy variados. Entre ellos se encuentran, el estadio de transición demográfica, el nivel de riqueza de los países conforme al PIB per cápita, el nivel de mercantilización de servicios de cuidado no domiciliarios y el desarrollo de mercados de trabajo más formales dentro de los servicios domiciliarios. Además, debe tenerse presente que las remuneraciones del servicio doméstico inciden directamente en los niveles de gasto de los hogares; cabe recordar el análisis realizado en el capítulo III sobre la dualidad del mercado de trabajo remunerado de cuidado, que apunta a las bajas remuneraciones del servicio doméstico y la baja cobertura de protección social.

2. Algunas características seleccionadas de los hogares latinoamericanos en torno al gasto en cuidados

Como se ha discutido, las responsabilidades en materia de cuidado recaen eminentemente en las familias y, dentro de ellas, en las mujeres. Las encuestas de uso del tiempo permiten indagar la sesgada repartición de estas tareas en el seno de los hogares. Por su parte, mediante las encuestas de ingresos y gastos es posible investigar ciertas características significativas de los hogares conforme a su perfil de gastos en cuidado.

Como era esperable, los resultados del análisis revelan que solo una minoría de las familias de los países

analizados puede externalizar esas responsabilidades mediante el pago de servicios. Cabe destacar que estas encuestas permiten dimensionar el porcentaje de familias que se encuentran en esta situación y evidenciar que su tamaño experimenta variaciones marcadas de un país a otro; además, que son los hogares de menores ingresos los que tienden a no efectuar estos gastos. En cuanto a la distribución por quintiles extremos, las mayores diferencias entre los hogares más y menos ricos se denotan en Chile, Costa Rica y el Uruguay (véase el cuadro IV.3).

Cuadro IV.3
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LOS HOGARES QUE DECLARAN EFECTUAR GASTOS EN CUIDADOS
(En porcentajes)

País	Período de referencia	Total	Quintiles de ingreso per cápita		Sexo del jefe de hogar		Situación de pobreza		Presencia de menores de 5 años		Hogares con adultos mayores	Familias biparentales en las que ambos cónyuges trabajan
			Quintil más pobre	Quintil más rico	Hombre	Mujer	Hogares pobres	Hogares no pobres	Sí	No		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003-2004	11,6	2,6	24,3	11,4	12,2	7,0	17,6	13,7	10,3	8,6	13,6
Brasil	2002	7,9	2,6	15,5	8,2	7,0	...	...	11,6	6,6	6,2	10,3
Chile	2006-2007	12,8	3,1	38,4	14,2	10,2	...	...	20,6	10,7	11,6	22,9
Colombia	2007	19,7	14,3	34,8	20,5	17,8	...	...	31,1	15,2	13,9	27,9
Costa Rica	2004	18,4	1,6	54,0	18,5	18,1	...	...	18,7	18,3	21,8	27,2
Ecuador	2003-2004	16,9	12,3	29,3	18,2	12,7	...	...	26,3	11,9	12,6	23,2
El Salvador	2006	5,7	1,0	14,8	5,9	5,2	...	...	7,8	4,7	4,7	6,8
Honduras	2004	20,2	18,3	32,6	21,1	17,2	...	...	24,2	16,4	14,7	29,4
México	2006	14,5	8,0	31,8	15,4	12,0	8,8	16,4	19,9	12,2	15,2	18,4
Nicaragua	2005	19,1	16,0	31,0	19,7	17,9	16,9	21,8	27,3	13,6	15,2	26,4
Panamá	2007	27,6	17,7	49,2	28,9	25,5	...	...	35,1	25,1	31,8	26,2
Perú	2008	5,1	0,2	18,2	5,0	5,3	0,1	7,2	4,5	5,3	7,7	5,1
República Dominicana	2007	15,2	6,8	35,0	15,8	14,0	...	...	21,2	12,7	17,0	20,3
Uruguay	2005-2006	14,5	2,0	39,2	14,3	15,0	...	...	20,9	13,2	22,3	19,1
Promedio simple		15,0	7,6	32,0	15,5	13,6	8,2	15,8	20,2	12,6	14,5	19,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

Por otra parte, solo en algunos países los hogares encabezados por hombres tienden a ser levemente más propensos a efectuar este tipo de gastos: es el caso de Chile, el Ecuador, Honduras, México y Panamá. Es decir, que no siempre el gasto parece estar tan fuertemente determinado por el sexo del jefe de hogar. Además, en las familias biparentales en las que ambos cónyuges trabajan, es mayor la propensión a efectuar gastos en cuidado.

De los hogares que efectúan gastos, aquellos con niños menores de 5 años son los que gastan más en promedio. Sin embargo, es extremadamente alto el porcentaje de hogares con niños de ese tramo de edad que no efectúan gastos, lo que evidencia el papel crucial de los trabajos no remunerados de cuidado que queda en manos de las mujeres.

La alta proporción de hogares que no efectúa gastos puede denotar gastos reprimidos, cuya lógica debe entenderse a la luz de la pobreza, la vulnerabilidad y la desigualdad. Dicho de otro modo, hay necesidades que pueden ser indispensables en el ámbito del cuidado, pero que no pueden pagarse y, por tanto, no se traducen en valores monetarios, debido a los ingresos reducidos de las familias y los hogares⁶. Por otra parte, la ausencia de gastos de las familias también puede obedecer a la cobertura de servicios de cuidado públicos gratuitos o con

⁶ Otro ámbito de problemas que se pueden analizar con estas encuestas, como la represión de los gastos de bolsillo en salud a la luz de la desigualdad, se explora en CEPAL (2008), págs. 97 a 99.

reducidos copagos, que también pueden tener un impacto positivo, al reducir los gastos de los hogares en estos rubros.

Cabe considerar que los gastos en algunos rubros pueden también reflejar preferencias de las familias que no están condicionadas eminentemente por su relativa capacidad de pago; por ejemplo, la disposición positiva o negativa a que los infantes tengan una formación preescolar

o asistan a salas cuna⁷. Lamentablemente, la información de este tipo de encuestas no permite adentrarse en tales disquisiciones, y en cualquiera de las circunstancias, se proyecta la sombra del trabajo de cuidado no remunerado efectuado por las mujeres.

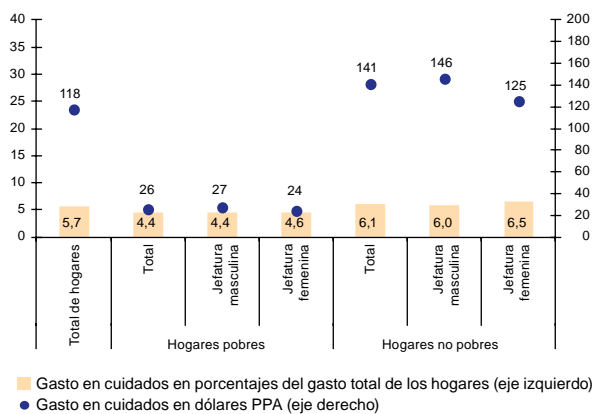
Seguidamente, el análisis se concentra en los hogares que acuden a servicios remunerados de cuidado.

3. La irreductibilidad del cuidado en hogares pobres y no pobres

En el gráfico IV.9 se presentan las erogaciones en cuidado y su proporción dentro del gasto total de los hogares conforme a ciertas características. Para reflejar mejor el esfuerzo que ello representa, los valores nacionales correspondientes se ajustaron conforme a la capacidad adquisitiva de las monedas nacionales, convirtiéndolos a dólares de paridad de poder adquisitivo (PPA) de 2005.

Gráfico IV.9
BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE), MÉXICO, NICARAGUA
Y PERÚ: PESO DEL GASTO EN CUIDADOS SEGÚN NIVEL DE
POBREZA Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR,
ALREDEDOR DE 2005^a

(En porcentajes del gasto total de los hogares y dólares PPA de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los países.

^a Promedio simple. Se consideran estos países debido a que sus encuestas de ingresos y gastos incluyen estimaciones de pobreza.

Como es de esperar, los niveles de gasto varían mucho conforme a los ingresos de los hogares, aspecto que se profundizará más adelante, pero hay un hallazgo muy relevante: por encima de los diversos niveles de ingresos, la proporción de recursos destinados al cuidado no fluctúa significativamente entre los hogares pobres

y los no pobres. Es decir que incluso los estratos más pobres deben destinar recursos para contratar servicios de cuidado y resulta muy significativo que la proporción del gasto total de los hogares destinada a esos servicios se aproxime muy estrechamente a la erogada por hogares que no son pobres⁸.

En este universo de países la incidencia de la pobreza es muy diversa, pero en todos resalta la falta de elasticidad del gasto dedicado al cuidado como proporción del gasto de los hogares, incluso en los sectores más desposeídos de la población. Estos hechos alertan sobre la irreductibilidad del cuidado al evidenciar que todos los hogares, incluidos los pobres, desarrollan estrategias que combinan el trabajo no remunerado de cuidado realizado dentro del hogar o por familiares, o el acceso a servicios públicos con la contratación formal e informal de trabajo remunerado.

Otro hallazgo significativo que se observa en el mismo gráfico remite a las desigualdades que afectan a las mujeres jefas de hogar en nuestras sociedades. Pese a sus menores ingresos y a su mayor vulnerabilidad, estos hogares destinan a tal efecto una proporción de recursos que en el caso de los hogares pobres es similar a la de aquellos con jefatura masculina y en los hogares no pobres sobrepasa incluso a la erogada por los hogares con jefatura masculina. Ello muestra la imperiosa necesidad de contratar apoyos remunerados para encarar las responsabilidades de cuidado.

Al comparar la contrastante capacidad de gasto de los hogares pobres y no pobres en este ámbito, resaltan varios aspectos a tener en cuenta: el desigual acceso

⁷ Sobre representaciones sociales respecto del cuidado en el Uruguay, véase Batthyany, Genta y Perrotta (2012).

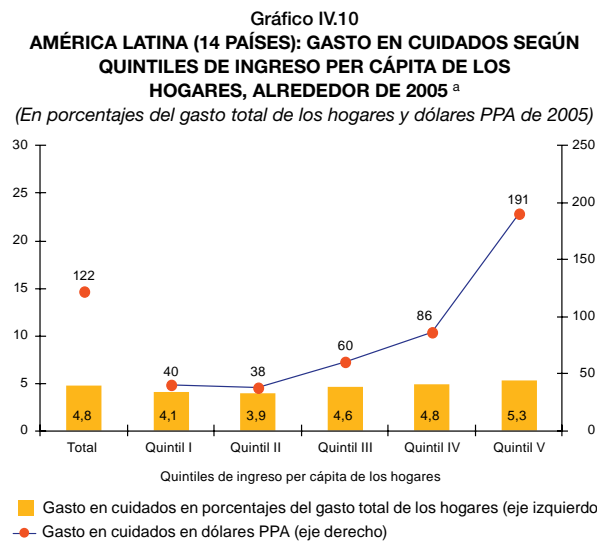
⁸ Se analizan Bolivia (Estado Plurinacional de), México, Nicaragua y el Perú, dado que en estos casos se contó con líneas de pobreza para hacer el cálculo.

en términos de la cantidad de servicios de cuidado que se puede adquirir, la variable monetaria como barrera de acceso a los servicios y la desigual calidad de los servicios que se pueden adquirir. La dualidad del empleo de los cuidadores analizada en el capítulo previo va de la mano, en cuanto a remuneraciones y

cobertura de la protección social, del poder adquisitivo de los hogares a los que brindan servicios. Es decir que la capacidad de gasto tiene efectos no solo en la calidad del cuidado, sino también en las condiciones de empleo de quienes prestan estos cuidados directos e indirectos remunerados.

4. La desigual distribución socioeconómica del gasto en cuidado de los hogares

En el conjunto de la región la desigualdad en materia de disponibilidad para pagar cuidados se relaciona con la desigualdad general de ingresos de los hogares. A medida que aumenta el ingreso disponible, en términos absolutos se incrementa considerablemente el gasto en servicios de cuidado (véase el gráfico IV.10).



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

^a Se consideran únicamente los hogares que efectuaron gasto en cuidados.

No obstante, la situación tiene matices adicionales. Respecto del gasto en cuidado por países, la comparación acusa grandes contrastes (véase el cuadro IV.4a). En los 14 países analizados, en promedio simple, las familias

más ricas gastan cuatro veces más que aquellas con los menores ingresos. Pero en Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, El Salvador, México y Panamá, las diferencias del monto de gasto entre el V y el I quintil son mucho más grandes: el promedio simple para este subconjunto muestra que las familias más ricas gastan 17 veces más; de ellos, Chile es el país más desigual. En la otra punta de la distribución, los países con niveles menos desiguales entre los quintiles extremos son el Perú, la República Dominicana y el Uruguay; en este subconjunto, el quintil más rico gasta un 50% más que el más pobre.

Otras desigualdades remiten directamente al género, tanto por el lado de los ingresos como de la capacidad y necesidad de contratar servicios de cuidado remunerados. Los hogares encabezados por mujeres gastan proporcionalmente más en cuidados que los encabezados por hombres (como porcentaje del total de sus ingresos); ello es especialmente notorio en el Perú, el Uruguay, Panamá y Costa Rica, en este orden (véase el cuadro IV.4b). Por su parte, en términos absolutos, los hogares encabezados por jefes hombres, en su mayoría biparentales, gastan en promedio un 16% más que los encabezados por mujeres, mayormente monoparentales (véase el cuadro IV.4b). Expresado de otra manera, los gastos en cuidado de los hogares encabezados por mujeres equivalen a un 86% del erogado por los encabezados por hombres.

En términos relativos, de los 14 países, el Brasil y el Uruguay son los más igualitarios, mientras que los más desiguales son Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Ecuador, seguidos por Costa Rica, Panamá y la República Dominicana.

Cuadro IV.4
**AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EN CUIDADOS SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA DE LOS HOGARES
 Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR, ALREDEDOR DE 2005**

A. GASTO EN CUIDADOS COMO PROPORCIÓN DEL GASTO TOTAL ^a
(en porcentajes)

País	Período de referencia	Total	Quintil de ingreso per cápita de los hogares					Sexo del jefe de hogar		Hogares que declararon gastos en cuidado respecto del total
			Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Hombre	Mujer	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003-2004	3,3	1,7	1,1	1,3	2,5	5,5	3,3	3,5	11,6
Brasil	2002	3,1	2,8	2,8	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	7,9
Chile	2006-2007	7,0	1,3	1,9	5,1	7,3	8,4	6,7	7,8	12,8
Colombia	2007	3,4	2,0	2,0	3,0	4,1	4,5	3,4	3,5	19,7
Costa Rica	2004	4,3	6,0	5,6	6,0	4,2	3,9	4,1	5,0	18,4
Ecuador	2003-2004	2,0	1,5	2,4	2,6	2,4	1,7	2,0	2,2	16,9
El Salvador	2006	4,5	1,1	3,3	4,6	5,2	4,5	4,3	4,8	5,7
Honduras	2004	4,3	4,7	3,5	3,0	3,9	5,2	4,2	4,4	20,2
México	2006	6,2	3,8	4,5	5,9	7,1	6,9	6,0	6,6	14,5
Nicaragua	2005	7,4	8,6	6,7	6,8	5,7	8,2	7,5	7,0	19,1
Panamá	2007	3,3	2,3	2,5	3,7	3,7	3,5	3,0	3,8	27,6
Perú	2008	6,0	4,2	8,2	7,9	6,6	5,6	5,5	7,7	5,1
República Dominicana	2007	6,5	7,3	4,6	6,0	5,9	7,3	6,4	6,7	15,2
Uruguay	2005-2006	5,7	9,6	5,3	5,9	5,6	5,6	5,0	6,7	14,5
Promedio simple		4,8	4,1	3,9	4,6	4,8	5,3	4,6	5,2	15,0

B. MONTO MENSUAL DEL GASTO EN CUIDADOS, EN PROMEDIO ^a
(en dólares PPA de 2005)

País	Período de referencia	Total	Quintil de ingreso per cápita de los hogares					Sexo del jefe de hogar	
			Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Hombre	Mujer
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003-2004	90	7	5	11	27	193	100	61
Brasil	2002	82	19	27	48	61	138	80	87
Chile	2006-2007	297	14	33	96	199	416	309	269
Colombia	2007	68	16	18	34	60	133	72	58
Costa Rica	2004	162	39	59	87	96	216	172	133
Ecuador	2003-2004	40	10	20	30	45	63	43	25
El Salvador	2006	103	16	34	41	80	141	109	89
Honduras	2004	73	28	26	34	53	151	75	65
México	2006	165	25	45	75	121	283	166	160
Nicaragua	2005	70	36	38	44	48	129	71	66
Panamá	2007	147	27	41	87	106	277	156	128
Perú	2008	146	98	64	113	124	158	148	141
República Dominicana	2007	107	99	34	52	65	161	113	94
Uruguay	2005-2006	161	129	83	91	122	208	161	162
Promedio simple		122	40	38	60	86	191	127	110

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.
^a Incluye solo a hogares que efectuaron gasto en cuidado.

5. El cuidado en hogares con niños pequeños

También desde el punto de vista de las asimetrías de género, expresadas en los desequilibrios de las responsabilidades de cuidado, es pertinente analizar el gasto de hogares con y sin niños menores de 5 años; según los niveles de gasto presentados en el cuadro IV.5, en 11 de los 14 países los hogares con niños de esa edad destinan menos cantidad de recursos al cuidado que aquellos sin niños. Este hecho indica con claridad que las necesidades de los niños de esta franja de edad son cubiertas esencialmente con cuidados no remunerados, sea por su madre, por otros parientes, que en general son las abuelas, o por vecinas en algunos casos. Respecto del porcentaje de gasto destinado al

cuidado, no se revela una tendencia muy sistemática, pero en Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua y el Perú, gastan proporcionalmente más los hogares con niños de esas edades.

Ya se destacó el cuidado como uno de los elementos que inciden en la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo (véase el gráfico IV.8), lo cual resulta consistente con estos hallazgos. Siguiendo la misma lógica, cuando la presencia de niños se combina con la variable del empleo femenino (véase el cuadro IV.4), se observa claramente que se gasta más en cuidado remunerado en términos absolutos (niveles de gasto), pero también en términos

relativos, cuando la mujer tiene un empleo remunerado. La proporción aumenta un 25% para compensar el trabajo de cuidado no remunerado de la madre. Si bien en el Perú

la tendencia es inversa, cabe considerar que al analizarse muestras pequeñas, la robustez del comportamiento estadístico puede verse afectada.

Cuadro IV.5
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EN CUIDADOS^a SEGÚN PRESENCIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
Y OCUPACIÓN DE LA MUJER DEL NÚCLEO CONYUGAL^b, ALREDEDOR DE 2005
(En porcentajes del gasto total de los hogares y dólares PPA de 2005)

País	Período de referencia	Total de hogares				Hogares con niños menores de 5 años			
		Con niños menores de 5 años		Sin niños menores de 5 años		Mujer con empleo remunerado		Mujer sin empleo remunerado ^c	
		Porcentaje	Dólares PPA	Porcentaje	Dólares PPA	Porcentaje	Dólares PPA	Porcentaje	Dólares PPA
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2003-2004	3,1	68	3,5	108	3,5	68	2,4	68
Brasil	2002	2,8	71	3,4	88	2,8	83	2,7	54
Chile	2006-2007	5,9	264	7,6	314	7,6	326	3,9	192
Colombia	2007	3,1	54	3,7	80	3,6	70	2,7	40
Costa Rica	2004	4,6	159	4,2	163	5,2	173	3,1	131
Ecuador	2003-2004	2,5	50	1,5	28	2,4	54	2,7	43
El Salvador	2006	5,4	115	3,8	94	7,0	109	5,1	116
Honduras	2004	4,2	63	4,3	87	4,5	83	4,0	50
México	2006	6,7	154	5,8	173	7,5	174	5,7	128
Nicaragua	2005	7,6	62	7,1	79	7,8	71	7,3	55
Panamá	2007	3,1	115	3,4	162	3,2	123	3,1	107
Perú	2008	6,1	161	6,0	141	5,7	152	6,9	179
República Dominicana	2007	5,8	97	7,0	114	6,7	114	4,3	68
Uruguay	2005-2006	5,6	162	5,7	161	5,9	171	3,9	116
Promedio simple		4,7	114	4,8	128	5,2	126	4,1	96

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

^a Promedio simple. Incluye solo a hogares que efectuaron gasto en cuidado.

^b Jefa de hogar o cónyuge del jefe de hogar.

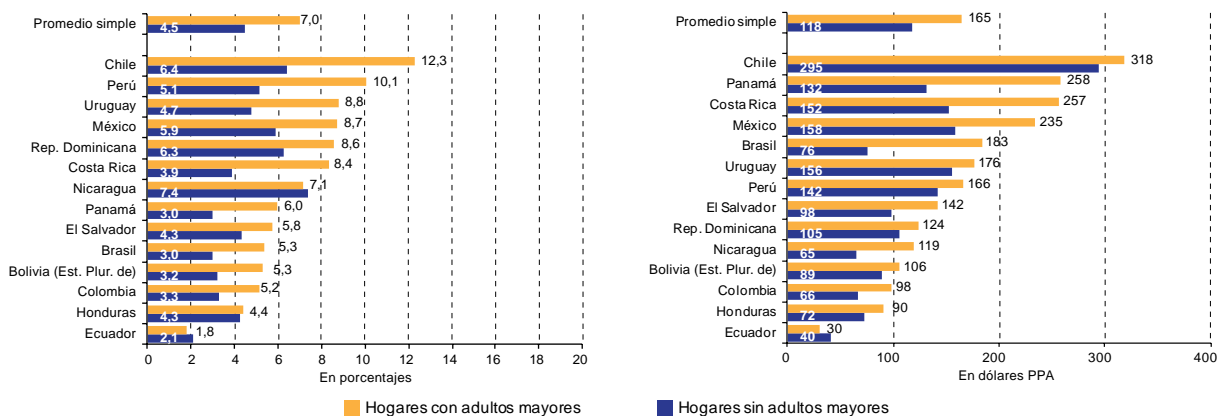
^c Incluye hogares monoparentales (sin presencia de la mujer).

6. El gasto en cuidados en hogares con adultos de edad avanzada

Por su especificidad, es importante indagar en el cuidado de las personas adultas mayores frágiles y dependientes. Es pertinente recordar las precisiones sobre la captación del gasto en los distintos países que permiten ver las encuestas

que registran mejor estos gastos (véase el cuadro IV.3). Como indicador sustitutivo (*proxy*), se analizó el gasto en cuidado de los hogares con adultos de 75 años o más (véase el gráfico IV.11).

Gráfico IV.11
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): GASTO EN CUIDADOS COMO PROPORCIÓN DEL GASTO TOTAL DE LOS Hogares Y COMO MONTO PROMEDIO EN EL MES DE REFERENCIA, SEGÚN PRESENCIA DE ADULTOS DE 75 AÑOS O MÁS, ALREDEDOR DE 2005^a
(En porcentajes y dólares PPA de 2005)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

^a Incluye solo a hogares que efectuaron gasto en cuidado.

Claramente, las erogaciones en cuidado de los hogares con adultos mayores son más altas; esto se observa tanto en los niveles como en la proporción que se le destina. Si ello se contrasta con el cuidado de niños menores de 5 años, puede especularse que en parte tal vez se deba a que se cuente con menor apoyo intergeneracional e intrafamiliar, porque la complejidad de los cuidados es mucho mayor que la de la infancia debido a los cuadros de morbilidad y discapacidades en juego; también porque en la biografía familiar la persona adulta mayor deja de prestar este servicio solidario —implícito en el cuidado no remunerado de la infancia— y pasa a ser sujeto de cuidado. Sin embargo, cabe tomar en cuenta un recaudo adicional: como se ha señalado, las mujeres de avanzada edad frecuentemente deben asumir el papel de cuidadoras principales de sus esposos, lo que, por su dificultad, incluso puede acelerar su propia vulnerabilidad (Valenzuela, 2010, págs. 267 a 268).

Otro elemento imposible de captar es si la familia con la que reside el adulto mayor recibe transferencias intrafamiliares para el pago de esos gastos, dado que a veces se establece una suerte de relativa división de responsabilidades entre el pago de los cuidados y la convivencia en el hogar con la persona que los requiere. Las encuestas no permiten captar estas transferencias intrafamiliares ni permiten indagar respecto de personas con discapacidad en los hogares. No obstante, en ese contexto es probable que haya una alta asociación entre la discapacidad y la presencia de adultos mayores de 75 años y más.

Como se observa en el gráfico IV.11, con excepción del Ecuador, Honduras y Nicaragua, el porcentaje de gasto en cuidados es abiertamente más alto en hogares con adultos

mayores. Si además se consideran los niveles totales de gasto de los hogares (asunto que no se presenta acá, pero que ha sido analizado), en la mayoría de los países los gastos medios de los hogares con adultos mayores son menores: en total, gastan un 25% menos que el resto de los hogares. Por otra parte, en cuanto a los niveles de gasto, con excepción del Ecuador, los hogares con adultos mayores gastan en promedio un 34% más: el promedio simple es de 160 dólares frente a 119 dólares en el resto de los hogares. La diferencia es aún mayor en Costa Rica, Nicaragua y Panamá, donde supera el 70%.

Estos hallazgos deben analizarse en el marco de la rápida transición demográfica que está experimentando la región. En la medida en que los países transitan hacia el final del período de bono demográfico y aumente de manera significativa la proporción de población que requiere de cuidados por su edad avanzada, sin duda serán mayores las exigencias en este sentido. Si persiste la primacía de los arreglos “familistas” o “mercantilizados”, esta situación se complica todavía más por el hecho de que las personas de edad más avanzada estarán viviendo en hogares cuyos jefes ya tendrán entre 50 y 60 años, vale decir, también estarán preocupados por su propio futuro como jubilados o pensionados. Por lo mismo, plantea un reto muy importante para el Estado en términos de la expansión de redes públicas de cuidado y de su financiamiento redistributivo. En el recuadro siguiente se presenta el caso del Brasil como muestra de esta situación de transición demográfica, en la que aumenta el número de personas de avanzada edad que requerirán de cuidado en hogares cuyos jefes estarán también en una fase problemática del ciclo de vida debido a su edad.

Recuadro IV.3

LOS CAMBIOS EN LA CARGA DEL CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DEL CICLO DE VIDA

El envejecimiento de la población en los próximos decenios tendrá dos profundas repercusiones en la prestación del cuidado a cargo de las familias: i) un gran cambio de quienes necesitan el cuidado, dado que las necesidades de los adultos mayores superarán con creces las de los niños, y ii) un gran cambio en el momento de la prestación, con el surgimiento de un nuevo período de prestación de cuidados cuando los adultos estén entre los 50 y 60 años de edad.

En general, los encargados de brindar el cuidado a quienes lo necesitan son cuatro instituciones sociales: la familia, el Estado, el mercado y las organizaciones de beneficencia. En este ejercicio se utiliza un cálculo demográfico simple para mostrar el modo en que la carga del cuidado podría cambiar con el tiempo si solo las familias

se encargaran del cuidado de los niños pequeños y de los adultos mayores. El promedio de ambos grupos se estima en dos momentos: 2012 y 2042.

Para ilustrar estas tendencias se utiliza el caso del Brasil. Aunque las variables demográficas son sumamente heterogéneas en los países de la región, a la larga todos experimentarán el envejecimiento de la población que hoy es tan evidente en el Brasil. Por lo tanto, el ejemplo expuesto aquí es ilustrativo para todos los países de la región.

En términos demográficos, se pueden identificar dos grupos de edad con grandes necesidades de cuidado, uno en cada extremo del espectro de edad. En este ejercicio se definen dos: a comienzos de la vida, con niños menores de 5 años, y en una etapa posterior, con los adultos de 80 años

o más. Los límites de edad de 5 y 80 años son elegidos arbitrariamente para obtener una estimación aproximada de los períodos de gran necesidad de cuidado que difieren de un individuo a otro³. El período inicial de la vida, de gran intensidad de prestación de cuidado, forma parte de un ciclo de desarrollo biológicamente impulsado, ya que todos los seres humanos nacen con necesidades de cuidado extremadamente altas y pasan por una serie de hitos de desarrollo en que su independencia aumenta y su necesidad de cuidado se modifica. En cambio, las necesidades de cuidado al final de la vida son mucho más inciertas: no todas las personas de 80 años de edad necesitan un alto nivel de cuidado. Las necesidades de atención de las personas de edad dependen mucho de lo que haya acontecido anteriormente en sus vidas. Se sabe, por ejemplo, que

Recuadro IV.3 (continuación)

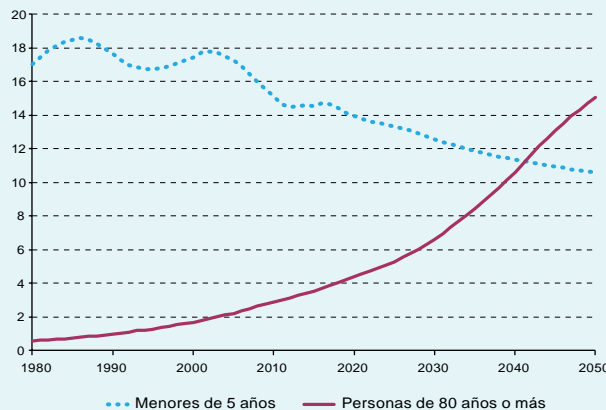
hasta la mitad de todos los cánceres puede prevenirse con cambios de estilo de vida en cuanto al consumo de tabaco, la obesidad y la inactividad física (Colditz, Wolin y Gehlert, 2012). Es difícil prever con exactitud las futuras necesidades de cuidado de las personas de edad porque su salud depende mucho de los resultados de los esfuerzos que se están llevando a cabo para promover estilos de vida saludables.

En el gráfico 1 se muestran las tendencias en el número de personas que

componen los dos grupos con necesidades potencialmente altas de cuidado en el Brasil, de 1980 a 2050. Desde 1980 hasta 2000, la población de niños menores de 5 años osciló alrededor de los 17 millones, pero desde entonces ha venido disminuyendo en forma sostenida y se prevé que descienda a menos de los 11 millones para 2045. En cambio, la población de 80 años y más ha venido aumentando de manera exponencial: de menos de 500.000 en 1980 a más de 3 millones de personas en 2012, y se espera

que continúe creciendo rápidamente, a más de 13 millones para 2045. El año 2042 marcará un punto de inflexión en la historia demográfica del Brasil, cuando el número de personas de 80 años o más supere el número de niños menores de 5 años de edad. En consecuencia, por primera vez en el Brasil, las necesidades de cuidado de las personas mayores pueden ser superiores a las de los niños. Ahora bien, ¿cuáles son las implicaciones de este cambio radical para las familias?

Gráfico 1
BRASIL: POBLACIÓN DE NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS Y PERSONAS DE 80 AÑOS Y MÁS, 1980-2050
(En millones de personas)



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, Nueva York, 2010.

Para responder a esta pregunta, se examinó la carga del cuidado en el ciclo de vida en dos momentos: 2012 y 2042, una generación más tarde. Para medir la carga del cuidado dentro de las familias, se elaboró un modelo estilizado simple de cuidado familiar en el que los adultos cuidan a los niños pequeños y a los adultos mayores. En la realidad, el cuidado prestado en el marco de la familia refleja ricas y variadas relaciones presentes en la familia ampliada, en que los abuelos cuidan a sus nietos, por ejemplo. Pero, este modelo estilizado tiene la ventaja de ser fácil de calcular y, además, refleja gran parte de la carga del cuidado dentro de las familias, que recae sobre todo en las mujeres.

Para evaluar esta carga es preciso estimar la diferencia de edad entre los niños y sus cuidadores. La edad de los padres que cuidan a sus hijos menores de 5 años se calcula a partir de estimaciones históricas de la edad de la mujer al momento de dar a luz (tasas de fecundidad por edades)^b. Por ejemplo, para estimar la edad de los cuidadores de niños de 4 años en 2012, se retrocede cuatro años, al momento

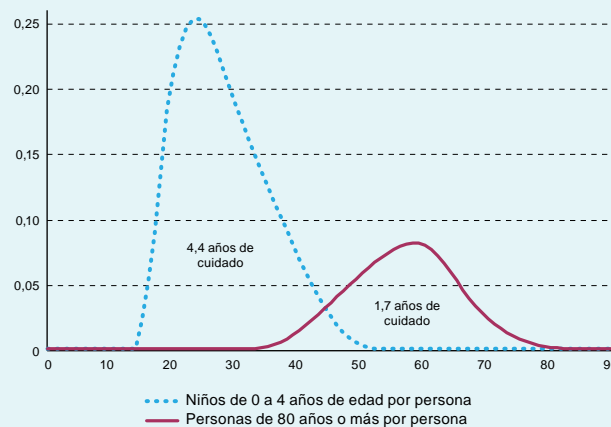
en que estos niños nacieron, y se busca la distribución por edades de las mujeres que dieron a luz en 2008. En general, la edad de las madres de estos niños era de 22 años en 2008 y por lo tanto sería de 26 años en 2012. De esta manera, se utiliza la distribución de los nacimientos cuatro años atrás por la edad de la madre para distribuir a los niños de 4 años de edad entre sus padres, y así sucesivamente con los niños de todas las edades.

Una vez que se establece este vínculo, puede calcularse el promedio de hijos pequeños (menores de 5 años) y de adultos mayores (de 80 años y más) para cada grupo de edad de adultos. En el gráfico 2 se presentan las estimaciones para 2012 en el Brasil. En el gráfico se aprecia claramente que hay dos puntos máximos en la carga de apoyo familiar en el ciclo de vida. El punto máximo del cuidado familiar de niños pequeños de menos de 5 años ocurre a los 24 años de edad, con un promedio de 0,25 hijos pequeños por adulto. El punto máximo del cuidado de las personas de edad (de 80 años y más) ocurre a los 58 años, con un promedio de 0,08 personas de edad por

adulto. En consecuencia, la carga familiar en 2012 se compone principalmente de niños pequeños más que de personas mayores, lo que queda de manifiesto claramente en el gráfico, en que el primer punto máximo es mucho mayor que el segundo. Los resultados también pueden resumirse sumando las cargas en cada edad a fin de calcular la carga total a lo largo del ciclo vital. Como se ha señalado, en el gráfico se muestra que a los 24 años de edad el adulto medio cuida a 0,25 hijos; en otras palabras el adulto medio dedica 0,25 años al cuidado de los niños a los 24 años de edad. A los 25, el adulto medio dedica 0,24 años al cuidado de los niños, y así sucesivamente. Cuando se suman los años dedicados al cuidado de los niños, se comprueba que en el Brasil en 2012 la carga de cuidado de los hijos alcanzó 4,4 años para los niños de menos de 5 años de edad. La misma operación para el cuidado de las personas de edad (de 80 años o más) arroja un total de 1,7 años. En 2012, la carga potencial del cuidado de familiares ascendía a un promedio de 6,1 años de cuidado por adulto, la mayor parte del cual consistía en el cuidado de los niños.

Recuadro IV.3 (conclusión)

Gráfico 2
BRASIL: NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD Y PERSONAS DE 80 AÑOS Y MÁS, POR PERSONA, 2012, EN PROMEDIO
(En número de personas)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, Nueva York, 2010.

La siguiente fase del ejercicio consiste en proyectar la carga de cuidado familiar en el ciclo de vida en el Brasil de aquí a 30 años, en 2042, utilizando los pronósticos de las tasas de población y de fecundidad por edades (véase el gráfico 3). Para entonces, se comprueba que la carga potencial de cuidado familiar que soportarían los adultos ha aumentado un tercio, de 6,1 años en 2012 a 8,0 años en 2042. Como en 2012, se observan dos períodos de

alta demanda de cuidado para las familias a lo largo del ciclo vital. Pero ahora la carga se divide por igual entre los niños menores de 5 años y los adultos de 80 años de edad o más, con cuatro años de posible cuidado familiar dedicados a cada grupo. El drástico aumento de posibles años de cuidado de los adultos mayores no solo refleja la creciente probabilidad de supervivencia a esas edades más avanzadas, sino también el descenso de

la fecundidad, lo que significa que habrá un menor número de adultos disponibles para compartir esta carga en particular. La edad en que más se incrementa la prestación de cuidados familiares para los adultos mayores se ubica en torno a los 60 años, etapa en que estas personas, que necesitan con urgencia prepararse para su propia jubilación, deben simultáneamente prestar atención a sus propios padres mayores.

Gráfico 3
BRASIL: NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS DE EDAD Y PERSONAS DE 80 AÑOS Y MÁS, POR PERSONA, 2042, EN PROMEDIO
(En número de personas)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, Nueva York, 2010.

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, Nueva York, 2010 y G.A. Colditz, K.Y. Wolin y S. Gehlert, "Applying what we know to accelerate cancer prevention", *Science Translational Medicine*, vol. 4, N° 127, 2012.

^a La sensibilidad de las estimaciones fue puesta a prueba aplicando una hipótesis alternativa en que se utiliza a niños menores de 10 años de edad (en lugar de niños menores de 5 años de edad) y adultos de 75 años o más (en lugar de adultos de 80 años o más). Esta definición más amplia de las personas que requieren cuidado aumenta la carga estimada ya que aproximadamente se duplica el tamaño de los grupos de edad que reciben el cuidado. Sin embargo, no altera la conclusión fundamental de que la mayor necesidad se desplaza en gran medida hacia las personas mayores y que surge un nuevo período de prestación de cuidado en una etapa posterior de la vida.

^b Para este cálculo se utilizan las tasas de fecundidad por edades, porque son las que están disponibles. Esto supone medir la diferencia de edad entre los niños y sus madres, que tiende a ser menor que la diferencia de edad entre los niños y sus padres.

Bibliografía

- Batthyany Karina, Natalia Genta y Valentina Perrotta (2012), “La población uruguaya y el cuidado, persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: principales resultados”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 117 (LC/L.3530), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012a), *Panorama Social de América Latina, 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile, febrero.
- (2012b), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2012. Las políticas ante las adversidades de la economía internacional* (LC/G.2546-P), Santiago de Chile, octubre.
- (2010), *La reacción de los gobiernos de las Américas frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 31 de diciembre de 2009* (LC/L.3025/Rev.5), Santiago de Chile, diciembre.
- (2008), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe* (LC/G.2364/Rev.1), Santiago de Chile.
- (1999), *Panorama Social de América Latina, 1998* (LC/G.2050-P), Santiago de Chile.
- Colditz, GA, K.Y. Wolin y S. Gehlert (2012), “Applying what we know to accelerate cancer prevention”, *Science Translational Medicine*, vol. 4, N° 127.
- Draibe, Sonia y Manuel Riesco (2006) “Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea”, *serie Estudios y Perspectivas*, N° 55 (LC/MEX/L.742), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México [en línea] <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/3/26543/P26543.xml&xsl=/mexico/tpl/p9f.xsl&base=/mexico/tpl/top-bottom.xslt>.
- Esping-Andersen, Gøsta y John Myles (2012) “The Welfare State and Redistribution”, inédito [en línea] http://dcpis.upf.edu/~gosta-esping-andersen/materials/welfare_state.pdf.
- Salvador, Soledad y Gabriela Pradere (2009), “El gasto en servicios de cuidado de los hogares uruguayos”, *serie Estudios y Perspectivas*, N° 10 (LC/L.3182-P), oficina de la CEPAL en Montevideo, diciembre.
- Saraceno, Chiara (ed.) (2008), *Families, Aging and Social Policy. Intergenerational Solidarity in European Welfare States*, Northampton, Edward Elgar.
- Valenzuela, María Elena (2010), “Trabajo y responsabilidades familiares en el contexto del envejecimiento: ¿quién se encarga del cuidado?”, *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de pensiones y protección social integral*, Libros de la CEPAL, N° 110 (LC/G.2475-P), Antonio Prado y Ana Sojo (eds.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre.

Capítulo V

Autonomía e independencia: el cuidado de las personas con discapacidad

A. Introducción

La necesidad de cuidados y asistencia para las personas con discapacidad crece en la región tanto como en el mundo por varios factores: desde la transición demográfica que conlleva una mayor importancia relativa de las enfermedades crónicas y degenerativas y los avances médicos que amplían el tiempo de supervivencia en situaciones catastróficas, hasta los estilos de vida poco saludables que acrecientan a su vez la necesidad de cuidados de salud y asistencia en la vejez. La pobreza, los conflictos armados, la violencia urbana y la violencia de género son también causas no menores de discapacidades. A ello se suma la falta de políticas preventivas y de atención oportuna, que reducirían su prevalencia. Además, la ausencia de servicios adecuados agudiza las desigualdades sociales, ya que muchas veces la atención requiere servicios de cuidado o rehabilitación complejos y costosos, que cuando son privados solo resultan accesibles a la reducida porción de población que puede costearlos.

Desde la adopción en el año 2006 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), la problemática en torno a la discapacidad se ha ido incorporando rápidamente a la agenda social y política de todos los países del mundo. Nunca una convención se había firmado y ratificado en tan corto tiempo como este primer instrumento de derechos humanos del siglo XXI¹.

¹ Hasta la fecha la Convención ha sido firmada por 155 países y ratificada por 126, entre los que se encuentran todos los países de América Latina —con excepción de la República Bolivariana de Venezuela— y la mayoría de los países del Caribe, si bien la mayoría de estos solo la han firmado y únicamente Belice, Dominica, Jamaica y San Vicente y las Granadinas la han ratificado también. Véase la información de la United Nations Treaty Collection [en línea] http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtidsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en.

Si bien la Convención afirma el derecho de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad en igualdad de condiciones que el resto de la población, garantizar el ejercicio de ese derecho requiere de la instalación de una red idónea de asistencia domiciliar y personal y otros servicios de apoyo y ayudas técnicas que entreguen de forma externa las capacidades que se encuentran limitadas por su condición. Es decir, solo un conjunto de actividades de cuidado adaptadas a la realidad de cada persona puede promover efectivamente “su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados” (Naciones Unidas, 2006, Preámbulo).

Las experiencias de las personas que viven con alguna discapacidad varían en función de múltiples factores,

como su edad, sexo, situación social y económica, grupo étnico y estado civil. Esencialmente tienen diferentes niveles de necesidades, que guardan relación con el tipo de discapacidad. A menudo esas diferencias y dificultades no solo se agudizan por la discapacidad en sí, sino también por la forma en que la sociedad reacciona ante esta y cómo la interpreta. El grado de autonomía funcional de las personas con discapacidad —y, en consecuencia, sus necesidades de cuidado— son el resultado de las interacciones entre características personales, tipos de deficiencia que limitan la actividad, organización del hogar, nivel educativo e ingresos disponibles para los servicios de ayuda y apoyo, pero también dependen de los vínculos de cuidado, asistencia y transferencia de capacidades que establecen con la familia y la comunidad.

Así, se hace visible la importancia del cuidado de las personas con discapacidad como expediente de sobrevivencia y bienestar, pero también en calidad de apoyo y estímulo para su autonomía e independencia. Esto ocurre no solo en el contexto de sus deficiencias y limitaciones físicas, sensoriales y mentales, sino también de las limitaciones físicas, tecnológicas, financieras, culturales y políticas de su entorno familiar y social. Por esos mismos motivos la discapacidad, aunque sea inherentemente individual, repercute en toda la comunidad. Tal como señala el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, el costo de excluir a las personas con discapacidad de manera que no puedan tomar parte activamente en la vida de la comunidad es alto y ha de ser asumido por la sociedad, en particular por aquellos que llevan la carga del cuidado (DFID, 2000). Las madres, sobre todo, así como otros familiares —casi siempre mujeres— suelen asumir mayoritariamente el cuidado de las personas con discapacidad. El cuidado de un hijo con discapacidad aumenta la carga de trabajo de la mujer, con especial intensidad en los hogares en que la madre es el único sostén de la familia. También es relativamente habitual que recaiga sobre las niñas la responsabilidad del cuidado de hermanos con discapacidad severa y que a menudo estas niñas sean desescolarizadas para cuidar de familiares que lo necesitan.

En este marco, el presente capítulo establece una primera aproximación estadística comparativa exhaustiva de la situación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. Es importante señalar que los datos disponibles son poco comparables entre países, pues las estimaciones varían según el grado de severidad de las deficiencias consideradas en las preguntas de los distintos instrumentos de medición, sean censos, encuestas de hogares o encuestas especializadas. Por otro lado, en el capítulo se brinda una mirada de alcance regional a las necesidades generadas por el crecimiento de un grupo de la población al que todos podemos

pertenecer en algún momento de nuestro ciclo de vida, o al que podemos estar vinculados a través del cuidado de otra persona. La consideración de la complejidad de las necesidades y de las implicancias éticas del cuidado permite ofrecer un aporte a la formulación de políticas sociales con un enfoque de derechos, en la medida en que el cuidado que reciben las personas con alguna discapacidad puede ser, además de un instrumento para que logren una vida más independiente y controlen los procesos de decisiones asociadas al amplio espectro de sus necesidades, un mecanismo para asegurar el ejercicio de sus derechos y su participación social.

Con ese fin se revisa, en primer lugar, la evolución del concepto de discapacidad, así como las especificidades del cuidado en estas circunstancias, tras lo cual se examina la magnitud de la discapacidad en los países de América Latina y el Caribe sobre la base de las fuentes de información disponibles: los censos de las rondas de 2000 y 2010, las encuestas de hogares que integran preguntas sobre deficiencias y limitaciones y las encuestas específicas llevadas a cabo en algunos países de la región².

En segundo lugar, los datos recopilados, aun cuando no siempre son estrictamente comparables, permiten examinar en 33 países de la región la evolución de la situación de la población con discapacidad en contextos sociales distintos según sus condiciones étnicas y de género, zonas de residencia e ingresos de los hogares. En tercer lugar, esta información se despliega para captar cómo el tipo de discapacidad puede condicionar en gran medida sus condiciones de vida, así como sus oportunidades de integración social por medio del acceso a la educación y a alguna actividad económica.

Por último, se abordan los temas de las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad y la relación con las personas cuidadoras que se encargan de brindarles asistencia en circunstancias muy exigentes, donde ellas mismas pueden necesitar apoyo por parte del Estado. Se presenta luego un panorama de la oferta de cuidado para las personas con discapacidad, para lo que se enumeran los programas disponibles en los países de la región en cuanto a arreglos de residencia y convivencia, apoyo y asistencia para la vida independiente. Se concluye este diagnóstico con una mirada a las políticas de apoyo al acceso a la educación, el empleo y la cobertura de seguridad social que se brindan en América Latina y el Caribe a las personas con discapacidad como parte del deber del Estado de proteger su derecho a la autonomía y la independencia.

² Para elaborar este capítulo, además de procesarse información de los censos disponibles de la ronda de 2010, se recibió información de los institutos y oficinas nacionales de estadísticas de 33 países de América Latina y el Caribe.

B. Cuidado para una vida independiente: aproximación conceptual

El concepto de discapacidad ha evolucionado mucho en las últimas tres décadas, dejando atrás el modelo médico, que esencialmente consideraba la discapacidad como un problema de salud, para tomar en cuenta las interacciones entre las limitaciones físicas, mentales o sensoriales que enfrenta la persona y las dificultades y apoyos que surgen del entorno físico, social y familiar. Del mismo modo, las formas de cuidado han pasado de basarse en la rehabilitación y el cuidado de las necesidades diarias al fortalecimiento de las capacidades y la asistencia y el apoyo para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a la participación social en igualdad.

La aproximación al cuidado de las personas con discapacidad ha evolucionado junto con el concepto mismo de discapacidad, que a su vez se ha reflejado en un *continuum* de modelos y propuestas de medición. Esa evolución se ha ido acelerando desde la publicación en 1980 de la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1997, la OMS elaboró una nueva propuesta, consistente en la reconceptualización de la discapacidad, que surge de la dialéctica entre lo que se denomina el “modelo médico” y el “modelo social”:

Según el modelo médico, la discapacidad es consecuencia de una enfermedad, un trastorno, un accidente o cualquier otra alteración de la salud. Es decir, se trata de un problema personal, que requiere asistencia médica y rehabilitadora en forma de tratamiento individualizado de las deficiencias del cuerpo o de la mente. En este contexto, el manejo de la discapacidad está dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación.

El modelo social, por su parte, enfoca la cuestión desde el punto de vista de la integración social de las personas que sufren las consecuencias de una enfermedad, considerando que no son un atributo de los individuos, sino un conjunto de alteraciones en la interacción de la persona y su medio originadas por el entorno social.

Con estos aportes se define un nuevo modelo biosocial, que adopta las características de los dos anteriores. La discapacidad se conceptualizará como un problema social y personal, que requiere no solo de atención médica y rehabilitadora, sino también de apoyo para la integración

social, a la que ha de darse respuesta mediante tratamientos individuales y acciones sociales, y cuya superación requiere tanto de cambios personales como en el entorno. La discapacidad se considera producto de una interacción compleja entre alteración de la salud y factores del entorno, de manera que las intervenciones sobre un elemento pueden inducir modificaciones en otros elementos relacionados. Por ejemplo, la capacidad de financiamiento posibilitaría un tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en edad temprana, mientras que, por el contrario, la ausencia de transporte adaptado gratuito puede impedir el acceso a la educación de niños con restricciones severas de movilidad que de por sí no hubieran tenido problemas de aprendizaje.

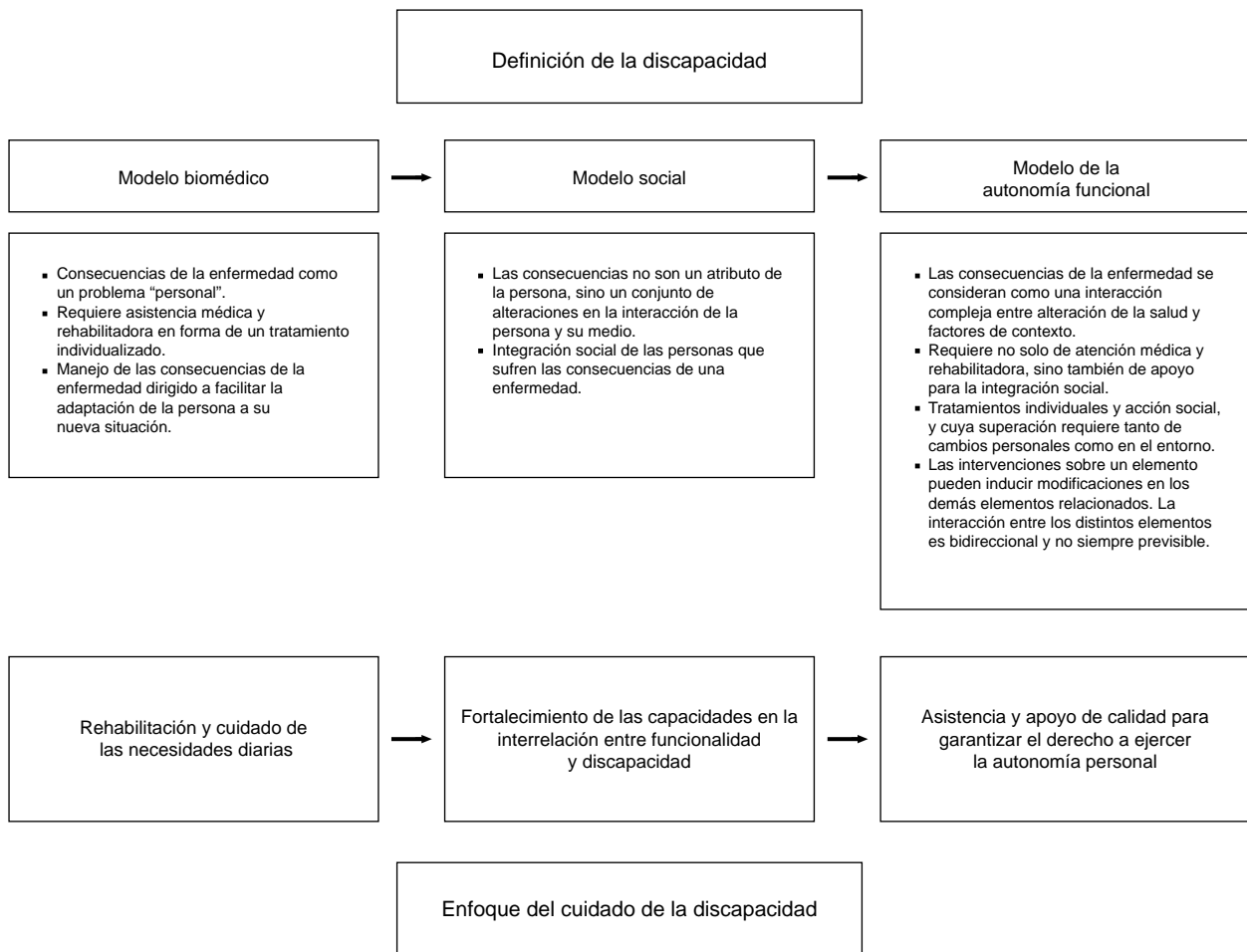
En línea con estos cambios conceptuales, la OMS adoptó en 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), que se basa en la integración de los aspectos médicos y sociales de la discapacidad y ofrece una perspectiva más coherente de sus dimensiones, es decir la biológica, individual y social. La CIF organiza los distintos componentes de la discapacidad entre las “limitaciones en la actividad”, que son dificultades que puede tener el individuo en el desempeño o realización de actividades, y las “restricciones en la participación”, que son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, como resultado de “deficiencias”, que son problemas en las funciones o estructuras corporales que la CIF estructura en torno a “dominios” o conjuntos de funciones fisiológicas y

psicológicas, estructuras anatómicas, tareas, actividades y áreas de la vida (OMS, 2001; Ayuso-Mateos y otros, 2006; Schkolnik, 2010).

Para comprender la interrelación entre funcionamiento y discapacidad, primero es necesario definir claramente los dos términos. El término “funcionamiento” describe las funciones y estructuras del cuerpo. Ayuda a comprender la interacción del individuo con un estado de salud y los contextos ambiental y personal. La discapacidad se percibe como el resultado de la interacción entre el funcionamiento del individuo y el medio ambiente cuando se vincula a un estado de salud. El nivel de dificultad depende en gran medida del grado de autonomía funcional e independencia de las personas que viven con discapacidades, ya sean

sensoriales, físicas o mentales. Así, la funcionalidad se define como la “capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico (cognitivo y afectivo) y social” (Sanhueza Parra, 2005, pág.11), cuya pérdida genera el peligro de caer en la discapacidad y la dependencia. En este marco, el cuidado evita lo que Morris (2001) identifica como la “construcción social de la dependencia” que anula al sujeto. Para las personas con discapacidad, el respeto de su derecho al cuidado otorga el acceso a la ayuda de otras personas y a los apoyos técnicos indispensables, así como la adaptación del entorno físico y del medio social a las diferencias que emergen de cada tipo de limitación.

Diagrama V.1
RELACIONES DE LA DISCAPACIDAD Y DEL CUIDADO



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Por tanto, siguiendo el enfoque ambiental de la OMS, la autonomía funcional se puede definir como la capacidad de llevar a cabo funciones relacionadas con la vida diaria, como las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interacción apropiada en las vertientes biológica, psicológica (cognitiva y afectiva) y social (véase el recuadro V.1). Esto permite al individuo vivir en la comunidad con poca o ninguna ayuda de otras personas, con el apoyo de la tecnología.

Hablar de cuidado implica, en general, responder a diferentes situaciones de dependencia por edad, enfermedad o discapacidad. En este último caso se trata de la pérdida de la autonomía personal condicionada por discapacidad sensorial, física o mental que limita la capacidad de desempeñar funciones relacionadas con la vida diaria y de asegurar la satisfacción de las necesidades de la persona —ya sean básicas, instrumentales, de movilidad y comunicación o relacionadas con sus funciones mentales—, que influyen además en la satisfacción de sus necesidades de participación en la sociedad y de defensa de sus derechos.

Si bien el cuidado de las personas con discapacidad se desarrolló inicialmente en torno a los conceptos de desvalimiento y desamparo, la creciente consideración de un enfoque de igualdad y de derechos humanos ha

ido poniendo en evidencia la necesidad de favorecer “un proceso de subjetivación en el que puedan tomar decisiones de acuerdo a sus deseos” (Flores-Castillo, 2012). Esta recuperación del “derecho a decidir” es el pilar del artículo 12 de la CDPD —central para el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que supervisa la aplicación de la Convención—, donde se afirma su “capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás (personas) en todos los aspectos de su vida”³.

Por su parte, el concepto de autonomía se refiere a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, de vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás —aunque sea gracias a tecnologías de apoyo— mientras que la independencia se entiende como la capacidad de las personas de tomar decisiones por sí solas y afrontar las consecuencias de esas decisiones de acuerdo a preferencias propias y a los requerimientos del entorno, aun cuando se necesite de ayuda y apoyo de otras personas para lograrlo. Estas dos condiciones, que conforman la calidad del cuidado, están presentes en la CDPD (véase el recuadro V.1) y son ampliamente impulsadas por las organizaciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad⁴.

Recuadro V.1
CONCEPTOS DE INDEPENDENCIA E INCLUSIÓN EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El artículo 19 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, titulado “Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”, señala lo siguiente: “Los Estados partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas

con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros

servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.

- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades”.

Fuente: Naciones Unidas, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, resolución 61/106, 2006 [en línea] <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/signature.html>.

³ Véase el texto de la Convención [en línea] <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

⁴ En los documentos producidos en las últimas décadas en el campo de la discapacidad, los términos de autonomía e independencia suelen usarse indistintamente sin considerar la literatura filosófica en la materia. Para dar más claridad al amplio espectro de las

necesidades de las personas con discapacidad, se ha decidido en este capítulo alinearse con las definiciones de “autonomía funcional” de la Organización Mundial de la Salud y de “independencia” del Movimiento Vida Independiente, al estimar que permiten considerar el conjunto de las necesidades de autonomía funcional y moral de las personas con discapacidad.

C. Magnitud de la discapacidad en los países de América Latina y el Caribe

La información censal actualizada permite trazar un mapa aproximativo de la región en materia de personas con discapacidad, si bien las comparaciones son difíciles dada la heterogeneidad de criterios entre países. Sobre la base de los últimos datos disponibles, más de un 12% de la población vive con discapacidad (un 5,4% en el Caribe y un 12,4% en América Latina). En más de la mitad de los países las mujeres registran una tasa de prevalencia mucho más alta que la de los hombres, especialmente a partir de los 60 años. Además de las mujeres, los grupos de población más vulnerables exhiben tasas más altas de discapacidad: los adultos mayores, los habitantes de las zonas rurales, los pueblos indígenas y afrodescendientes y las personas con menores ingresos. Estos grupos, en que la discapacidad está más presente y es de mayor intensidad por falta de atención oportuna, carecen además de recursos o acceso a servicios para enfrentar situaciones en los hogares con mayor presencia de personas con discapacidad.

La cuantificación de las personas con discapacidad presenta múltiples desafíos, relacionados a su vez con la definición de discapacidad adoptada según el instrumento de medición elegido, los aspectos de la discapacidad que se quiere medir y las características de las fuentes de información disponibles. Por ejemplo, en el Caribe se utilizan varias definiciones de discapacidad, a menudo en relación con la política o el propósito para el que se define la discapacidad. En Jamaica la discapacidad se define a efectos de políticas como cualquier restricción o falta de capacidad de realizar una actividad en la forma considerada como normal, dentro de un cierto rango, para un ser humano. Esa restricción o falta de capacidad tiene que deberse a una deficiencia (STATIN, 1999 y 2009). Sin embargo, para su programación Jamaica utiliza otra definición, según la cual una persona con discapacidad es aquella cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo se ven sustancialmente reducidas por un impedimento físico o mental (STATIN, 2001).

Para realizar este estudio se utilizaron los censos de la ronda de 2010 que incorporan preguntas sobre discapacidad (el Brasil, Costa Rica, el Ecuador, México, Panamá y el Uruguay en América Latina, y Aruba, las Bahamas, las Bermudas, las Islas Caimán y Montserrat en el Caribe). En el caso de los países de la región que

aún no han aplicado y procesado estos censos se han considerado los de la ronda censal de 2000 (Colombia, El Salvador, Haití, Honduras, Paraguay, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de) en América Latina, y Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Granada, Guyana, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tabago en el Caribe), así como información proveniente de encuestas de hogares y encuestas especializadas (Argentina, Chile, Cuba, Guatemala, Nicaragua, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)).

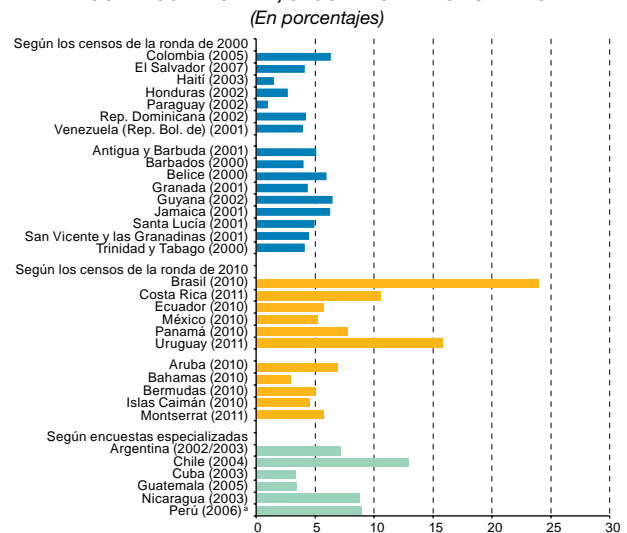
Sin duda la diversidad de fuentes afecta la comparabilidad de esta información, y de hecho se está actualmente trabajando a nivel internacional para avanzar hacia criterios de medición más uniformes. Pero aun considerando dicha diversidad, la amplitud de la información provista por los censos permite por primera vez una comparación más detallada de la situación en todos los países de la región. Esta información, que se presenta en las páginas siguientes, resulta valiosa por inédita, si bien es preciso considerarla con cautela a la hora de hacer comparaciones, pues la discapacidad se mira a través de distintas definiciones según el país.

Sobre la base de los datos disponibles más recientes, es posible estimar que la población que vivía con alguna discapacidad en América Latina y el Caribe entre los

años 2000 y 2011 ascendía a más de 66 millones de personas, equivalente a un 12,3% del total de la población regional, un 12,4% de la población de América Latina y un 5,4% de los países del Caribe (véanse el gráfico V.1 y el cuadro V.A-1 del anexo). Si se considera que estas cifras corresponden a datos del período 2000-2006 en más de la mitad de los países con información disponible, es concebible afirmar que el número de personas con discapacidad podría fácilmente superar los 85 millones estimados por el Banco Mundial (OMS, 2011). En el contexto de las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad, este incremento deja prever un aumento correspondiente de la presión sobre las capacidades de cuidado de los hogares, las redes existentes y los limitados recursos financieros que el Estado destina a estos fines.

Los datos disponibles muestran una gran heterogeneidad de situaciones entre países y entre censos dentro de cada país. Esto indica, más allá de las particularidades nacionales, que las estimaciones varían según el grado de severidad de las deficiencias que se consideran en las preguntas de los distintos instrumentos de medición. Por ejemplo, en los países que ya realizaron los censos de la última ronda, la prevalencia varía desde un 5,1% en México hasta un 23,9% en el Brasil. En el Caribe, si bien las diferencias no son tan notables, también se observan variaciones cuyos extremos se encuentran entre las Bahamas, con un 2,9% de su población con alguna discapacidad, y Aruba, con un 6,9%. Esto muestra la necesidad de fortalecer los procesos de armonización de la medición con el fin de disponer de información regional comparable.

Gráfico V.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (32 PAÍSES): POBLACIÓN
CON DISCAPACIDAD, SEGÚN DISTINTAS FUENTES



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de Población 2010; Chile: Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Cuba: Estudio Psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2005; Haití: Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; República Bolivariana de Venezuela: Censo de Población y Vivienda 2001. **El Caribe:** Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), las Bahamas (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Guyana (2002), Jamaica (2001), Montserrat (2011), San Vicente y las Granadinas (2001), Santa Lucía (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

^a Encuesta de hogares.

Recuadro V.2 LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: AVANCES EN LA DÉCADA DE 2010

La inclusión de las personas con discapacidad en los sistemas de información de la región es un asunto de creciente importancia, principalmente a partir del presente siglo. En los censos de población y vivienda de la década de 1990 solamente la mitad de los países latinoamericanos incluyeron preguntas al respecto, mientras que en la década de 2000 lo hicieron 19 de 20 países. De estos 19 países, 8 también incorporaron alguna pregunta en las encuestas de hogares de propósitos múltiples o en las encuestas de demografía y salud, mientras que 7 realizaron encuestas especializadas en el tema. En el Caribe, todos los países incluyeron preguntas sobre discapacidad en esta última ronda. Sin embargo, debido a las diferencias conceptuales y operativas, aún es difícil determinar cuántas son las personas con discapacidad y más aún establecer tendencias.

En la década de 1990, las preguntas incorporadas en los censos respondían al concepto de "deficiencia" sensorial, motriz o mental. Una pregunta típica de este enfoque es *¿presenta usted alguna de las siguientes deficiencias?*, con respuesta de tipo dicotómica (sí/no) para *ceguera total*, *sordera total*, *mudez*, *lisiado/parálisis* y *deficiencia mental*.

En la década de 2000 se observa un giro en la conceptualización y en la manera de formular las preguntas, ya que algunos países consideran las recomendaciones internacionales para que la discapacidad se conciba como limitaciones y restricciones a la participación social, en el marco de factores contextuales, ambientales y personales, y no como deficiencias individuales. En este sentido, los países de América Latina que hicieron cambios importantes en su definición

fueron el Brasil (2000), Colombia (2005), El Salvador (2007) y el Perú (2007) (aunque este último realizó la pregunta a nivel de hogar). En el Caribe, Belice (2000), Trinidad y Tabago (2000), Antigua y Barbuda (2001), Dominica (2001) y Guyana (2002) pusieron también el énfasis en las limitaciones para participar en actividades. No obstante, varios países de la región continuaron con el enfoque de "deficiencias".

Con el propósito de fortalecer la medición de la discapacidad a nivel mundial, las Naciones Unidas establecieron el Grupo de Washington sobre medición de la discapacidad, que se ocupa de estos asuntos desde 2002. Sobre la base de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) de la Organización Mundial de la Salud, el Grupo de Washington

Recuadro V.2 (conclusión)

propuso seis opciones o preguntas centrales y varios grados de severidad. Esta propuesta fue evaluada por los países del MERCOSUR en una prueba piloto conjunta en 2006 y por el Uruguay en una prueba piloto sobre discapacidad en 2008. Estas experiencias más una serie de actividades regionales vinculadas a la preparación de los censos de 2010 culminaron con una recomendación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL que considera los siguientes cuatro dominios (preguntas): ¿Tiene dificultad para ver, aún si usa anteojos o lentes?, ¿Tiene dificultad para oír, aún si usa audífonos?, ¿Tiene dificultad para subir o bajar escalones?, ¿Tiene dificultad para recordar, concentrarse, tomar decisiones o comunicarse? Para cada una de estas preguntas, hay cuatro posibles

respuestas sobre grado de severidad, a saber: 1. *No puedo hacerlo*; 2. *Sí, mucha dificultad*; 3. *Sí, alguna dificultad*; 4. *No, ninguna dificultad*.

En América Latina —con excepción del Ecuador (2010), que aún sigue usando un enfoque basado en deficiencias— todos los países que ya han realizado su censo en esta década consideran el nuevo enfoque de dificultades o limitaciones en actividades, e incorporan al menos los cuatro dominios recomendados por el CELADE. Sin embargo, únicamente el Brasil (2010) y el Uruguay (2011) incluyeron las cuatro opciones para el grado de severidad. La Argentina (2010), Costa Rica (2011), México (2010) y Panamá (2010) incorporaron respuestas dicotómicas (sí/no). Asimismo, algunos países agregaron otros dominios, por ejemplo, *dificultades para utilizar brazos o manos* (Costa Rica y Panamá) o *dificultad para vestirse, bañarse*

o comer (México). En el Caribe, 12 de los 21 países que han completado la ronda de 2010 han utilizado las preguntas propuestas por el Grupo de Washington, aún cuando algunos introdujeron modificaciones. Los países que aplicaron estas preguntas son Aruba (2010), Belice (2010), las Islas Vírgenes Británicas (2010), Santa Lucía (2010), Anguila (2011), Antigua y Barbuda (2011), Dominica (2011), Granada (2011), Montserrat (2011), Saint Kitts y Nevis (2011), San Vicente y las Granadinas (2011) y Trinidad y Tabago (2011).

Estas diferencias metodológicas tienen un impacto directo en las cifras, lo cual conlleva la necesidad de tomar cierta cautela a la hora de realizar comparaciones. No obstante, esta nueva década de censos permitirá llenar en parte la crónica falta de información relativa a las personas con discapacidad.

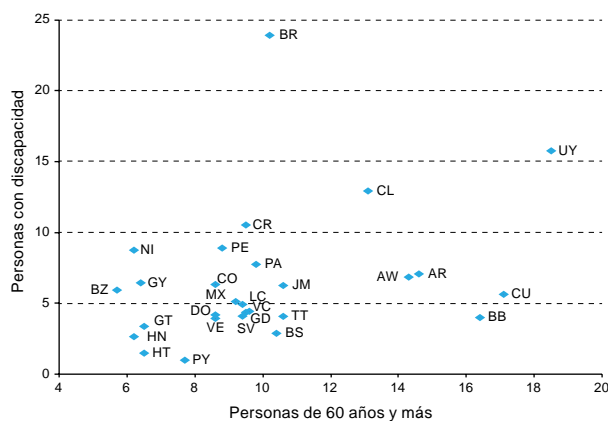
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Susana Schkolnik, "América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas", *Los censos de 2010 y la salud*, serie Seminario y Conferencias, N° 59 (LC/L.3253-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2010; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, "Recomendaciones para los censos de la década de 2010 en América Latina", serie *Manuales*, N° 72; e información entregada por las oficinas nacionales de estadísticas de los países del Caribe.

Frente al actual ritmo de envejecimiento de la población se puede suponer que estas tasas podrían duplicarse con creces en un futuro cercano si se toman en cuenta las estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), según las cuales el peso demográfico de la población adulta mayor de 60 años de edad en América Latina y el Caribe, que es ahora del 10%, pronto pasaría a representar el 20% de la población (CEPAL, 2012). En el gráfico V.2 se muestra cómo la prevalencia de la discapacidad es más elevada en los países donde el envejecimiento de la población está más avanzado.

Además de las barreras físicas y sociales que se erigen ante cada tipo de discapacidad, la autonomía funcional de las personas que viven con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales está marcada por factores de exclusión social como la desigualdad de género y la discriminación étnica, que se encuentran potenciados por una situación de dependencia y falta de empoderamiento. De hecho, al igual que en las otras regiones del mundo (OMS, 2011), los niveles más altos de prevalencia de la discapacidad se encuentran en los grupos de la población que presentan mayor vulnerabilidad: las mujeres, los adultos mayores, la población de las zonas rurales, los pueblos indígenas y afrodescendientes y las personas con menores ingresos. Es decir, aquellos grupos que, al igual que las personas con discapacidad, encuentran más limitaciones para acceder a recursos y oportunidades y ven más restringida su participación en las actividades de la sociedad.

El análisis de la información disponible en la región ilustra cómo estas tendencias se reproducen marcadamente en América Latina y el Caribe.

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (29 PAÍSES): ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y DISCAPACIDAD
(En porcentajes de la población total)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de Población 2010; Chile: Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISCO) 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Cuba: Estudio Psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2005; Haití: Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; República Bolivariana de Venezuela: Censo de Población y Vivienda 2001. **El Caribe:** Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), las Bahamas (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Guyana (2002), Jamaica (2001), Montserrat (2011), San Vicente y las Granadinas (2001), Santa Lucía (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

1. Discapacidad y brecha de género

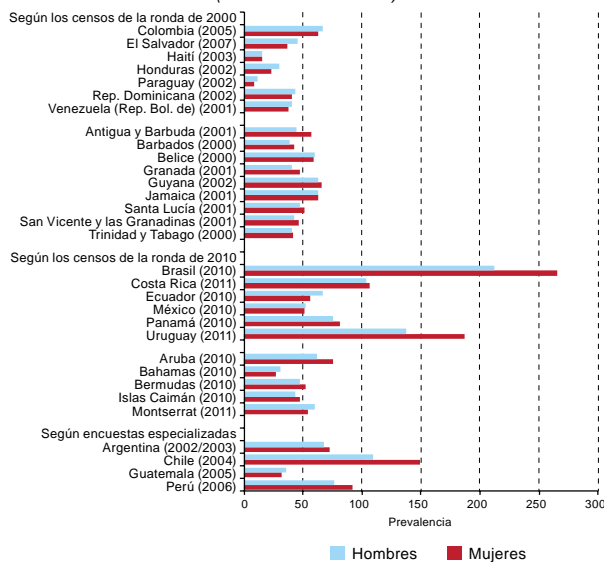
A menudo, las necesidades de las mujeres con discapacidades difieren significativamente de las de los hombres con discapacidades similares, debido a una discriminación de género que tiene asociadas desventajas sociales, económicas y culturales (DFID, 2000). Mujeres y niñas de todas las edades y con diferentes tipos de discapacidad forman uno de los grupos más marginados y, por ello, son más propensas que los hombres con discapacidad a sufrir discriminación. También corren más riesgo de ser sometidas a todo tipo de abusos y violencia sexual, frecuentemente por sus cuidadores. Asimismo, hay mujeres y niñas que pueden quedar discapacitadas como consecuencia de maltrato en el seno de la familia y de diversas formas de violencia de género (WomenWatch, 2012).

En la región, este diagnóstico toma aún más importancia por el hecho de que se observa una tasa de prevalencia más alta en las mujeres que en los hombres en más de la mitad de los países de América Latina y el Caribe⁵. Además, mientras que la brecha es muy reducida en los 13 países donde hay más hombres con discapacidad, la diferencia entre ambos sexos crece notablemente en los demás 15 países, que registran una mayor tasa de prevalencia entre las mujeres, siendo Haití el único país de la región donde se observa una tasa similar. También llama la atención la incidencia de conflictos armados de historia reciente en varios de los países de América Latina, en los que se observa una prevalencia mayor de hombres con discapacidad (Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y México), cuya situación se podría interpretar como resultado directo de hechos de violencia.

Concretamente, en la mayoría de los países donde los hombres tienen una tasa de prevalencia más alta, se observa una pequeña brecha de 1 a 4 por 1000 personas, con excepción de Montserrat, Honduras, El Salvador y el Ecuador, donde se sitúa entre 7 y 10 por 1000 personas. Por el contrario, se observan diferencias mucho más significativas en aquellos países donde es más alta la tasa de prevalencia de las mujeres con discapacidad, llegando a brechas entre hombres y mujeres de 13 a 16 y hasta de 40 a 53 por 1000 personas en países como Antigua y Barbuda, Aruba, el Perú, Chile, el Uruguay y el Brasil, respectivamente (véanse el gráfico V.3 y el cuadro V.1). Con excepción del Perú, esta sobrerrepresentación de las mujeres de edad con discapacidad se da especialmente en países de mayor desarrollo, una situación que debería ser estudiada para entender mejor sus causas e identificar en qué medida podría prevenirse.

⁵ Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá, Perú y Uruguay en América Latina; Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Bermuda, Islas Caimán, Granada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía en el Caribe.

Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (31 PAÍSES): TASA DE PREVALENCIA DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, SEGÚN SEXO
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de América Latina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de Población 2010; Chile: Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Cuba: Estudio Psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad - ENDISC 2005; Haití: Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; Venezuela (República Bolivariana de): Censo de Población y Vivienda 2001. El Caribe: Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), las Bahamas (2010), Barbados (2000), Bélice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Guyana (2002), Jamaica (2001), Montserrat (2011), San Vicente y las Granadinas (2001), Santa Lucía (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

También existe un vínculo entre la edad, el género y la discapacidad relacionado con el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres y la prevalencia de la discapacidad tiende a aumentar significativamente con la edad, de modo que las mujeres suelen vivir más años con discapacidades que los hombres. De hecho, la brecha de género se amplía de manera constante en los grupos de edad de 0 a 39 años. Después de observarse en el tramo de edad de 40 a 59 años un considerable incremento tanto de esta brecha como entre las tasas de prevalencia de ambos sexos, al llegar al grupo de edad de 60 años y más se registra en la mayoría de los países un crecimiento de la tasa de prevalencia de las mujeres en comparación con la de los hombres (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD POR EDAD Y SEXO
 (Por 1.000 habitantes)

País	Hombres							Mujeres						
	0 a 4	5 a 12	13 a 19	20 a 39	40 a 59	60 años y más	Todas las edades	0 a 4	5 a 12	13 a 19	20 a 39	40 a 59	60 años y más	Todas las edades
América Latina														
Argentina	20	39	40	40	75	239	68	17	31	29	30	73	253	73
Brasil	29	88	103	133	363	600	212	27	94	132	167	440	662	265
Chile	20	45	45	79	173	386	109	16	33	47	102	249	473	149
Colombia	27	35	38	46	93	241	66	25	30	33	35	87	238	63
Costa Rica	16	46	48	59	158	357	104	12	37	45	54	161	374	107
Ecuador	21	31	40	51	91	234	66	18	25	32	36	73	217	56
El Salvador	18	12	18	34	67	205	45	17	9	13	19	47	175	37
Guatemala	15	22	24	25	48	167	36	10	21	16	19	45	174	32
Haití	3		6	12	24	75	15	3		5	10	23	80	15
Honduras	8	17	19	28	37	157	30	5	11	12	16	30	148	23
México	9	23	21	27	66	252	52	7	16	17	19	64	274	51
Panamá	20	20	21	19	37	113	33	19	15	16	15	33	110	30
Paraguay	3	8	9	10	12	40	11	2	6	7	7	10	37	9
Perú	88	70	70	128	248	397	76	57	62	56	129	296	400	92
República Dominicana	13	19	22	31	59	189	43	11	15	17	25	62	199	41
Uruguay	12	75	72	66	159	388	138	10	64	69	76	214	483	187
Venezuela (República Bolivariana de)	17			35		221	41	14			30		200	38
El Caribe														
Antigua y Barbuda	6	18	25	27	56	200	44	8	16	29	30	81	236	57
Aruba	4	23	23	31	64	199	61	3	15	26	31	70	245	76
Bahamas	10	14	19	22	39	111	31	4	10	12	13	32	122	27
Barbados	8	18	20	22	39	127	38	6	13	15	20	39	137	42
Belice	25	25	27	42	101	237	60	25	21	25	34	107	265	59
Bermudas	8	28	28	27	45	115	47	7	19	24	24	49	124	52
Islas Caimán	15	44	39	23	42	164	43	10	23	30	23	46	218	47
Granada	7	14	20	29	54	149	41	9	12	21	26	56	177	47
Montserrat	0	0	20	23	65	175	60	0	8	10	5	39	221	54
Santa Lucía	14	26	25	31	60	175	47	15	20	27	29	63	..	51
San Vicente y las Granadinas	8	22	25	32	60	157	43	7	18	22	25	61	192	46
Trinidad y Tabago	7	15	19	26	54	156	40	6	12	17	21	54	177	42

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de Población 2010; Chile: Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Cuba: Estudio Psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2005; Haití: Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; República Bolivariana de Venezuela: Censo de Población y Vivienda 2001. El Caribe: Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), las Bahamas (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Guyana (2002), Jamaica (2001), Montserrat (2011), San Vicente y las Granadinas (2001), Santa Lucía (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

En la gran mayoría de los países, las tasas de discapacidad de los hombres superan a las de las mujeres desde su nacimiento hasta los 40 años, situación que empieza a revertirse a partir del tramo de edad siguiente. Al llegar al grupo de 60 años y más, las tasas de prevalencia de las mujeres sobrepasan las de los hombres en todos los países del Caribe y en 12 de los 17 países de América Latina de los que se tiene datos. Ese cambio de patrón se podría explicar por el hecho de las mujeres, por su mayor esperanza de vida, también

tienen más probabilidades de sufrir una discapacidad generada por un accidente o una enfermedad crónica. De igual modo, estos años adicionales las mujeres los viven en un contexto de mayor vulnerabilidad económica, lo que potencia aún más el riesgo de que cualquier deficiencia de salud se transforme en discapacidad, debido a la falta de recursos que no les permitirá costear los servicios de apoyo y las ayudas técnicas necesarios para aminorar el impacto de las limitaciones adquiridas con la edad.

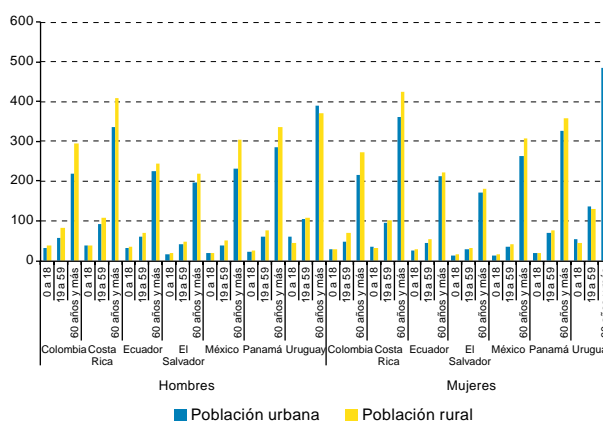
2. Discapacidad y zonas de residencia

Según un informe que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) presentó en 2006 con motivo del Día de las Personas con Discapacidad, “la mayoría de los 650 millones de personas con discapacidad en el mundo viven en países en desarrollo, y un 80 por ciento de ellos en zonas rurales, a menudo en condiciones de extrema pobreza”⁶ con bajo acceso a servicios de salud y de cuidado, a la educación y el empleo.

La información censal de la última ronda en siete países de América Latina (Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, México, Panamá y el Uruguay) muestra que los hombres y las mujeres corren más riesgo de vivir con una discapacidad cuando habitan en una zona rural que cuando lo hacen en una zona urbana, especialmente después de los 60 años (véase el gráfico V.4). Aunque en el Caribe resulta más difícil obtener información desglosada sobre zonas de residencia, en Jamaica, por ejemplo, se calcula que dos tercios de las personas con discapacidades residen en zonas rurales (Gayle y Palmer, 2005). La única excepción destacada corresponde a la población del Uruguay, que presenta una situación inversa en todos los tramos de edad de ambos sexos, con excepción de los hombres de 19 a 59 años,

cuya tasa de prevalencia de la discapacidad es similar en las zonas rurales (107) que en las urbanas (106).

Gráfico V.4
AMÉRICA LATINA (7 PAÍSES): TASA DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA, SEXO Y GRUPOS DE EDAD
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011.

3. Discapacidad y condición étnica

Los datos disponibles de los censos de la ronda de 2010 sobre discapacidad según pertenencia étnica muestran una mayor prevalencia de la discapacidad entre las personas afrodescendientes en el Brasil, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Panamá y el Uruguay en todos los grupos de edad. Esto es particularmente notable en el tramo de edad de 0 a 18 años, donde se registra una marcada preeminencia de los hombres en todos los países con excepción del Brasil (véase el gráfico V.5).

En cuanto a los demás grupos de edad, si bien se mantiene esta mayor prevalencia de la discapacidad en

los pueblos indígenas y afrodescendientes frente al resto de la población, la intensidad de estas diferencias varía:

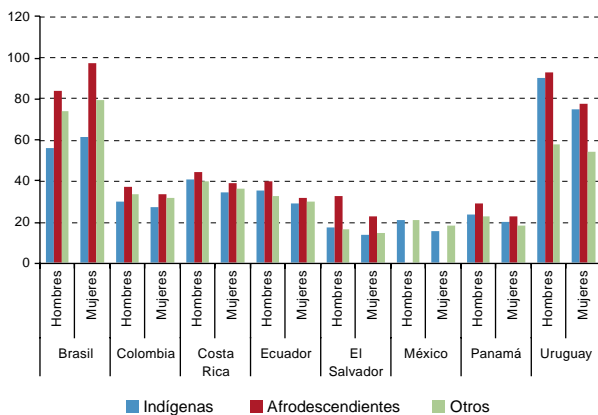
- En el grupo de 19 a 59 años, con excepción del Ecuador y El Salvador los hombres indígenas son los que tienen la tasa de prevalencia masculina más alta.
- En el grupo de 60 años y más se encuentran las menores brechas de prevalencia entre los grupos étnicos del mismo país. En este mismo grupo son menos significativas las diferencias entre hombres y mujeres, aun cuando la brecha se invirtió y es ahora liderada por las mujeres, al igual que en el total de la población —con excepción del Ecuador y El Salvador y de los hombres indígenas en Panamá (véase el gráfico V.6).

⁶ Véase [en línea] <http://www.fao.org/newsroom/es/news/2006/1000453/index.html>.

No hay información adicional en la región ni en el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011) que permita explicar por qué las personas afrodescendientes tienen una tasa de prevalencia más alta en todos los

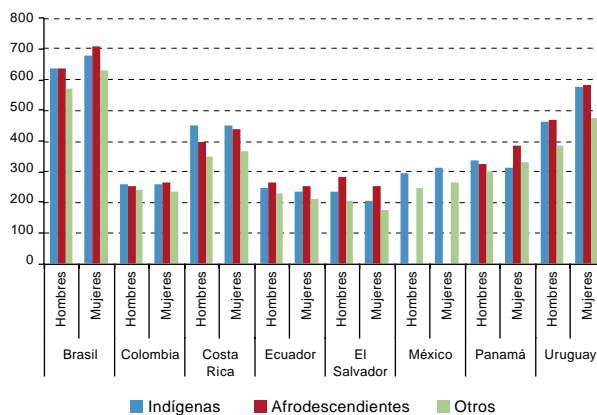
países —incluido el Brasil, donde se podría suponer una mayor vulnerabilidad de la población indígena por conformar una pequeña minoría que vive más bien en situación de aislamiento— (IWGIA, 2012)⁷.

Gráfico V.5
AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES): TASA DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DE 0 A 18 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Brasil: Censo de Población 2010; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011.

Gráfico V.6
AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES): TASA DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN LA CONDICIÓN ÉTNICA
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Brasil: Censo de Población 2010; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011.

4. Discapacidad e ingresos de los hogares

Tanto el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS, 2011) como la Red Latinoamericana de Organizaciones no Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS) observan que las personas con discapacidad están sobrerrepresentadas en la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Las causas son varias y se articulan entre sí de manera compleja. Por un lado, la misma pobreza y la vulnerabilidad exacerbaban situaciones de discapacidad por falta de atención y cuidado oportunos. Por otro, la ausencia de servicios de cuidado lleva en muchos casos a que al menos un miembro de la familia de la persona con discapacidad deba dejar de trabajar, con lo que disminuyen aún más los ingresos del núcleo familiar.

En varias evaluaciones de la pobreza realizadas por el Banco de Desarrollo del Caribe se indica también una clara relación entre la pobreza y la discapacidad. Por ejemplo, en el informe nacional de evaluación sobre las condiciones de vida en Barbados en 2010 se indicaba

que entre las personas con discapacidad —sobre todo las que habían quedado inmovilizadas— existía una clara relación entre la pobreza y la exclusión social. En el informe se constataba que la pobreza y la exclusión social dentro de este grupo vulnerable estaban relacionadas principalmente con factores tales como la ausencia de oportunidades de empleo adecuado, escasez de recursos financieros y falta de apoyo y protección en las familias y las comunidades, así como déficits en los sistemas de transporte y otros servicios.

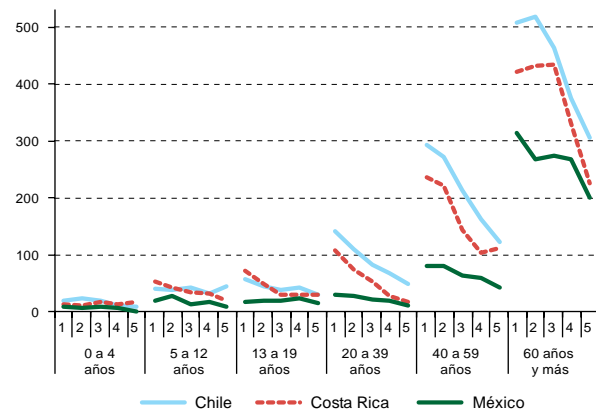
Pocas fuentes de información permiten obtener datos estadísticos sobre la situación de las personas con discapacidad y sus niveles de ingreso. En América Latina, las encuestas de hogares realizadas en los últimos años en tres países —Chile, Costa Rica y México— muestran cómo la prevalencia de la discapacidad puede ser más

⁷ Según los datos del censo de 2010, la población indígena corresponde aproximadamente al 0,47% de la población total del país.

alta en los primeros quintiles de ingreso a medida que aumenta la edad de las personas (véase el gráfico V.7). Si bien a partir de los 40 años la desigualdad es evidente, esta se hace especialmente notable en las personas de 60 años y más. En el gráfico V.7 se alerta sobre el incremento de las brechas entre quintiles a medida que envejece la población. Esto implica que existen factores de contexto que van ejerciendo un efecto cada vez mayor conforme se avanza en el ciclo de vida, donde los recursos económicos y sociales claramente pesan para poder anticiparse a una vejez con mayor o menor autonomía. Por tal razón, tanto más importante resultan las políticas que puedan contrapesar estas diferencias de trayectorias según el nivel de ingreso de las personas.

La falta de recursos de los hogares, el costo de los apoyos técnicos y los servicios de cuidado y los obstáculos a la generación de ingresos que enfrentan las personas con discapacidad y aquellos que los cuidan potencia el impacto negativo de las deficiencias sobre la calidad de vida de los afectados, lo que incluye su empobrecimiento.

Gráfico V.7
CHILE, COSTA RICA Y MÉXICO: TASAS DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO Y GRUPOS DE EDAD
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Chile: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009; Costa Rica: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010; México: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010.

D. Vivir con diferentes tipos y niveles de discapacidad

La calidad de vida de las personas con discapacidad está muy relacionada con el tipo de limitación que deben enfrentar, tanto por las dificultades propias de cada tipo de deficiencia —ya sea sensorial, mental o física— como por las grandes diferencias en la respuesta del entorno a cada una de ellas en cuanto a capacidad de autocuidado, adaptación del medio físico, aceptación social, oferta de oportunidades educativas y laborales y respeto del derecho a la autodeterminación. Según información censal de 21 países de la región, prevalecen en América Latina y el Caribe las limitaciones visuales y de movilidad, seguidas por las deficiencias de la audición y del habla en América Latina y de las dificultades relacionadas con las funciones mentales y la destreza en el Caribe. La discapacidad visual y la motora son las que menos impacto negativo tienen en el acceso a la educación y el empleo, mientras que las personas con deficiencias cognitivas y mentales o con poca capacidad de autocuidado son las que encuentran más obstáculos para integrarse a la actividad económica y social.

Las dificultades para responder a las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad dependen de su grado de autonomía funcional y de independencia,

las que tienen relación con las características de los distintos tipos de deficiencia con los cuales deben vivir: sensorial, cognitiva, comunicativa, de movilidad,

del cuidado personal o de las funciones mentales. En un estudio realizado en Barbados recientemente, los encuestados indicaron que la calidad de vida de las personas con discapacidad guarda estrecha relación con las diferencias entre los distintos tipos y niveles de discapacidad (BDC, 2011). La observación general fue que las personas que no podían desplazarse por sí solas tenían una desventaja significativa, dado que, por lo general, el hecho de no poder salir de casa sin asistencia empeoraba su situación. Asimismo, en un estudio realizado en 2005 en Guyana sobre discapacidad se detectó que el tipo de deficiencia desempeñaba un papel importante a la hora de determinar el acceso a los servicios. Por ejemplo, las personas con discapacidades visuales y físicas tenían más opciones en ese sentido que las personas con problemas de audición, habla o

aprendizaje (Comisión Nacional de la Discapacidad de Guyana, 2005).

Estos y otros informes ponen de relieve que las diferencias en el tipo y grado de discapacidad constituyen un factor significativo a la hora de determinar las necesidades de atención y los resultados económicos y sociales de las personas que viven con discapacidades (OMS, 2011). En Panamá, la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (PENDIS) de 2006 recogió información significativa sobre las necesidades de apoyo según los tipos de discapacidad. Tomando en cuenta las respuestas recibidas, se observa un creciente orden de dependencia de otra persona según el tipo de discapacidad: auditiva (29,3%), visual (41,8%), intelectual (54,7%), movilidad reducida (63,1%), discapacidades múltiples (72,1%), problemas orgánicos (73,1%) y problemas psíquicos (78,6%).

1. Tipos de discapacidad: prevalencia en América Latina y el Caribe

A nivel regional se advierte una clara prevalencia de los mismos tipos de discapacidad en los 21 países de América Latina y el Caribe de los que se pudo procesar datos censales. Cuando se consideran tanto la población total de ambos sexos como la de 60 años y más —grupo en que la discapacidad tiene la mayor tasa de prevalencia en todos los países— destaca la preeminencia de las deficiencias visuales y de las limitaciones para caminar, subir escaleras o mover las extremidades inferiores (véanse los gráficos V.8 y V.9). En tercer lugar aparecen en América Latina las deficiencias de la audición y del habla, y en el Caribe las deficiencias de las funciones mentales que afectan a la conducta, así como las dificultades de destreza para levantar, llevar, mover y usar objetos, que en ciertos países están consideradas bajo la figura del autocuidado.

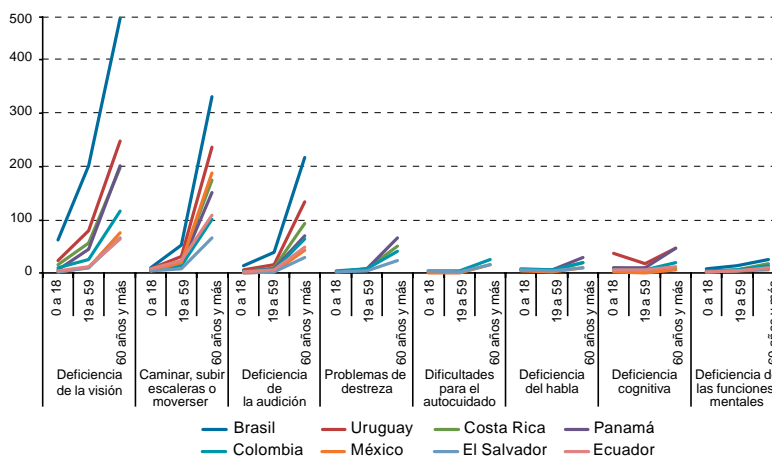
Si bien las tasas de prevalencia en todos los tipos de discapacidad tienden a elevarse con la edad, en algunos este incremento es mucho más pronunciado a medida que las personas envejecen, mientras que en otros solo se registra un ligero aumento. La prevalencia de dificultades visuales, de movilidad, auditivas, relacionadas con el uso de los miembros superiores y de autocuidado es mucho mayor entre personas mayores. Las tasas de prevalencia de las personas de 60 años y más pueden ser cuatro o cinco veces superiores a las de la población en su conjunto. En el caso de discapacidades relacionadas con el habla, el comportamiento y el aprendizaje la diferencia es menos marcada, y las tasas de prevalencia en personas de 60 años y más duplican por lo general a las del conjunto de la población. Cabe señalar, sin embargo, que las deficiencias más frecuentes en los niños y niñas de 0 a 18 años de edad en

ambas regiones son las dificultades cognitivas y las limitaciones sensoriales —especialmente visuales—, lo que obstaculiza aún más sus posibles logros educativos y contribuye a reducir sus expectativas de autonomía funcional en el futuro.

Aún cuando varios censos de la región recolectan información estadística sobre la presencia de multidiscapacidades, pocos publican los resultados. Los datos recogidos sobre el porcentaje de personas con discapacidad que tienen más de un impedimento en la Argentina (ENDI 2002-2003) (26,1%), Chile (ENDISC 2004) (10,3%), el Paraguay (censo de 2002) (15,2%) y Venezuela (República Bolivariana de) (censo de 2001) (1,9%) muestran que el reporte de varios tipos de discapacidad por las mismas personas se intensifica con la edad. En estos dos últimos países se recopilaron los datos por grupos de edad, lo que permite observar cómo van apareciendo situaciones de multidiscapacidades a medida que la persona avanza en su ciclo de vida: del 2,0% al 16% en el Paraguay, si se considera los niños de 0 a 4 años de edad y los adultos de 60 años y más, mientras en Venezuela esta curva ascendente va del 11,2% en el primer grupo hasta el 49,6% entre las personas de 65 años y más con discapacidad.

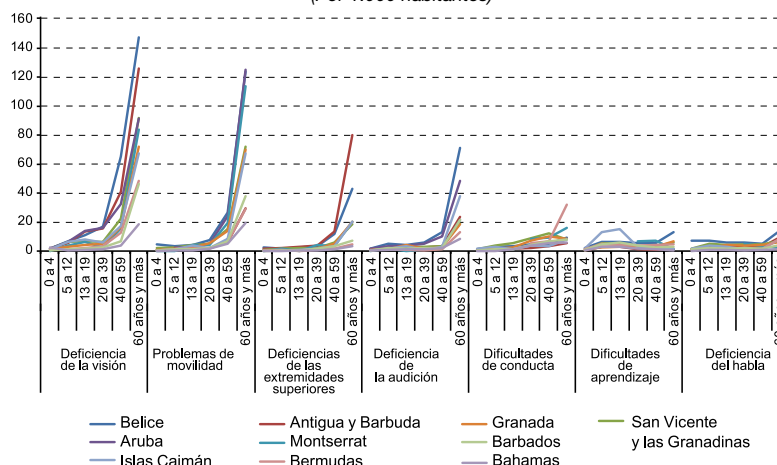
Evidentemente, la importante brecha en las mediciones de ambos países se debe nuevamente a las significativas diferencias entre los instrumentos de medición. Los datos permiten observar sin embargo cómo este incremento genera problemas adicionales de cuidado, tanto por la diversidad de apoyos que se precisan como por la probable intensificación de la dependencia de las personas que se encuentran en esta situación y la consiguiente carga adicional para las personas responsables de su cuidado.

Gráfico V.8
AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES): TASA DE PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD, SEGÚN GRUPOS DE EDAD
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Brasil: Censo de Población 2010; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011.

Gráfico V.9
EL CARIBE (13 PAÍSES Y TERRITORIOS): TASA DE PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE DISCAPACIDAD, SEGÚN GRUPOS DE EDAD
(Por 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda realizados en Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), Bahamas (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Montserrat (2011) y San Vicente y las Granadinas (2001).

2. Acceso a la educación según tipos de discapacidad

La información sobre la asistencia escolar de las personas con discapacidad de 13 a 18 años en los 17 países de América Latina y el Caribe de los que se pudo procesar información censal revela una gran disparidad de acceso según los países y los distintos tipos de discapacidad (véase el cuadro V.2). Por una parte, los porcentajes de acceso van desde un mínimo del 17% en el caso de las personas con discapacidad psíquica en El Salvador hasta el 100%

en el caso de las personas con discapacidad auditiva de las Bermudas y del habla en las Islas Caimán.

Entre estos extremos se constata un mayor nivel de acceso en los países del Caribe, especialmente en las Islas Caimán, donde se registran pocas diferencias entre los distintos tipos de discapacidad, ya que la tasa más baja, que corresponde a las personas con limitaciones que afectan su destreza (miembros superiores), es del 83%.

Con niveles de asistencia algo menores, Costa Rica es el único país de América Latina que se encuentra en la misma situación, es decir, con tasas de acceso bastante similares por lo que respecta a los distintos tipos de discapacidad, desde un máximo del 88% para las personas con discapacidad visual hasta un mínimo del 76% en el caso de las personas con dificultades para levantar, llevar, mover y usar objetos. Este último tipo de deficiencia —que también limita la capacidad de realizar tareas de autocuidado que requieren el uso de los brazos— es de hecho el obstáculo más importante a la asistencia escolar, junto a las dificultades de origen psíquico y cognitivo. Si bien están aumentando las tasas de asistencia escolar de las personas con dificultades asociadas al habla y el aprendizaje, los jóvenes que más asisten a la escuela en los 17 países son los que presentan deficiencias visuales y auditivas, seguidos en algunos casos por quienes tienen dificultades de movilidad.

Estas observaciones dejan suponer que la integración de ayudas como materiales en braille y el lenguaje de señas no se percibe como un obstáculo de importancia por los sistemas escolares y las familias de la región, mientras que los problemas de destreza, comportamiento y aprendizaje constituyen impedimentos reales que no se pueden enfrentar sin poner en cuestión los supuestos pedagógicos que rigen el funcionamiento de los sistemas escolares. Estos tipos de discapacidades requieren de un sistema de educación verdaderamente inclusivo, basado en un “conjunto de procesos orientados a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado” (García, 2009), es decir, un entorno que se adapte a las personas en lugar de excluir pasiva o activamente a aquellas que no tienen las herramientas físicas, psíquicas o cognitivas para ser funcionales en el marco de la educación tradicional.

Cuadro V.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAÍSES Y TERRITORIOS): PERSONAS DE 13 A 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD ESCOLARIZADAS, POR TIPO DE DISCAPACIDAD
(En porcentajes)

País	Año	Deficiencia de la visión	Deficiencia de la audición	Deficiencia del habla	Dificultades de aprendizaje	Dificultades de conducta	Problemas de movilidad	Deficiencias de las extremidades superiores	Dificultades para el autocuidado	Otras discapacidades
América Latina										
Brasil	2010	89	86	...	...	68	74	...	...	...
Colombia	2005	75	59	46	47	39	51	51	39	57
Costa Rica	2011	88	84	81	79	76	77	76	...	...
Ecuador	2010	84	76	...	60	63	71	...	...	...
El Salvador	2007	65	44	28	...	17	37	34	26	34
México	2010	80	71	61	66	46	63	...	42	...
Panamá	2010	88	80	70	79	...	67	66	...	...
Uruguay	2011	87	84	...	82	...	76	...	...	...
El Caribe										
Aruba ^a	2010	87	83	61	72	...	63	37	...	...
Barbados	2000	84	87	74	79	60	67	79	...	81
Belice	2000	74	62	38	46	32	35	26	...	55
Bermudas	2010	80	100	85	82	...	87	88	...	94
Granada	2001	88	61	55	68	49	54	47	...	82
Islas Caimán	2010	97	95	100	97	95	92	83	...	94
Santa Lucía	2001	75	68	50	60	37	54	51	...	78
San Vicente y las Granadinas	2001	83	72	56	66	45	46	48	...	52
Trinidad y Tabago	2000	85	75	58	56	27	42	37	...	52

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda realizados en el Brasil: Censo de Población 2010; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Santa Lucía (2001), San Vicente y las Granadinas (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

^a Los datos estimados para Aruba con respecto a las dificultades de aprendizaje se basan en una pregunta del cuestionario censal sobre la dificultad para recordar o concentrarse, mientras que los datos sobre deficiencia del habla se basan en una pregunta sobre dificultades para comunicarse.

Sobre la base de las mismas fuentes de datos censales, el nivel de estudio que alcanzan las personas con discapacidad en 7 países de América Latina y 10 países del Caribe sigue una curva coherente con los logros educativos propios del país. Dicho de otro modo, cuanto mayor sea el nivel medio de logros en un país, mayor será también el nivel medio de logros de las personas con discapacidades.

En la subregión latinoamericana los logros promedio difícilmente superan los 3 años de estudios. En el Uruguay, Costa Rica y Panamá se encuentra la mayor proporción de personas con discapacidad que han completado 7 años de educación, correspondientes a la enseñanza primaria (véase el gráfico V.10). En los países y territorios del Caribe con datos disponibles, excepto Belice, la

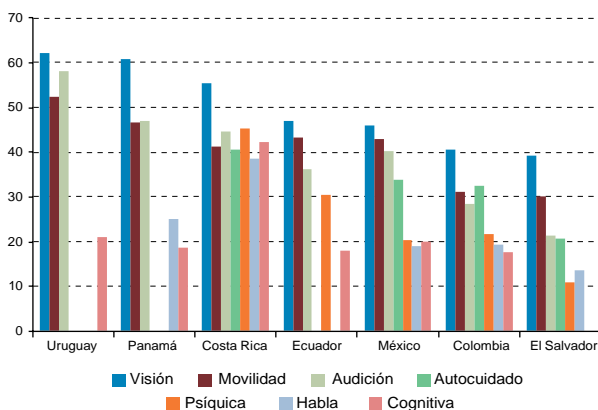
proporción de la población que ha completado la educación primaria y secundaria es mayor que en América Latina (véase el gráfico V.11). No obstante, el porcentaje de personas con discapacidad que terminaron la enseñanza secundaria varía considerablemente de un país a otro y dependiendo del tipo de discapacidad. Por ejemplo, en las Islas Caimán, Barbados y Bermudas la mayoría de personas con discapacidad completaron la enseñanza secundaria —algunas completaron también la educación superior—, mientras que en Belice, Granada, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago solo una pequeña minoría completó sus estudios secundarios.

Si bien en algunos países como el Ecuador, Panamá, el Uruguay y Aruba se registran importantes diferencias en cuanto a logros educativos según el tipo de discapacidad, solo en Trinidad y Tabago se observan tendencias opuestas entre las personas con discapacidad, que apenas alcanzan a completar la enseñanza primaria, y la población sin discapacidad, que en un 60% completa

la enseñanza secundaria. Este logro de la población sin discapacidad también se presenta en Barbados (con un 63%) y en Antigua y Barbuda (con un 67%), con la diferencia crucial de que en estos últimos dos países también se encuentran integradas en esa tendencia las personas con discapacidad (con excepción de las con que tienen dificultades cognitivas). Estos datos dejan entrever la importancia de la calidad del sistema de educación nacional por una parte, y, por otra, de la formación de los docentes de educación especial.

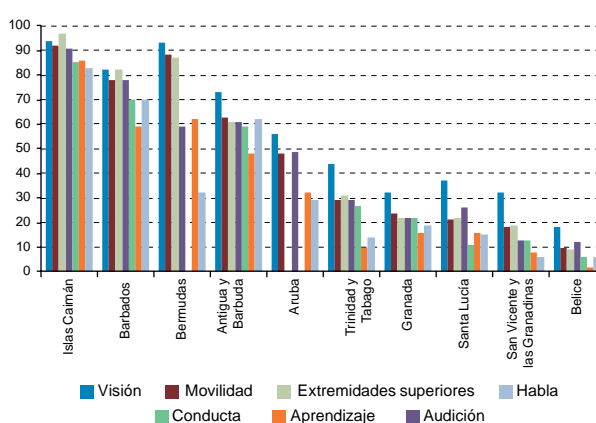
Al igual que lo que ocurre con el acceso a la educación, se observa en los 17 países que las deficiencias visual y auditiva y las dificultades para caminar y moverse son las limitaciones que menos impiden los logros educativos (véanse los gráficos V.10 y V.11). Nuevamente, las dificultades para hablar, aprender, relacionarse con los demás (discapacidad psíquica) y para el autocuidado son las que representan mayores obstáculos para completar años de estudios.

Gráfico V.10
AMÉRICA LATINA (7 PAÍSES): PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE HAN COMPLETADO POR LO MENOS 7 AÑOS DE ESCOLARIDAD, POR TIPO DE DISCAPACIDAD
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda realizados en el Brasil: Censo de Población 2010; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011.

Gráfico V.11
EL CARIBE (10 PAÍSES Y TERRITORIOS): PERSONAS DE 18 A 59 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE HAN COMPLETADO LA ENSEÑANZA SECUNDARIA, POR TIPO DE DISCAPACIDAD
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos de población y vivienda realizados en Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Santa Lucía (2001), San Vicente y las Granadinas (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

3. Actividad económica según tipos de discapacidad

La información censal disponible para 17 países de América Latina y el Caribe muestra que la actividad económica de las personas con discapacidad varía considerablemente en función del tipo de discapacidad. Se

advierte en 14 países que las personas con discapacidad visual son las que más facilidad tienen para incorporarse a la fuerza laboral, superando la participación económica total de las personas con discapacidad en todos los

países, con excepción de Barbados y Santa Lucía (véase el cuadro V.3). Las siguen las personas con discapacidad auditiva, dificultades asociadas al uso de los miembros superiores y movilidad, y después las que tienen limitaciones para hablar. Aun cuando se trata

de personas que necesitan apoyo en forma de medidas de accesibilidad y ayudas técnicas, los datos muestran que tienen más oportunidades que las personas con deficiencias de las funciones cognitivas y mentales o con problemas para el autocuidado.

Cuadro V.3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAÍSES Y TERRITORIOS): PERSONAS CON DISCAPACIDAD ECONÓMICAMENTE
ACTIVAS DE 15 AÑOS Y MÁS, POR TIPO DE DISCAPACIDAD
(En porcentajes)

País	Tipo de discapacidad									Total de personas de 15 años y más por tipo de discapacidad	Total de personas de 15 años y más sin discapacidad
	Deficiencia de la visión	Deficiencia de la audición	Deficiencia del habla	Dificultades de aprendizaje	Dificultades de conducta	Problemas de movilidad	Deficiencias de las extremidades superiores	Dificultades para el autocuidado	Otras discapacidades		
América Latina											
Brasil	50	40	...	...	19	31	...	...	...	48	63
Colombia	36	25	21	17	16	24	28	14	28	33	53
Costa Rica	42	27	18	14	19	24	27	...	...	36	56
Ecuador	40	36	...	22	24	36	...	...	...	38	59
El Salvador	39	27	25	...	15	28	31	18	79	28	54
México	36	30	22	17	11	27	...	10	...	31	58
Panamá	43	28	17	23	...	22	24	...	...	26	60
Uruguay	40	25	...	20	...	19	...	...	...	35	66
El Caribe											
Antigua y Barbuda	52	37	34	13	20	27	24	...	40	40	69
Aruba	33	23	7	10	...	14	...	3	...	25	61
Barbados	17	16	13	16	13	11	20	...	28	19	66
Belice	36	28	22	14	15	19	20	5	27	33	51
Bermudas	31	14	12	19	...	18	29	13	25	...	73
Islas Caimán	50	28	22	24	33	29	27	...	50	42	80
Granada	23	29	14	8	10	14	43	...	24	20	53
Santa Lucía	24	28	20	17	14	20	18	...	37	26	57
San Vicente y las Granadinas	22	17	19	14	5	15	12	...	19	20	49
Trinidad y Tabago	25	15	11	9	6	10	13	...	12	19	46

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de: Brasil: Censo de Población 2010; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; México: Censo de Población y Vivienda 2010; Panamá: Censo de Población 2010; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011. El Caribe: Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda (2001); Aruba (2010); Barbados (2000); Belice (2000); las Bermudas (2010); Islas Caimán (2010); Granada (2001); Santa Lucía (2001); San Vicente y las Granadinas (2001).

En todas las situaciones el porcentaje de personas de 15 años y más económicamente activas con una o más discapacidades es mucho más bajo que el porcentaje de personas sin discapacidad. Así, en el cuadro V.3 se muestran diferencias porcentuales entre ambas poblaciones que van desde 15 puntos en el Brasil hasta 47 puntos en Barbados.

Con respecto al empleo en el sector formal, las investigaciones llevadas a cabo por la sede subregional de la CEPAL en el Caribe sobre discapacidad han revelado que, sobre la base de los datos disponibles, las tasas de empleo de las personas que indicaban tener una o varias discapacidades suelen ser considerablemente más bajas que las de las personas sin discapacidad, y son aún más reducidas en el caso de las mujeres con discapacidades (CEPAL, 2011) (véase el cuadro V.4).

Los datos de la ronda censal de 2000 correspondientes a ocho países del Caribe demuestran que las personas con discapacidad representan el 4,2 % de la población total en edad de trabajar. Sin embargo, las tasas de empleo

de este grupo fueron significativamente menores⁸. Una comparación con la tasa de empleo global reveló que solo el 34% de las personas con discapacidad en edad laboral tenían empleo, mientras que el porcentaje de personas empleadas sin discapacidad era de un 59%. En Antigua y Barbuda y Belice se registraron menores diferencias que en otros países entre las tasas de empleo de los grupos de población con y sin discapacidad.

Asimismo, la información censal de la ronda de 2000 reveló que la naturaleza de la discapacidad influía en las probabilidades de conseguir empleo. Se registraron mayores tasas de ocupación entre

⁸ La tasa de empleo se calcula como la relación entre el número de personas empleadas con respecto al total de la población en edad de trabajar. En todos los casos la población en edad de trabajar se limitaba a personas de entre 15 y 64 años. La edad mínima para trabajar aceptada a nivel nacional se fijó en 15 años para todos los países excepto Belice, donde se consideraba que la edad mínima para el acceso al mercado laboral era de 14 años. Con objeto de facilitar la comparación entre los ocho países, en el análisis se aplicó una edad mínima estándar de 15 años.

personas con discapacidades sensoriales (visuales o auditivas) o deficiencias del habla que entre quienes tenían discapacidades físicas, mentales o intelectuales. En particular, las personas con discapacidad mental o intelectual parecen encontrarse en peor situación en ese sentido, ya que solo una pequeña minoría consigue acceder al mercado laboral. Desde la misma perspectiva, ese tipo de discapacidad también había afectado más el empleo de las mujeres que el de los hombres.

Al examinar las tasas de empleo por sexo entre personas con y sin discapacidad se puso de relieve que los efectos de la discapacidad en el empleo eran más acusados entre las mujeres que entre los hombres (véase el cuadro V.4). En promedio, los hombres con discapacidad tenían un 50% más de probabilidades de encontrar empleo que las mujeres con discapacidad. Se observaron pautas similares por sexo en el caso de las personas sin discapacidad. Por lo tanto, independientemente de la situación de discapacidad, la mujer sigue resultando desfavorecida en el mercado de trabajo.

Cuadro V.4
EL CARIBE: TASAS DE EMPLEO DE LAS PERSONAS EN EDAD DE TRABAJAR CON Y SIN DISCAPACIDAD, POR SEXO^a
(En porcentajes)

País	Personas con discapacidad			Personas sin discapacidad		
	Tasa de empleo		Índice de masculinidad	Tasa de empleo		Índice de masculinidad
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
Antiguas Antillas Neerlandesas	41,6	32,7	1,27	67,7	54,0	1,25
Antigua y Barbuda	63,6	64,5	0,99	77,1	67,1	1,15
Barbados	36,3	30,4	1,19	80,7	67,4	1,20
Belice	62,8	28,0	2,24	76,0	33,0	2,31
Granada	38,9	24,0	1,62	68,3	47,8	1,43
San Vicente y las Granadinas	33,0	23,7	1,39	62,8	41,6	1,51
Santa Lucía	40,9	32,9	1,25	68,4	51,5	1,33
Trinidad y Tabago	34,7	21,1	1,64	72,3	41,6	1,74
Total	40,8	27,2	1,50	72,5	46,7	1,55

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de respuestas al cuestionario acerca de disponibilidad de datos en el Caribe.

^a Las tasas de empleo que se muestran en este cuadro no coinciden con las que figuran en el cuadro V.3 debido a las diferentes definiciones de empleo utilizadas. En el cuadro V.4 se considera empleados a las personas de entre 15 y 64 años que trabajan en forma remunerada en una actividad o negocio (según la definición utilizada por la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos), mientras que para facilitar la comparabilidad con la información de los países de América Latina, los datos que figuran en el cuadro V.3 se refieren a todas las personas mayores de 15 años que habían trabajado, tenían un empleo o no trabajaban.

E. El cuidado de las personas con discapacidad

Aun cuando entre las personas que viven solas la incidencia de discapacidad es particularmente alta en comparación con otros arreglos familiares, la mayoría de quienes tienen discapacidades reciben cuidado y apoyo por parte de miembros de su familia inmediata bajo distintas modalidades de convivencia. Esta situación tiene un impacto importante en el bienestar emocional y financiero de la familia. Pero, a la vez, la preeminencia de soluciones familiares evidencia el déficit de servicios de cuidado por parte del Estado, el mercado y las organizaciones civiles. Esta situación está cobrando mayor visibilidad y reconocimiento, por lo que en los países de la región empieza a observarse la puesta en marcha de programas gubernamentales que ofrecen apoyo a los cuidadores familiares, servicios de cuidado domiciliarios y de apoyo a la vida independiente, junto con programas orientados a impulsar la materialización de sus derechos económicos y sociales por medio del acceso a la educación inclusiva, el empleo y la cobertura de seguridad social.

1. Modalidades de convivencia de las personas con discapacidad

La mayoría de las personas, con discapacidad o sin ella, residen en hogares privados con su familia inmediata o extensa. Aunque muchas personas con discapacidad viven en hogares nucleares, en los países del Caribe resulta menos frecuente que entre las personas sin discapacidad del mismo grupo de edad. Es más común que vivan en hogares con unidades familiares ampliadas y en hogares compuestos, individuales o colectivos.

Una minoría significativa de personas con discapacidad viven solas: en Antigua y Barbuda, el 17% de quienes habitan en hogares privados; en Aruba el 13%, en Granada el 18%, en San Vicente y las Granadinas el 13% y en Santa Lucía el 14%⁹. En todos estos países, con excepción de Aruba, hay más hombres que mujeres con discapacidad que viven solos, ya que suele haber más mujeres que comparten vivienda con sus hijos u otros familiares.

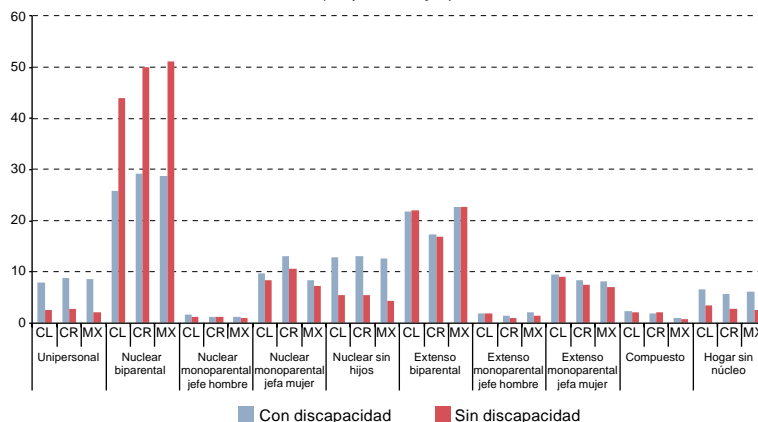
Una reducida proporción de personas con discapacidades no viven en hogares particulares, sino en instituciones como hogares de ancianos, clínicas, hospitales y centros de rehabilitación. En Aruba, el 5% de las personas con discapacidad viven en “hogares colectivos” (lo que contrasta con una proporción inferior al 1% entre las personas sin discapacidad). Muchos de esos hogares son residencias que prestan servicios de cuidado o u otro tipo de instituciones especializadas. La encuesta de personas con discapacidad realizada por la Comisión Nacional de Discapacidad de Guyana (2005) reveló que entre el 3%

y el 5% de la muestra de población estaban viviendo en una institución.

Si bien no se dispone de datos comparables para los países de América Latina, un procesamiento especial de encuestas de hogares de la región que incorporaban preguntas sobre discapacidad (Chile, 2009; Costa Rica, 2010; México, 2010) permite observar algunas tendencias similares. Al comparar la situación de personas con y sin discapacidad se identifica una sobrerrepresentación de las primeras en los hogares unipersonales, nucleares sin hijos y sin núcleo (véase el gráfico V.12). Si este escenario fuera indicativo de los tipos de organización familiar en que viven las personas con discapacidad en la región, se estaría poniendo al descubierto una importante laguna de oferta de cuidado familiar que debería cubrirse con servicios procedentes de los otros sectores proveedores de cuidado: el Estado, el mercado y las organizaciones de la sociedad civil.

Los hombres con alguna discapacidad viven preferentemente en hogares nucleares con y sin hijos y en hogares extensos biparentales donde es posible encontrar la estructura tradicional de cuidado familiar, proporcionado generalmente por una mujer. Como contrapartida, en los países considerados las mujeres con alguna discapacidad viven en su gran mayoría en hogares unipersonales y sin núcleo y en hogares monoparentales con jefatura femenina, donde tienen menores posibilidades de cuidado familiar (véase el gráfico V.13).

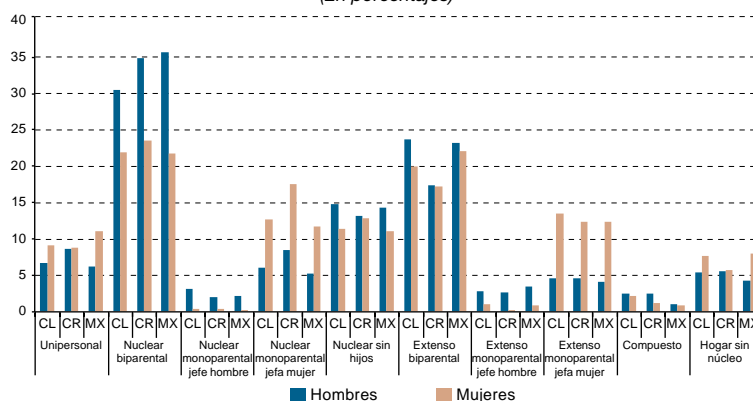
Gráfico V.12
CHILE, COSTA RICA Y MÉXICO: TIPOS DE HOGARES SEGÚN PRESENCIA O NO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Chile: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Costa Rica: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010; México: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010.

⁹ Datos de los censos de población y vivienda realizados en Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), Granada (2001), San Vicente y las Granadinas (2001) y Santa Lucía (2001).

Gráfico V.13
CHILE, COSTA RICA Y MÉXICO: TIPOS DE HOGARES DONDE VIVEN HOMBRES Y MUJERES CON DISCAPACIDAD
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Chile: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Costa Rica: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010; México: Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2010.

2. Necesidades, cuidadores y modalidades de cuidado

Según el *Informe Mundial sobre la Discapacidad* de 2011 (OMS, 2011), muchas personas con discapacidad precisan asistencia y apoyo para lograr una buena calidad de vida y participar en los aspectos económicos y sociales en las mismas condiciones que el resto de la sociedad. Para la mayoría de las personas con discapacidad, el principal cuidador es uno de los progenitores —generalmente la madre— u otro miembro de la familia, sobre todo hermanas y otros parientes femeninos. Ese apoyo les permite vivir en un ambiente familiar. Sin embargo, cuando no resulta posible y bajo ciertas condiciones, el Estado o una institución privada pueden ofrecer los servicios de cuidado a domicilio o en un ambiente formal fuera del hogar.

No todas las personas con una limitación física o mental precisan ayuda o atención específicas. En el Uruguay, con la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDISC) de 2004 se constataba en relación con las necesidades de asistencia o ayuda que el apoyo para desplazarse fuera del hogar concentraba el 40% de las demandas, mientras que otro 15,5% estaban relacionadas con la movilidad dentro del hogar. En cuanto a otras necesidades, el 21% de las personas declaraban necesitar a alguien para que apoyase su autocuidado, un 20,7% para participar en alguna actividad de aprendizaje y otro 15,6% para relacionarse con los demás (las categorías mencionadas no son mutuamente excluyentes). Estos dos últimos tipos de necesidades son aquellos para los que un mayor número de personas afirman no recibir la ayuda que necesitan (el 15,1% y el 9,6%, respectivamente) (INE del Uruguay, 2004). En Aruba el 6,9% de la población indicó que tenía alguna discapacidad, aunque solo el 2% necesitaba asistencia o cuidado por

ese motivo¹⁰. En Trinidad y Tabago en torno al 4% de los encuestados afirmaba tener algún tipo de discapacidad¹¹; al menos la mitad de estas personas requerían cuidados (Kariri Consultants, 2007).

La mayoría de quienes necesitan cuidados son atendidos por sus familiares. Para las personas que precisaban asistencia en Aruba, esta procedía principalmente de miembros de la familia residentes en el mismo hogar (un 53%), de parientes, amigos o vecinos que no pertenecían al hogar (un 14%), de otros proveedores de servicios de cuidado —sobre todo privados (un 20%)— o de la institución en la que residían (un 18%); el 7% no recibía ninguna ayuda a pesar de que indicaban que la necesitaban. En Trinidad y Tabago, sobre la base de datos de la encuesta de condiciones de vida, el 40% de las personas recibían cuidados de otros miembros de la unidad familiar y el 4% de otros parientes. Tan solo un 3% eran atendidos por personas ajenas a la familia, otro 3% recibían atención en un establecimiento asistencial y el 34% declararon que no necesitaban atención.

En Chile, la información recabada en la ENDISC de 2004 mostraba que el 31% de las personas con discapacidad no tienen o no requieren el apoyo de otras personas. Del resto, casi la totalidad reciben cuidado de sus familiares, mientras que menos del 1% recibe el apoyo de cuidadoras (0,24%) o de vecinos (0,30%) (FONADIS, 2005).

El apoyo y la asistencia no se consideran fines en sí mismos, sino fundamentalmente un medio de asegurar la

¹⁰ Oficina Central de Estadística de Aruba, censo de 2010.

¹¹ Censo de 2001, Trinidad y Tabago.

dignidad y favorecer la autonomía individual y la inclusión social. La igualdad de derechos y la participación solo pueden alcanzarse a través de la prestación de servicios de apoyo para las personas con discapacidad y sus familias, como se indica en el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que trata sobre la capacidad estas de tomar decisiones (OMS, 2011, cap. 5).

En todos los casos, el objetivo consiste en que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y, en función de su edad y circunstancias, estudiar, trabajar o contribuir de otro modo a la sociedad, así como tomar decisiones fundamentadas y ejercer todos los demás derechos consagrados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Este apoyo puede consistir en una asistencia a la rehabilitación que comprenda el suministro de equipos, la adaptación del domicilio o aprendizajes que permitan vivir de forma independiente. Las personas cuyas actividades están más limitadas pueden requerir de un cuidado de largo plazo para satisfacer sus necesidades básicas y ejercer plenamente sus derechos.

La prestación del cuidado puede incluir lo siguiente:

- servicios de atención a domicilio que proporcionen apoyo en tareas domésticas como limpieza y compras;
- servicios de enfermería a domicilio para satisfacer necesidades médicas básicas y de autocuidado;
- suministro de equipos auxiliares para personas con discapacidad, adaptación de la vivienda o aprendizaje para una mayor autonomía;
- centros de día;
- servicios de relevo y asistencia (*respite care*) para el descanso de la familia y otros cuidadores;
- cuidado dentro de un entorno institucional especializado o instalaciones de vivienda asistida.

En la bibliografía se define la vida independiente de distintas maneras. Sin embargo, la Comisión de Derechos de las Personas con Discapacidad del Reino Unido (DRC) la identifica con una situación en que las personas con discapacidad tengan las mismas posibilidades de elección, control y libertad que cualquier otro ciudadano, en casa, en el trabajo y como miembros de la comunidad. Esta definición de vida independiente no implica que las personas con discapacidad realicen todas las actividades por sí mismas. Se trata, más bien, de asegurar que gocen de los mismos derechos y libertades esenciales para dirigir su vida del modo que deseen, tomando decisiones sobre dónde y con quién quieren vivir y determinando las actividades con que les gustaría participar en la sociedad. Para que las personas con discapacidad puedan vivir una vida independiente es preciso que se cumplan

estos requisitos y que se presten apoyo y servicios como medios para alcanzar ese objetivo, no como fines en sí mismos. La promoción del respeto de los derechos humanos fundamentales, la igualdad y la dignidad, la vida familiar y la vida privada se encuentra en el núcleo de la vida independiente (DRC, 2006).

a) Cuidado proporcionado por familiares: casos en el Caribe

En Guyana, un estudio realizado en 2005 a partir de una muestra de 1.500 personas con discapacidad reveló diferentes impactos sobre las familias que cuidan de uno de sus miembros con discapacidad. La responsabilidad tiende recaer en gran medida (en el 63% de los hogares) en uno de los familiares, lo que a menudo significa que el cuidador principal está fuera del mercado laboral: un 50% de los cuidadores encuestados no eran empleados y el 11% se habían visto obligados a abandonar el trabajo para poder proporcionar cuidados. En consecuencia, los hogares en que hay personas con discapacidad tienen más probabilidades de experimentar dificultades financieras. De hecho, el 79% de las familias indicaron que se encontraban en esa situación. Con la reducción de los ingresos familiares resulta más difícil satisfacer gastos adicionales asociados a la discapacidad, como los de tratamientos médicos y medicinas, transporte, equipo especializado y productos dietéticos. Por lo tanto, el impacto de la prestación de cuidado perpetúa el círculo vicioso de la pobreza y la discapacidad.

En ocasiones también se recopilan datos sobre personas con discapacidades a través de las encuestas sobre condiciones de vida. No obstante, los resultados deben interpretarse con precaución, debido al reducido número de personas con discapacidad incluidas en las muestras. Las encuestas realizadas en las Islas Vírgenes Británicas¹² y Anguila¹³ revelaron que los hogares en que había al menos una persona con discapacidad tenían más probabilidades de encontrarse en una situación de pobreza o en el nivel de ingreso inferior. En cambio, en Trinidad y Tabago las personas con discapacidad se encontraban distribuidas en distintos niveles de ingreso.

Varios grupos de discusión estudiaron en Guyana el impacto emocional del cuidado de una persona con discapacidad. Los cuidadores principales señalaron problemas de estrés, ansiedad y preocupaciones por cuestiones financieras. Una red de apoyo ampliada, a menudo compuesta por miembros de la familia y amigos cercanos, era vital para ayudar al cuidador principal; sin

¹² Véase Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas y el Banco de Desarrollo del Caribe, *Evaluación de la pobreza del país*, volúmenes 1 y 2, 2003.

¹³ Evaluación de la pobreza del país, Gobierno de Anguila/Banco de Desarrollo del Caribe (2002).

esa red aumentaban las probabilidades de sufrir estrés y ansiedad. Las familias necesitaban apoyo y asistencia para identificar y tener acceso a un tratamiento, educación, información y apoyo para la persona con discapacidad.

La prestación del cuidado se basa en relaciones personales. Con el fin de ofrecer servicios de atención eficientes y de calidad, los encargados de prestar la asistencia o el cuidado deben contar con el apoyo necesario y con conocimientos y habilidades adecuados.

b) Servicios de cuidado en el hogar

La mayoría de los países latinoamericanos y caribeños han desarrollado algún tipo de sistema —ya sea público o privado— para proporcionar servicios de asistencia domiciliaria a personas mayores y a personas con discapacidad. Esos servicios incluyen ayuda en las compras, la limpieza y la cocina, así como compañía. La organización, cobertura y calidad de estos sistemas varían de un país a otro.

En los siguientes países existe algún mecanismo de prestación estatal de servicios de cuidado a domicilio a personas de edad avanzada y a personas con discapacidad: Antigua y Barbuda, las Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago en el Caribe; la Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) en América Latina.

El Gobierno de Guyana ha puesto en marcha una experiencia piloto en una de las regiones del país, pero no existe ningún plan similar en Santa Lucía ni en Suriname. En los tres países hay proveedores privados de servicios de cuidado a domicilio, aunque debido a su costo difícilmente pueden resultar accesibles a todas las personas que lo necesitan. El Gobierno de Barbados presta servicios para ayudar a las personas con discapacidad, a enfermos crónicos y a adultos mayores que viven solos y reciben poca o ninguna ayuda de parientes o amigos. El sistema GRACE de cuidado asistencial residencial promovido por el Gobierno de Antigua y Barbuda para las personas de edad avanzada, el programa Yes We Care en Dominica y el programa de ayuda domiciliaria Home Help adoptado en San Vicente y las Granadinas brindan servicios similares.

En Jamaica, el programa de atención a domicilio funciona de forma muy limitada y solo está disponible en 4 de 14 parroquias. Da cobertura a apenas 200 personas al año (menos que en algunos países del Caribe mucho más pequeños). Puesto que en cada parroquia solo hay un cuidador a domicilio, el servicio queda limitado forzosamente a las personas con necesidades extremas. En Granada se introdujeron diversas mejoras en el plan de cuidados geriátricos en 2011, como programas de capacitación de personal, aunque el servicio todavía adolece de algunos

problemas, debido en parte a la baja remuneración de los cuidadores. Hay satisfacción general con el programa de atención domiciliaria Home Care en Saint Kitts y Nevis, si bien es necesario ampliar el régimen de cobertura en Nevis. En las Islas Vírgenes Británicas los servicios para las personas con discapacidad incluyen asistencia para una vida independiente y atención residencial. Sin embargo, la demanda de estos servicios supera la oferta, especialmente en la ayuda a la vivienda para facilitar una vida independiente.

En la Argentina, el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad presta servicios básicos de atención integral en los hogares, al igual que la Junta de Protección Social de Costa Rica. En Chile, el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), ha iniciado la implementación de un Plan piloto de atención domiciliaria a personas con discapacidad en situación de alta dependencia en tres comunas del Gran Santiago, que permite coordinar prestaciones de servicios y acciones sociales y comunitarias. En el Uruguay, la oferta se concentra en un servicio de asistencia al descanso de los cuidadores parecido a los que se prestan en el Caribe¹⁴. El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONAPDIS) de Venezuela (República Bolivariana de) presta directamente al hogar un servicio de atención integral a las personas con discapacidad y sus familiares por medio de equipos interdisciplinarios.

c) Servicios de enfermería a domicilio

Algunos países ofrecen ahora un nivel básico de atención médica en el hogar como parte de su servicio de asistencia domiciliaria. En Chile, el Ministerio de Salud brinda a las personas con dependencia severa atención domiciliaria a través de un equipo de salud de consultorio. En Colombia, la asistencia domiciliaria en el marco de la atención primaria de salud forma parte del Plan Obligatorio de Salud para los menores de 18 años con discapacidad. En Cuba, el Ministerio del Trabajo integra la rehabilitación y la asistencia a domicilio en su Programa de Empleos para los Discapacitados (PROEMDIS), orientado a todas

¹⁴ Los servicios de asistencia al descanso de los familiares y cuidadores de las personas con discapacidad buscan proveer cortos períodos de alivio en beneficio de su propia salud. En los últimos años, países del Caribe como Barbados, Jamaica y Trinidad y Tabago han empezado a implementar ese tipo de programas inspirados de manera importante en los servicios *Buddies* del Reino Unido orientados a cuidar jóvenes con discapacidad en períodos cortos después de las horas de colegio o durante los fines de semana. Los programas implementados integran además iniciativas de formación adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad y de sus cuidadores (Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago [en línea] www.health.gov.tt; y *Barbados Council for the Disabled*, *The Barbados Advocate Newspaper*, 13 de septiembre de 2012).

las personas con discapacidad que deseen trabajar y se sientan aptas para ser empleadas.

En Barbados el proyecto Community Nursing ofrece servicios tales como vendajes, lectura de la presión sanguínea y pruebas de nivel de azúcar en la sangre, además de consejos sobre nutrición, normas sanitarias y otros aspectos relacionados con la salud. En Dominica, Jamaica y Saint Kitts y Nevis también se ofrecen servicios de enfermería en el ámbito del cuidado. Desde 2009 los profesionales encargados del cuidado en Saint Kitts y Nevis cuentan entre su equipamiento con glucómetros, tiras reactivas, termómetros, manguitos de presión sanguínea y un estetoscopio. Hay algunos servicios privados de este tipo en Santa Lucía y Suriname, entre otros países.

En las Bermudas el 16% de las personas con discapacidad señalaron que habían recibido cuidados de enfermería contratados. De ese grupo, el 46% habían recibido atención pública, el 41% servicios privados y el 13% ambas modalidades¹⁵. La misma proporción de la población total (un 16%) recibió servicios de rehabilitación contratados, de los cuales un 55% fueron públicos, un 36% privados y un 9% de ambos tipos. En Anguila, solo el 7% de las personas con discapacidad recibieron algún tipo de asistencia en especie, en lugar de ayuda financiera.

d) Equipos auxiliares y adaptaciones en el hogar para personas con discapacidad

En la Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y Panamá, las autoridades públicas aseguran la provisión de ayudas técnicas, órtesis y prótesis, ya sea por entrega directa o mediante un financiamiento total o parcial para su adquisición.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Deporte del Estado Plurinacional de Bolivia tiene un programa de acceso a vivienda digna, mientras que el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica otorga recursos económicos para cubrir gastos relacionados con la vivienda para las personas con discapacidad mayores de 18 años en condición de abandono. El Ministerio de Salud Pública de Cuba financia la reparación de viviendas y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda del Ecuador construye, repara o facilita la entrega de bonos de vivienda para las personas con discapacidad, dependiendo de las condiciones críticas identificadas en el programa “Manuela Espejo”.

Los censos de Anguila, Antigua y Barbuda, Granada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía ofrecen estadísticas sobre el uso de equipos auxiliares a las personas con discapacidad. Normalmente, alrededor de un 15% de quienes indican que tienen dificultades de

movilidad utilizan sillas de ruedas, alrededor del 10% usan andadores y entre el 20% y el 35% emplean bastones. Cerca del 1% de las personas con discapacidad utilizan prótesis (miembros o partes del cuerpo artificiales). Por otra parte, un número reducido usan máquinas de escribir en sistema braille o automóviles adaptados. No se dispone de información sobre el empleo de vehículos para la movilidad individual ni de prótesis auditivas.

En Saint Kitts y Nevis, el cuidado y el apoyo para las personas con discapacidad y los problemas de salud mental se prestan a través del Ministerio de Salud. El plan estratégico de salud del país se orienta a una mayor atención a la asistencia geriátrica y a las personas con discapacidad física, así como al tratamiento de enfermedades crónicas y a la salud mental. Aunque el Ministerio de Salud trata de ayudar a las personas con discapacidad a tener una mayor movilidad de forma autónoma, el costo de algunos dispositivos auxiliares modernos impide que se utilicen tanto como cabría esperar.

e) Cuidado en centros especializados

En América Latina, la información disponible sobre la oferta de apoyo por parte del sector público muestra que en varios países el Estado aporta asistencia económica de cuantía variable para apoyar el financiamiento de los servicios de cuidado y de rehabilitación¹⁶. Hay que destacar como referencia varios programas que toman en cuenta las necesidades de apoyo de las personas responsables del cuidado, en reconocimiento de la carga que este implica. Por ejemplo, desde 2006 el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile impulsa una iniciativa de atención a enfermos postrados severos que comprende, entre otras medidas, la prestación de servicios a domicilio, apoyos técnicos y materiales y un plan de “cuidado de la cuidadora”. Por su parte, la Vicepresidencia de la República del Ecuador otorga un bono que equivale a un salario mínimo vital a unas 3.000 personas con discapacidad intelectual o física severa. El monto se entrega al familiar o representante que asuma su cuidado para que pueda dejar de trabajar. Además recibe medicinas, equipos y capacitaciones gratuitas en materia de salud, higiene, rehabilitación, nutrición y autoestima, entre otras ayudas.

En cuanto a las iniciativas no gubernamentales, cabe destacar como ejemplo que podría reproducirse en el ámbito público el programa de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia “Cuidando a los cuidadores”, que se llevó a cabo con 280 personas en Bogotá, a fin de “fortalecer las habilidades de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica”.

¹⁵ Censo de 2010, las Bermudas.

¹⁶ Véase el capítulo VI, donde se detallan los beneficios ofrecidos por los Gobiernos del Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, Honduras, Panamá y el Uruguay.

En el Caribe una pequeña proporción de las personas con discapacidad son atendidas en instituciones residenciales dirigidas o financiadas por los respectivos gobiernos. El internamiento en una institución se produce generalmente cuando la familia no está dispuesta o no es capaz de atender a un pariente que no puede vivir de forma independiente. Normalmente, las instituciones proporcionan a las personas con discapacidad servicios de cuidado de corto y largo plazo y, a veces, atención diurna.

En Jamaica, las enfermerías prestan asistencia de corto y largo plazo a personas indigentes o sin hogar y con discapacidad (PIOJ, 2009a), que normalmente son admitidas en situaciones de extrema vulnerabilidad. Toda persona tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y, en los casos en que se considere que no puede decidir por sí misma, los funcionarios médicos son los responsables de determinar la duración de la estancia y el tipo de institución pertinente para el tratamiento. Estos centros ofrecen cuidado, pero muy poca orientación y escasas opciones de rehabilitación. Varios niños con discapacidades viven en hogares residenciales gestionados por la Agencia de Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud. Estos centros cuentan con muy poco personal y la mayor parte de los encargados carecen de formación para atender a las personas con discapacidades. Como en las enfermerías, se proporciona poca estimulación o rehabilitación.

Dominica Infirmery¹⁷ es una residencia para adultos mayores auspiciada por el Gobierno que ofrece cuidado institucional a ancianos indigentes y enfermos. Atiende a un centenar de residentes, quienes debido a su

avanzada edad o a su discapacidad y falta de ingresos no pueden vivir de forma independiente. Además de la financiación del gobierno, este centro también recibe apoyo de la Iglesia Católica y de organismos donantes de otros países.

Antigua y Barbuda ofrece asistencia residencial a niños con discapacidades, pero solo puede atender a un número limitado debido a la falta de financiamiento y de cuidadores capacitados.

Granada, Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas cuentan con residencias públicas y privadas para adultos mayores, algunas de las cuales admiten a personas con discapacidad. En Saint Kitts y Nevis hay pocas plazas libres en las instalaciones a cargo del Estado y, dado que no toda la población puede permitirse la contratación de servicios privados, hay personas que requieren cuidado pero no tienen acceso. En San Vicente y las Granadinas hay seis hogares residenciales privados; sin embargo, es importante señalar que no se exige ningún tipo de capacitación ni licencia para abrir un hogar y la mayoría de los cuidadores no han recibido la formación necesaria. La oficina gubernamental para las personas mayores de Granada preparó un informe detallado sobre las 11 instituciones residenciales del país para estancias de larga duración. El estudio reveló que algunas se encontraban en un estado de grave deterioro y que carecían de accesorios básicos, pero importantes, como rampas, pasamanos, pulsadores de emergencia y luces nocturnas. También se detectaron problemas relacionados con la nutrición y la atención médica.

3. Autonomía y protección de los derechos sociales

La vida independiente se basa en el principio de inclusión, que está vinculado, además de a la independencia, a la libertad y a la posibilidad de participar en todos los aspectos de la vida en la comunidad. Sin embargo, las personas que tienen alguna discapacidad ven restringidas esa independencia y libertad por barreras sensoriales, físicas e intelectuales. El fundamento de la inclusión consiste en suprimir las barreras que limitan o anulan las posibilidades de elección y de expresión de habilidades (Massiah, 2004).

Las personas con discapacidad requieren distintos tipos de asistencia y apoyo que les faciliten una vida independiente, lo que incluye el respaldo de la familia y la comunidad, servicios de apoyo residencial, sustitución temporal del cuidador e información y asesoramiento,

entre otras ayudas. La necesidad de servicios de apoyo está determinada por diversas circunstancias, como el nivel de funcionamiento individual, las condiciones de salud, la edad y los factores ambientales. Según el *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, hay aspectos fundamentales que determinan la necesidad de servicios de apoyo, como la disponibilidad de dispositivos auxiliares apropiados, la presencia y la voluntad de los miembros de la familia para prestar asistencia y el grado en que el entorno facilita la participación de las personas con discapacidad (OMS, 2011, pág. 139). Estas pueden no necesitar ayuda de otras personas si tienen movilidad y son capaces de desempeñar tareas cotidianas de higiene personal y cuidado, o si cuentan con una silla de ruedas que les permita desenvolverse en su entorno sin asistencia. Por otro lado, alguien que padezca sordera parcial o total puede necesitar un intérprete o quizá solo

¹⁷ Véase [en línea] <http://www.dominicacompanies.com/noneprofit/dominicainfirmery/>.

algún tipo de apoyo a la comunicación, y otras personas con problemas de salud mental o de aprendizaje pueden requerir simplemente de un consejero. Se trata en todos los casos de elementos fundamentales para la promoción de la vida independiente.

Además, la necesidad de apoyo de otras personas se reduce en gran medida cuando existen servicios que facilitan la vida diaria. Por medio de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG), varios países del Caribe proporcionan asistencia formal para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad aumentando su independencia, autoestima y capacidad para ser autosuficientes. Estos servicios tienen el objetivo adicional de promover también una mejor calidad de vida de los cuidadores, reduciendo su nivel de estrés en la prestación diaria de asistencia a familiares.

En Barbados, por ejemplo, existe una unidad administrativa especializada que ofrece una amplia gama de servicios para las personas con discapacidad, incluido un programa de asistencia a la vida diaria. Este comprende, por ejemplo, el suministro de equipos tales como andadores, muletas, bastones, asientos para ducha y extensiones, cojines, asientos elevados y barras de apoyo en inodoros, así como la instalación de rampas para facilitar el acceso a los hogares y el préstamo de sillas del banco de dispositivos de la unidad. También se encargan de la instalación de sistemas de alarma de incendio para personas con discapacidad (Unidad Nacional sobre Discapacidades de Barbados, 2011).

La educación, el empleo y la cobertura de seguridad social para quienes tienen alguna discapacidad deben considerarse en el marco de la gobernanza del cuidado social, en virtud del cual los gobiernos son responsables de la prestación de servicios de calidad a esas personas y deben asumir la responsabilidad de su adecuación. Una buena gobernanza en el contexto del cuidado no solo tiene que orientarse a la responsabilidad, sino también a la calidad. Asimismo, debe incluir prácticas con base empírica para posibilitar mejoras continuas y garantizar los resultados más favorables para las personas con discapacidad (Consejo Municipal de Somerset, 2011).

En este marco, la integración en el sistema escolar y en el mercado laboral indican un cierto grado de autonomía, junto con un desplazamiento de las necesidades de ayuda y apoyo en un marco de mayor independencia. Por una parte, el hecho de asistir o no a la escuela y los niveles de enseñanza logrados contribuyen a la formación de la voluntad, a la racionalidad y al desarrollo de la capacidad de expresión y de decisión sobre la vida propia. En el

mismo contexto, desempeñar una actividad remunerada puede generar empoderamiento y autonomía. Se podría inferir que, a mayor autonomía e independencia funcionales de las personas con discapacidad, mayor capacidad de autocuidado y de defensa de los derechos personales.

a) Acceso a la educación

El acceso a la educación de las personas con discapacidad es un tema de fondo que no se pretende abordar en este breve acápite. Se intenta más bien entretener el aporte de la educación al cuidado de las personas con discapacidad y hacer un sucinto inventario de la oferta de servicios educativos relevantes en la región. Según el exhaustivo estudio de estos servicios en América Latina llevado a cabo en 2009 por Pilar Samaniego de García para el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), todos los países están aplicando un modelo similar de intervención en que funcionan en paralelo y de manera poco estructurada centros de educación especial altamente regulados y programas de integración educativa en centros de enseñanza regulares, mientras se establece una “túmida normativización de la inclusión educativa” (García, 2009).

A pesar de esta falta de claridad, la revisión de la legislación muestra que el derecho a la educación y la atención educativa de las personas con discapacidad están “suficientemente reconocidos y asegurados en términos normativos” en todos los países de América Latina (García, 2009). De ahora en adelante, se trata de entrar en el proceso de educación inclusiva orientado al desarrollo de un plan de estudios común para todos, orientado a la participación y al aprendizaje de todas las personas en condiciones de igualdad. El esquema adjunto de Samaniego de García aclara sin posibilidad de confusión las diferencias entre integración e inclusión educativas:

Mientras que los Gobiernos de la Argentina, Costa Rica, el Ecuador, Honduras, México y la República Dominicana indican que están apoyando simultáneamente el desarrollo de la educación inclusiva y de la educación especial, las autoridades de Chile, Guatemala y el Uruguay están orientando importantes esfuerzos hacia la educación especial. En Chile, el Ministerio de Educación ofrece una variedad de apoyos materiales y capacitación a las escuelas especiales para niños y jóvenes con discapacidad visual, auditiva, mental y motriz, autismo y trastornos específicos del lenguaje. Este apoyo se ofrece en tres modalidades: a través de los establecimientos de educación regular, de las escuelas especiales y de aulas y escuelas hospitalarias. En Guatemala se presta asistencia en escuelas especiales distribuidas por todo el país.

Diagrama V.2

DIFERENCIAS ENTRE INTEGRACIÓN E INCLUSIÓN EDUCATIVAS

Integración	Inclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La inserción es parcial y condicionada. ▪ Se exigen concesiones a los sistemas. ▪ Las personas con discapacidad se adaptan a las necesidades de los sistemas que ya existen en la sociedad, que solo se ajustan. ▪ Se defiende el derecho de las personas con discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La inserción es total e incondicional. ▪ Se exigen rupturas en los sistemas. ▪ La sociedad busca la forma de adaptarse para atender las necesidades de TODAS las personas, con o sin discapacidad. ▪ Se defiende el derecho de TODAS las personas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Pilar Samaniego de García, *Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latinoamérica: análisis de situación*, Colección CERMI.es, N° 39, Madrid, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), Ediciones Cinca, 2009.

Sin embargo en el Uruguay es donde se ha realizado el mayor esfuerzo en esa dirección, mediante una variedad de programas: centros de atención y educación especial para niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años con discapacidad intelectual o motriz; escuelas especiales y talleres protegidos y ocupacionales para niños, niñas y adolescentes de 5 a 15 años con discapacidades motrices, intelectuales, sensoriales o trastornos severos de conducta, y el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica extrahospitalaria para las personas con trastornos psíquicos persistentes. En paralelo se brindan ayudas especiales, tales como servicios de transporte, fonoaudiología, psicomotricidad y psicología para favorecer la permanencia de los menores en el sistema de enseñanza.

Por su parte, todos los Estados del Caribe se han adherido de una manera u otra al concepto de inclusión de alumnos con necesidades educativas especiales, a lo que no ha sido ajena la defensa internacional de la idea de inclusión e igualdad de acceso al sistema educativo para las personas con cualquier categoría de discapacidad¹⁸. Como resultado de la incorporación de ese principio se han aplicado varios modelos.

Muchos Estados caribeños han adoptado medidas especiales para incluir el concepto del movimiento “Educación para Todos”, coordinado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y han emprendido políticas para transformar sus sistemas de educación a fin de garantizar que todos los niños y niñas, incluidos los que tienen discapacidades y necesidades educativas especiales, tengan acceso a la educación. La política de integración en la enseñanza corriente ha enfrentado una serie de desafíos. Uno de los

principales es que el proceso es con frecuencia deficiente porque no se realizan las adaptaciones necesarias en los programas escolares ni en las metodologías de enseñanza y aprendizaje, con lo que las personas con discapacidad quedan en situación de desventaja en el sistema escolar. El hecho de que no se haya producido esta transformación estructural ha resultado ser uno de los principales obstáculos para la aplicación de políticas educativas inclusivas.

A menudo, las escuelas convencionales esperan que los alumnos con discapacidades o necesidades especiales se adapten a métodos de enseñanza rígidos y a planes de estudios mal adaptados. En Santa Lucía, por ejemplo, se identificó el miedo como uno de los principales obstáculos, en la medida en que se puso en evidencia el temor entre directores de escuela a inscribir a niños con discapacidades en el sistema general de educación debido a que percibían que no eran capaces de manejarlos. En los pocos casos en que se inscribe a niños con discapacidades, el entorno no atiende sus necesidades. Así pues, la presencia física de estos menores en la escuela no es un argumento suficiente para que pueda hablarse de un proceso de inclusión.

En cambio, el Gobierno de Barbados ha puesto en marcha un sistema de inclusión plena en que se adapta o modifica el plan de estudios para los alumnos con necesidades especiales, a fin de que puedan participar en el aula en todo momento, o que los alumnos con necesidades especiales participen en el sistema de enseñanza general y reciban también educación especial en pequeños grupos en un centro de recursos especializado en sus necesidades particulares. El Gobierno de Jamaica adoptó una política en virtud de la cual todos los niños, independientemente de las diferencias en cuanto a habilidades, capacidades o antecedentes socioculturales, debían tener igual derecho de acceso a las oportunidades que ofrecía el sistema educativo.

Sin embargo, aun con una política de plena inclusión, para un determinado grupo de población siguen precisándose servicios y programas especializados, lo que incluye, por ejemplo recursos para alumnos con deficiencias visuales, auditivas y con trastornos mentales moderados a profundos. La prestación de estos servicios especializados se considera necesaria para no restar opciones a esos estudiantes, quienes podrían necesitar un apoyo adicional más específico para facilitar su participación en un centro de enseñanza convencional.

Entre los desafíos que se plantean podrían citarse los siguientes: i) la falta de una estructura de apoyo para garantizar una cobertura satisfactoria de las diversas necesidades de los alumnos; ii) la insuficiente comprensión del concepto de educación inclusiva por parte de algunas entidades estatales, y iii) la necesidad de capacitación en materia de necesidades educativas especiales que permita a los directores y al personal docente de las escuelas receptoras

¹⁸ Barbados. Simposio caribeño sobre la educación inclusiva. Oficina Internacional de Educación de la UNESCO, Kingston, 5 a 7 de diciembre de 2007.

tomar decisiones informadas acerca de la enseñanza de los alumnos con necesidades especiales, lo que incluye la elaboración de programas apropiados. Como resultado de esos desafíos, la situación actual es que los niños con discapacidades tienen que adaptarse al entorno de enseñanza, en lugar de que se ajuste este para satisfacer sus necesidades, como postulan las propuestas de inclusión.

Todavía quedan muchos desafíos en cuanto a la inclusión social de las personas que viven con discapacidades. Entre otros obstáculos se encuentran, por ejemplo, la persistencia del estigma y la discriminación de quienes tienen discapacidad, lo que en algunos casos contribuye a la exclusión de algunos niños del sistema escolar.

Recuadro V.3
CAPACITACIÓN DE DOCENTES ESPECIALIZADOS EN EL CARIBE

Hacer efectivo el derecho a la educación de las personas con discapacidad es un proceso integral que requiere que los Estados partes de la Convención adopten las medidas pertinentes para emplear a maestros, con y sin discapacidades, que estén cualificados en lengua de señas o braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad (artículo 24.4).

Las respuestas de los países a las encuestas sobre discapacidad en la región llevadas a cabo por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2010 y 2011 pusieron de relieve la necesidad de una mayor capacitación de los maestros, de materiales de aprendizaje y entornos físicos accesibles, y de tecnologías informáticas de apoyo. Varias organizaciones indicaron que prestaban servicios a alumnos de escuelas

primarias y secundarias con discapacidad visual a fin de facilitar su asistencia a los centros de enseñanza a través de diferentes iniciativas, como una dotación de maestros itinerantes, suministro de materiales en braille y de impresiones de gran tamaño, y programas de capacitación y sensibilización.

A pesar de que en los países del Caribe el número de alumnos con discapacidad es relativamente reducido, la diversidad de discapacidades es amplia. Eso supone un gran desafío para los profesionales de la enseñanza que carecen de los conocimientos necesarios para evaluar y responder a las necesidades de aprendizaje de esos alumnos. Por eso, muchos Estados caribeños han adoptado programas de formación con el fin de aumentar el número de maestros calificados para enseñar a estudiantes con discapacidad. Sin embargo, todavía existe un déficit de especialistas tales como audiólogos, logopedas y fisioterapeutas.

Además de estas medidas, se han aplicado políticas para la capacitación de maestros de educación especial y una

reforma del plan de estudios con el propósito de incorporar el proceso de inclusión y de que se tenga en cuenta la continua evolución del entorno tecnológico. En 1998 se puso en marcha en Jamaica una iniciativa que exige que todos los maestros en formación realicen un módulo de educación especial. El Gobierno de Barbados ha efectuado importantes inversiones financieras en la capacitación de profesores en educación especial, tanto a través de la escuela nacional de formación docente como en el marco de un programa de colaboración con la Universidad Mount Saint Vincent de Halifax (Canadá). Estos cursos van destinados a sensibilizar a todos los profesores sobre el proceso de inclusión y a presentar las estrategias de enseñanza que pueden utilizarse con los estudiantes incluso antes de que se lleve a cabo una evaluación formal. Con el fin de responder adecuadamente a las necesidades específicas de los alumnos, los maestros reciben formación en diferentes ámbitos especiales de aprendizaje.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas a las encuestas acerca de discapacidad en América Latina y el Caribe realizadas por la Comisión en 2010 y 2011.

A pesar de los esfuerzos realizados para proporcionar una educación inclusiva a todos los niños independientemente de sus capacidades, siguen existiendo pequeñas bolsas de exclusión, puesto que algunos grupos de niños con discapacidades físicas y mentales severas a profundas y niños con dificultades emocionales y conductuales permanentes quedan fuera del proceso educativo. Esto se ve agravado por las escasas expectativas que los maestros y la sociedad tienen con respecto a las posibilidades de los niños considerados “lentos”, así como por la escasez de personal capacitado, como terapeutas especializados en trastornos del lenguaje y en discapacidades mentales y físicas¹⁹.

b) Acceso al empleo

En el artículo 27 de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad se pide a los Estados partes que empleen a personas con discapacidad en el sector público y que adopten medidas proactivas para fomentar el empleo en el sector privado. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en las mismas condiciones que el resto de la población, lo que incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Por otra parte, la Convención prohíbe cualquier forma de discriminación en materia de empleo, promueve el acceso a la formación

¹⁹ San Vicente y las Granadinas Simposio caribeño sobre la educación inclusiva. UNESCO, Kingston, 5 a 7 de diciembre de 2007.

profesional y las oportunidades para el empleo por cuenta propia, y pide que se realicen adaptaciones razonables en el lugar de trabajo para las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2006, artículo 27).

Se considera que el trabajo es fundamental para el bienestar de las personas con discapacidad. Sin embargo, la realidad de la región es que estas personas se enfrentan a numerosos obstáculos a la hora de buscar empleo y de conservarlo. Esos obstáculos pueden estar directamente vinculados con la discapacidad, ya sea física, intelectual o sensorial, con un trastorno mental o con una combinación de esos factores. También pueden surgir dificultades relacionadas con el entorno (comunidad o vecindad) y a veces abarcan aspectos sociales, económicos, culturales y políticos.

En respuesta a esta situación, algunos países de América Latina han empezado a implementar programas de apoyo al empleo de las personas con discapacidad. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el Servicio Plurinacional de Empleo, perteneciente a la Dirección General de Empleo, puso en marcha un programa especial destinado a personas con discapacidad que incluye capacitación, orientación laboral e intermediación con empresarios privados y con entidades públicas²⁰.

Por su parte, el Consejo Nacional de Asistencia Social (CNAS) del Gobierno del Brasil impulsó el Programa Nacional de Promoción de Acceso al Mundo del Trabajo, dirigido a personas de 16 a 59 años de edad, que ofrece orientación a ciudadanos con discapacidad y a sus familias para el acceso a cursos de formación profesional y la identificación de las barreras que pueden encontrar para acceder a oportunidades de trabajo²¹.

En Cuba, el Programa de Empleos para los Discapacitados (PROEMDIS) del Ministerio del Trabajo está dirigido a todas las personas con discapacidad que deseen trabajar y se sientan aptas para ser empleadas. Se les ofrece empleos remunerados en huertos organopónicos, centros de formación sociocultural y talleres especiales, además de servicios de rehabilitación y asistencia en el domicilio²².

En una línea similar, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social de México, por medio del Programa Nacional de Trabajo y Capacitación para Personas con Discapacidad, ofrece programas de rehabilitación, capacitación y colocación selectiva que toman en cuenta

las actividades laborales más adecuadas sobre la base de las habilidades, actitudes y aptitudes de las personas con discapacidad²³.

Por su lado, la Dirección de Promoción Laboral para Personas con Discapacidad, del Ministerio de Trabajo del Perú, enfoca su apoyo a la promoción de los derechos laborales de las personas con discapacidad y les brinda servicios gratuitos de asesoría, defensa jurídica, mediación y conciliación, en un marco de no discriminación, equidad e igualdad de oportunidades²⁴. Con el mismo fin, el Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad de la República Bolivariana de Venezuela ha puesto en funcionamiento una consultoría que brinda asesoría y apoyo jurídicos para la defensa y el cumplimiento de los deberes y derechos de las personas con discapacidad, además de organizar talleres de sensibilización dirigidos a las empresas²⁵.

Algunos países del Caribe también han puesto en marcha iniciativas que promueven la inclusión de personas con discapacidades en el lugar de trabajo. Desde 2010, en Barbados el Ministerio de Asistencia Social, Empoderamiento y Desarrollo Comunitario, junto con la Unidad Nacional sobre Discapacidades, proporcionan oportunidades de formación para los jóvenes con discapacidad, con objeto de que desarrollen sus aptitudes empresariales y puedan situarse en una mejor posición para conseguir un empleo remunerado.

En 2008 y 2009, el Gobierno de Jamaica asignó 20 millones de dólares de Jamaica para un proyecto a través del cual se concedían pequeños préstamos a personas con discapacidad que desearan poner en marcha un negocio propio. En virtud de ese proyecto también se reservaba un 5% de todos los empleos del sector público a personas con discapacidad que cumplieran los requisitos. Esto llevó a la creación de un banco nacional de datos sobre personas con discapacidad calificadas, para facilitar la comunicación entre candidatos y posibles empleadores.

El Gobierno también revisó su política de obligar a las personas que resultasen discapacitadas a jubilarse de forma anticipada, y puso en marcha un plan para brindar formación a quienes se encontraran en esa situación para que pudieran conservar sus empleos. El Servicio Nacional de Rehabilitación Profesional, que administra el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social,

²⁰ Véase [en línea] http://www.empleo.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=87.

²¹ Véase [en línea] http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecao_basica/programa_nacional_de_promocao_do_acesso_ao_mundo_do_trabalho_2013_acessuas_trabalho y <http://www.congemmas.org.br/publicacao/904567819088.pdf>.

²² Véase [en línea] http://revolucioncubana.cip.cu/logros/modelo-social-socialista/formacion-de-valores/copy_of_empleo.

²³ Véase [en línea] http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/inclusion_laboral/igualdad_laboral/DGIL_discapacidad_stps.html.

²⁴ Véase [en línea] <http://www.mintra.gob.pe/mostrarResultado.php?id=1198&tip=9>.

²⁵ Véase el Programa de Inclusión Laboral [en línea] <http://www.conapdis.gob.ve/index.php/noticias/1-noticias/568-el-conapdis-y-empresas-privadas-trabajan-juntos-para-la-inclusion-de-personas-con-discapacidad> y el programa de Consultoría jurídica [en línea] <http://www.conapdis.gob.ve/index.php/consultoria-juridica>.

proporciona formación profesional y otras oportunidades de promoción a las personas con discapacidad. También organiza anualmente ferias de empleo y reuniones entre mediadores y representantes del sector privado para alentar a las empresas a que empleen a personas con discapacidad.

Además de estos programas, el Servicio Nacional de la Juventud gestiona un programa de capacitación en tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) para personas con discapacidad en el que se imparten distintos tipos de cursos: procedimientos de seguridad y salud en el trabajo, trabajo eficaz en un entorno tecnológico, comunicación en el lugar de trabajo, interacción con los clientes, uso de computadores personales, acceso a Internet, utilización de dispositivos periféricos y manejo de un paquete de presentación (Tomlinson, 2006).

Son también destacables las iniciativas de diversas organizaciones en Belice para ayudar a empresas que contraten a personas con discapacidad visual. Este apoyo se centra en los procesos de sensibilización, capacitación y adaptación. Por otra parte, en Suriname se impartieron recientemente cursos a instructores laborales para evaluar los intereses y las oportunidades de empleo de las personas con discapacidad a fin de orientarlas hacia un empleo, así como para ofrecer apoyo y asistencia a los empleadores.

c) Acceso a cobertura de seguridad social

En América Latina, de los diez países de los que se ha podido recolectar información sobre programas gubernamentales de pensiones para las personas con discapacidad, el Brasil, Chile, Costa Rica, la República Dominicana y el Uruguay ofrecen beneficios no contributivos cuya concesión es independiente de la actividad laboral. Mientras que Chile y Costa Rica otorgan tanto beneficios contributivos como no contributivos, los demás países (Colombia, El Salvador, Nicaragua, Panamá y el Perú) conceden una asignación familiar, beneficios focalizados y una pensión mínima garantizada a la persona declarada "inválida" y/o a sus hijas e hijos con discapacidad, en la medida en que la persona titular del derecho haya cotizado las semanas requeridas al sistema nacional de seguridad social.

En la Argentina, El Salvador, Nicaragua y el Perú la pensión por discapacidad está dirigida a las hijas e hijos con discapacidad después del fallecimiento de la persona cotizante. En Chile y Costa Rica se concede tanto a las personas declaradas discapacitadas que han contribuido a un sistema de pensiones como a las que no tienen derecho a pensión. En el Brasil, el beneficio focalizado se entrega a las personas con discapacidad o mayores de 65 años, a condición de que el ingreso familiar per cápita no sea superior al 25% del salario mínimo legal. En todos los casos, los montos otorgados son muy acotados, cercanos al salario mínimo o al valor de la pensión mínima de

vejez, con el objetivo de asegurar la subsistencia (véase el cuadro V-A-2 del anexo).

Todos los países del Caribe de habla inglesa cuentan con regímenes de seguridad social o sistemas similares inspirados en el modelo del Reino Unido. Esto supone una mayor accesibilidad a las prestaciones concebidas para las personas que no pueden trabajar debido a alguna discapacidad, al menos por lo que se refiere a los principios en que se basan los sistemas. Entre los Estados-nación del Caribe, solo Suriname no tiene un plan nacional de seguros sociales.

Sin embargo, existen diferencias significativas en la cobertura real de los regímenes, debido en gran parte a las desigualdades existentes entre los distintos territorios del Caribe en cuanto a niveles de empleo formal e informal. Esto se pone de manifiesto en el gráfico V.14, que indica la variación de la cobertura de los sistemas de seguro nacionales. Por lo tanto, si bien estos regímenes pueden compartir muchas similitudes, algunos ofrecen una red de seguridad más amplia que otros.

En todos los Estados del Caribe, con la excepción de Suriname, toda persona asegurada en edad laboral que pase a una situación de discapacidad tiene derecho a una pensión de invalidez con arreglo a su nivel de ingreso, siempre que se considere que no está en condiciones de trabajar. Para tener derecho a esa pensión, el trabajador debe haber cotizado en el sistema durante un período establecido (normalmente de tres años, como mínimo); el monto de la prestación depende en gran medida del tiempo de cotización. Por lo general, con 10 años de aportaciones una persona asegurada que pasara a encontrarse en situación de discapacidad tendría derecho a una pensión del 30% de la base de cotización (un 40% en Barbados y Santa Lucía, un 35% en Guyana y un 25% en Antigua y Barbuda). En muchos casos, la pensión máxima equivale al 60% de la base de cotización (un 50% en Antigua y Barbuda y un 31% en Belice). Sin embargo, los trabajadores deben haber contribuido durante casi 40 años para tener derecho al límite máximo del ingreso asegurado, por lo que muchas pensiones de invalidez corresponden a una tasa más baja.

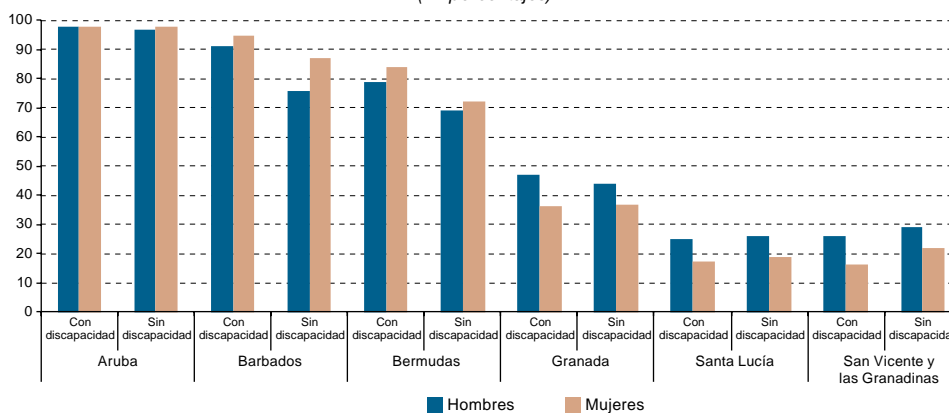
En todos los países excepto Antigua y Barbuda y Suriname, los asegurados que pasen a una situación de discapacidad debido a un accidente laboral o a una enfermedad relacionada con el trabajo también tienen derecho a una prestación por invalidez permanente, que no depende de las aportaciones realizadas por el trabajador, sino de una evaluación del grado de discapacidad. Para una persona a la que se haya evaluado una discapacidad del 100%, el monto de la prestación es al menos tan alto como la pensión máxima de invalidez y a menudo equivale a un mayor porcentaje de la base de cotización del trabajador (un 90% en Barbados, un 75% en Saint Kitts y Nevis y un 70% en Granada, Guyana y San Vicente y las Granadinas). Aparte de

los casos de Saint Kitts y Nevis y Jamaica, las personas que reciben una prestación por invalidez que también requieren cuidados continuados perciben un subsidio adicional para asistencia, cuyo monto está comprendido entre un 50% adicional a la pensión de invalidez (Barbados, Dominica, Granada, San Vicente y las Granadinas) y aproximadamente un 20% adicional (las Bahamas, Belice y Trinidad y Tabago). En Saint Kitts y Nevis pueden reembolsarse los gastos razonables destinados a cuidados.

Los beneficiarios de la prestación por invalidez y por discapacidad pueden seguir percibiendo esas ayudas hasta la edad de la jubilación, en que comienzan a recibir una pensión del Estado.

En algunos países, en función de los medios de vida se ofrece asistencia a las personas con discapacidad no aseguradas (en las Bahamas, Saint Kitts y Nevis y Trinidad y Tabago y, para algunas discapacidades, en Barbados). En otros países, las personas con discapacidad dependen de programas públicos generales de asistencia, en caso de que existan. En algunos países —Antigua y Barbuda, las Bahamas, Barbados, Belice, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago—, las personas mayores con discapacidad que se encuentran en desamparo económico tienen derecho a percibir una pensión no contributiva de vejez.

Gráfico V.14
EL CARIBE (6 PAÍSES): ADULTOS MAYORES (60 AÑOS Y MÁS) CON Y SIN DISCAPACIDAD QUE TIENEN COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Censos de población y vivienda de Aruba (2010), Barbados (2000); las Bermudas (2010); Granada (2001); San Vicente y las Granadinas (2001) y Santa Lucía (2001).

F. Recapitulación

En las páginas precedentes se ha procurado presentar un panorama de las condiciones en que viven las personas con discapacidades en América Latina y el Caribe, sistematizando información censal actualizada que permite, por primera vez, presentar un diagnóstico pormenorizado de la situación en una gran parte de la región. En ese sentido el aporte resulta inédito, si bien persisten problemas de comparabilidad de información entre países debido a que las preguntas censales se basan en criterios distintos sobre el alcance y carácter de las discapacidades. Esto, aparte de dificultar la comparación, pone en evidencia la necesidad de avanzar de manera coordinada y consensuada con el fin de homologar criterios que permitan realizar diagnósticos exhaustivos y unificar la perspectiva regional, además de posibilitar una visión dinámica que recoja los cambios a lo largo del tiempo.

En este capítulo se ha procurado organizar la información relacionada con los diagnósticos y las propuestas de política desde una perspectiva en que se concibe que el problema del cuidado de las personas con discapacidades debe regirse por el valor ético de la autonomía y la independencia. Se trata de una mirada desde la óptica de los derechos humanos, que no pasa por alto las condiciones de dependencia que las distintas discapacidades plantean en la vida de las personas, sino que más bien busca, dentro de esas realidades, una relación de cuidado que potencie al máximo la capacidad de las personas con discapacidades para decidir sobre sus proyectos de vida, para vivir con el máximo de libertad y dignidad posibles y para expresarse sobre sus condiciones y sus demandas de buen trato.

La información recopilada en los países respecto de las distintas modalidades de cuidado es todavía fragmentaria, puesto que no existen fuentes de información exhaustiva e integrada. Para esta primera sistematización nos hemos basado en datos directos facilitados por responsables de los gobiernos y en consultas de la bibliografía y de programas publicitados. Hay mucho por integrar y sistematizar, pero nos parece importante presentar este primer avance respecto de qué se hace —y qué no se hace— en la región en materia de cuidado a personas con discapacidades, así como de las modalidades prevalecientes. En el capítulo siguiente, así como en los anexos de este y el próximo capítulo, se provee información complementaria al respecto.

Por último, la información presentada aquí deja en claro la necesidad de avanzar hacia un mayor reconocimiento del problema y de la situación de las personas con discapacidades. Considerando las discapacidades en toda su amplitud y diversidad, sin duda se trata de un grupo poblacional cuyo peso demográfico es muy relevante y que plantea problemas clave en relación a cómo conjugar la promoción de la igualdad con el derecho y el respeto a la diferencia. Además, desde el punto de vista de la inclusión social el desafío es mayúsculo, pues las personas con discapacidades constituyen un grupo en que están sobrerrepresentados la pobreza, el desempleo, los bajos logros educativos y la discriminación en el trato.

Todos y todas podemos vernos afectados de manera directa por esta situación. Sea porque la vida está siempre expuesta a riesgos exógenos y endógenos susceptibles de generar o exacerbar limitaciones funcionales, o porque en nuestra propia familia puede que tengamos que asumir la responsabilidad del cuidado de una persona con discapacidad o cuyas discapacidades aparecen o se agudizan durante el ciclo de vida. Por eso, solidarizarse con las personas con discapacidades, y plantearse la centralidad del cuidado para brindarles la mejor atención y que disfruten del mayor respeto y autonomía, son tanto mandatos éticos como prácticos.

Bibliografía

- Anguilla, Gobierno/Banco de Desarrollo del Caribe (2002), “Country Poverty Assessment Anguilla”, Draft final report, diciembre.
- Ayuso-Mateos, José y otros (2006), “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica”, *Medicina Clínica*, vol. 126, N° 12 [en línea] http://sid.usal.es/docs/F8/ART13069/clasificacion_internacional_del_funcionamiento.pdf.
- Barbados, Gobierno de (2010), *Barbados Country Assessment of Living Conditions (CALC)*.
- BDC (Banco de Desarrollo del Caribe) (2011), “Barbados Country Assessment of Living Conditions 2010: Second Draft Report on the Participatory Poverty Assessment”.
- Bean, Gerlin y Marigold J. Thorburn (1995), “Mobilising parents of children with disabilities in Jamaica and the English-speaking Caribbean”, *Innovations in Developing Countries for People with Disabilities*, Brian O’Toole y Roy McConkey (eds.).
- Bellanca, Nicolò, Mario Biggeri y Francesca Marchetta (2011), “An extensión of the capability approach: Towards a theory of dis-capability”, *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 5.
- Berman Bieler, Rosangela (2003), “Independent living in Latin America: progress in adapting a “First World” philosophy to the realities of the “Third World””, *Disability World*, N° 21 [en línea] http://www.disabilityworld.org/11-12_03/il/latinamerica.shtml.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (2004), *Social Inclusion and Economic Development in Latin America*, Mayra Buvinic, Jacqueline Mazza y Ruthanne Deutsch (eds.), Washington, D.C.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2011), “Recomendaciones para los censos de la década de 2010 en América Latina”, *serie Manuales*, N° 72 (LC/L.3364), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), “Proyecto de informe de la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, San José, 8 a 11 de mayo de 2012 (DDR/5), Santiago de Chile [en línea] <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/0/46070/CEPD-DDR5.pdf>.
- (2011), “An analysis of the status of implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the Caribbean” (LC/CAR/L.280/Rev.1), Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- Comisión Nacional de la Discapacidad de Guyana (2005), *Raising the Profile of Disability in Guyana: An Agenda for Action*, Georgetown.
- Consejo Municipal de Somerset (2011), *Social Care Governance: A Workbook based on Practice in England*, Social Care Institute for Excellence [en línea] www.scie.org.uk.
- DFID (Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido) (2000), *Disability, Poverty and Development*, Londres.
- DRC (Comisión de Derechos de las Personas con Discapacidad del Reino Unido) (2006), “The Disability Debate: Independent Living”, *Discussion Paper*, Londres.
- Dubuc, Nicole y otros (2011), “Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrate services delivery make a difference?”, *BMC Geriatrics* [en línea] <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/67>.
- FEMUCADI (Federación de Mujeres con Capacidades Diferentes) (2011), “La discapacidad en Nicaragua: una realidad”, *Información sobre la Acción*, N° 6, Managua http://www.cawn.org/assets/toolkit_FEMUCADI%20doc.pdf.
- FIAP (Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones) (2006), Programas de pensiones no contributivas en países FIAP. Parte I: América Latina, *serie Regulaciones Comparadas*, Santiago de Chile, mayo [en línea] http://www.fiap.cl/prontus_fiap/site/artic/20110508/asocfile/20110508205321/src_pensiones_no_contributivas_en_paises_fiap_parte_i_latam__vers__08_05_11_.pdf.
- Flores-Castillo, Atenea (2012), “Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención domiciliaria”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 112 (LC/L.3417), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- FONADIS (Fondo Nacional de la Discapacidad de Chile) (2005), *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad: ENDISC-CHILE 2004*, Parte 3: Resultados, Santiago de Chile.
- García, Pilar Samaniego de (2009), *Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latino América: Análisis de situación*, Colección CERMI.es, N° 39, Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI), Madrid, Ediciones Cinca.

- Gayle, Annicia y Derrick Palmer (2005), "The activism of persons with disabilities in Jamaica: an evaluation of the impact, in social and economic studies, SALISES, vol. 54, N° 4, Universidad de las Indias Occidentales (UWI), diciembre.
- Global Child Development Group (2010), "Taking Care: Roving Caregivers Programme", *Strategy Brief*, Mona Campus, Universidad de las Indias Occidentales (UWI).
- Gobierno de Anguila/Banco de Desarrollo del Caribe (2002), *Country Poverty Assessment: Anguilla, Draft final report, vol. 1 of 2: Main Report*, Halcrow Group Limited, diciembre.
- Houser, Ari y Kathleen Ujvari (2012), "The State of Measurement of Respite Care", AARP Public Policy Institute [en línea] http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/ltc/2012/respite-care-insight-on-the-issues-july-2012-AARP-ppi-ltc-pdf.pdf.
- Hugues, Karen y otros (2012a), "Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies", *The Lancet*, 28 de febrero [en línea] [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60077-4/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60077-4/fulltext#article_upsell).
- (2012b), "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies", *The Lancet*, 12 de julio [en línea] [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60692-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60692-8/abstract).
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Argentina) (2004), "Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003. Complementaria al Censo de 2001", *Revista Informativa del Censo 2001*, N° 14, diciembre [en línea] <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/2/Aqui14.pdf>.
- INE (Instituto Nacional de Estadísticas del Uruguay) (2004), *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Informe final*, Montevideo, diciembre.
- IWGIA (Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas) (2011), "Pueblos indígenas en Brasil" [en línea] <http://www.iwgia.org/regiones/latin-america/brasil->
- Kairi Consultants Ltd. (2007), *Análisis del Estudio de las condiciones de vida en Trinidad y Tabago*.
- Marco, Flavia (2012), "La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas", *serie Mujer y Desarrollo*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en prensa.
- Massiah, Ernest (2004), "Disability and inclusion: data collection, education, transportation and urban development", *Social Inclusion and Economic Development in Latin America*, Mayra Buvinic, Jacqueline Mazza y Ruthanne Deutsch (eds.), Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Massie, Bert (2006), *Achieving Equality and Social Justice – a Future Without Disability*, Disability Rights Commission, Londres.
- Morris, Jenny (2001), "Impairment and disability: constructing an ethics of care that promotes human rights", *Hypatia*, vol. 16, N° 4.
- Naciones Unidas (2006), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Nueva York.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2011), *Informe Mundial sobre la Discapacidad*, Ginebra [en línea] http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html.
- (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Ginebra [en línea] http://www.disabilitaincife.it/documenti/ICF_18.pdf.
- Panamá, Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (2006), *Estudio sobre la prevalencia y la caracterización de la discapacidad en la República de Panamá. Informe final*, GEMAS, Panamá, octubre [en línea] <http://www.enlaceacademico.org/uploads/media/informe-pendis.pdf>.
- Parminder, Raina y otros (2004), "Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice", *BMC Pediatrics*, vol. 4 N° 1.
- PIOJ (Instituto de Planificación de Jamaica) (2012), *Economic and Social Survey of Jamaica 2010*, Kingston.
- (2009a), "Vision 2030 Jamaica: National Development Plan. Persons with Disabilities Draft Sector Plan", junio [en línea] [http://www.jis.gov.jm/pdf/Vision-2030-Jamaica-Draft-Integrated-National-Development-Plan\(January2009\).pdf](http://www.jis.gov.jm/pdf/Vision-2030-Jamaica-Draft-Integrated-National-Development-Plan(January2009).pdf).
- (2009b), *Economic and Social Survey of Jamaica 2008*, Kingston.
- (2008), *Economic and Social Survey of Jamaica 2007*, Kingston.
- RIADIS (Red Latinoamericana de Organizaciones no Gubernamentales de Personas con Discapacidad y sus Familias) (2009), *RIADIS en Acción*, N° 8, septiembre [en línea] <http://www.riadis.net/en-accion-8/pobreza-asociada-con-discapacidad-crece/>.
- Sanhueza Parra, Marcela (2005), "Aplicación de un programa de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores", tesis para optar al grado de magister en enfermería, Universidad de Concepción (Chile), Biblioteca LasCasas [en línea] <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0143.pdf>.
- Schkolnik, Susana (2010), "América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas", *Los censos de 2010 y la salud, serie Seminarios y Conferencias*, N° 59 (LC/L.3253-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sen, Amartya (1985), *Commodities and Capabilities*, Oxford, Oxford University Press.

- Smart, Julie F. (2009), "The power of models of disability", *Journal of Rehabilitation*, vol. 75, Nº 2.
- STATIN (Instituto de Estadística de Jamaica) (2009), Population Census 2001 and Ministry of Labour and Social Security, National Policy on Persons with Disabilities.
- (1999), Population Census 2001 and Ministry of Labour and Social Security, National Policy on Persons with Disabilities.
- (2001), *Jamaica Survey of Living Conditions*, The Planning Institute of Jamaica.
- Thorburn, Marigold J. (1999), "The Role of the Family: Disability and Rehabilitation in Rural Jamaica", *The Lancet*, vol.354, 28 de agosto.
- Tomlinson, Omar (2006), "ICT Training Available for Persons with Disabilities", Government of Jamaica Information Service [en línea] http://www.jis.gov.jm/commerce_science/html/20060612T100000-0500_9081_JIS_ICT_TRAINING_AVAILABLE_FOR_PERSONS_WITH_DISABILITIES.asp [fecha de consulta: noviembre de 2009].
- Trani, Jean-François y otros (2011), "Disabilities through the capability approach lens: implications for public policies", *ALTER, European Journal of Disability Research*, vol. 5.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2005), *Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All*.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2007), *Situation Analysis of Children and Women: in Antigua and Barbuda, Barbados, the British Virgin Island, The Commonwealth of Dominica, Grenada, Montserrat, St. Lucia, St. Kitts and Nevis, St. Vincent and the Grenadines and the Turks and Caicos Islands*, Lorraine Blank, Oficina del UNICEF para Barbados y el Caribe Oriental.
- Unidad Nacional sobre Discapacidades de Barbados (2011), *Report of the National Disabilities Unit for the Period January 01 to December 31, 2011*, Ministry of Social Care, Constituency Empowerment and Community Development.
- WomenWatch (2012), "Women with disabilities", Information and Resources on Gender Equality and Empowerment of Women [en línea] <http://www.un.org/womenwatch/enable/>.

Anexo

Cuadro V.A-1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, SEGÚN PAÍSES, 2000-2011
(En número de personas y porcentaje)

	Año	Población con discapacidad	Población total	Proporción
América Latina				
Argentina	2002/2003	2 176 123	30 757 628	7,1
Brasil	2011	45 606 048	190 755 799	23,9
Chile	2004	2 068 072	15 998 873	12,9
Colombia	2005	2 624 898	41 468 384	6,3
Costa Rica	2011	452 849	4 301 712	10,5
Cuba	2003	366 864	11 258 086	3,3
Ecuador	2010	816 156	14 483 499	5,6
El Salvador	2007	235 302	5 744 113	4,1
Guatemala	2005	426 821	12 643 156	3,4
Haití	2003	124 534	8 373 750	1,5
Honduras	2002	177 516	6 697 916	2,7
México	2010	5 739 270	111 960 139	5,1
Nicaragua ^a	2003	461 000	5 267 715	8,8
Panamá	2010	263 922	3 405 813	7,7
Paraguay	2002	51 146	5 163 198	1,0
Perú	2006	2 422 515	27 219 264	8,9
República Dominicana	2002	358 341	8 562 541	4,2
Uruguay	2011	517 771	3 285 877	15,8
Venezuela (República Bolivariana de)	2001	907 694	23 054 210	3,9
Total de América Latina		65 796 842	530 401 673	12,4
El Caribe				
Antigua y Barbuda	2001	3 918	76 886	5,1
Aruba	2010	6 954	101 484	6,9
Bahamas	2010	10 138	351 461	2,9
Barbados	2000	9 993	250 010	4,0
Belice	2000	13 774	232 111	5,9
Bermudas	2010	3 174	64 237	4,9
Granada	2001	4 500	103 138	4,4
Guyana	2002	48 419	751 216	6,4
Islas Caimán	2010	2 475	53 834	4,6
Jamaica	2001	163 206	2 607 632	6,3
Montserrat	2011	272	4 775	5,7
San Vicente y las Granadinas	2001	4 717	106 253	4,4
Santa Lucía	2001	7 718	156 734	4,9
Trinidad y Tabago	2000	45 496	1 114 772	4,1
Total del Caribe		324 754	5 974 543	5,4
Total regional		66 121 596	536 376 216	12,3

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Argentina: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Brasil: Censo de Población 2010; Chile: Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2004; Colombia: Censo General 2005; Costa Rica: Censo de Población y Vivienda 2011; Cuba: Estudio Psicopedagógico, social y clínico-genético de personas con discapacidades, 2003; Ecuador: Censo de Población y Vivienda 2010; El Salvador: VI Censo de Población y Vivienda 2007; Guatemala: Encuesta Nacional de Discapacidad - ENDISC 2005; Haití: Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003; Honduras: XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002; México: Censo de Población y Vivienda 2010, según cuestionario ampliado por muestreo; Nicaragua: Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS), 2003; Panamá: Censo de Población 2010; Paraguay: Censo Nacional de Población y Viviendas 2002; Perú: Encuesta Nacional Continua (ENCO) 2006; República Dominicana: VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002; Uruguay: Censo de Población y Vivienda 2011; República Bolivariana de Venezuela: Censo de Población y Vivienda 2001. **El Caribe:** Censos de población y vivienda de Antigua y Barbuda (2001), Aruba (2010), las Bahamas (2010), Barbados (2000), Belice (2000), las Bermudas (2010), las Islas Caimán (2010), Granada (2001), Guyana (2002), Jamaica (2001), Montserrat (2011), San Vicente y las Granadinas (2001), Santa Lucía (2001) y Trinidad y Tabago (2000).

^a Población a partir de 6 años.

Cuadro V.A-2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE PENSIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

A. América Latina

País	Nombre del programa	Institución responsable	Beneficiarios	Beneficios
Argentina	Pensión para hijos discapacitados	Comisión Nacional de Pensiones	Hijos e hijas discapacitados de cotizantes, independientemente de la edad.	Reciben la asignación familiar incluso después de cumplir los 18 años.
Brasil	Renda Mensal Vitalicia (RMV)	Instituto Nacional del Seguro Social (INSS)	Personas de 70 años y más y personas con discapacidad que no puedan cuidar de sí mismas ni ser atendidas por su familia.	Beneficio focalizado de 164 dólares de los Estados Unidos después del Examen de Ingreso familiar. Actualmente se pagan solamente los beneficios que fueron otorgados antes de 1995.
	Beneficio de Prestación Continuada (BPC)		Ser discapacitado o tener 65 años o más. El ingreso familiar per cápita no debe superar el 25% del salario mínimo legal.	Beneficio focalizado de 164 dólares de los Estados Unidos en reemplazo de la RMV, a partir de 1996.
Chile	Pensión Mínima Garantizada por el Estado (PMGE)	AFP, compañías de seguros, Superintendencia de Pensiones y Tesorería General de la República	Persona declarada inválida que ha contribuido durante un período determinado por el Instituto de Previsión Social en el sistema de AFP.	Pensión mínima garantizada. Siendo ya titular de una pensión, la suma de estas no debe exceder dos veces el monto de la pensión mínima correspondiente.
	Pensión Básica Solidaria (PBS) de Invalidez	Instituto de Previsión Social	Las personas declaradas inválidas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional.	Se percibe dicho beneficio hasta el último día del mes en que cumple 65 años de edad. Se accede luego a la Pensión Básica Solidaria de Vejez que entrega los mismos montos y reajustes.
	Aporte Previsional Solidario de Invalidez		Todas aquellas personas que hayan sido calificadas como inválidas y que, habiendo contribuido a un sistema de pensiones financian una pensión inferior a una PBS de vejez.	Aporte monetario mensual, de cargo fiscal. Es la diferencia entre la PBS de invalidez y la pensión básica de la persona inválida.
Colombia	Pensiones para hijos discapacitados	Sistema de Pensiones	La madre trabajadora cuyo hijo tenga una discapacidad física o mental, debidamente calificada y en tanto permanezca en ese estado y continúe como dependiente de la madre. Según la sentencia de la Corte Constitucional C-989 de 2006, el derecho se hace extensivo también a los padres cabeza de familia que tengan hijos discapacitados económicamente dependientes, de modo que podrán recibir una pensión especial de vejez a cualquier edad, siempre que hayan cotizado al Sistema General de Pensiones el mínimo de semanas exigido en el régimen de prima media para acceder a la pensión de vejez. Este beneficio se suspenderá si el trabajador o la trabajadora se reincorpora a la fuerza laboral. Si la madre ha fallecido y el padre tiene la patria potestad del menor inválido, podrá percibir la pensión según los requisitos y condiciones que disponga la ley.	El hijo o la hija discapacitados recibirán la pensión de los padres que hayan cotizado las semanas requeridas si son sus dependientes.
	Pensión mínima	AFP y Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Ser declarado inválido y haber cotizado por lo menos 26 semanas en el momento de producirse la situación de invalidez o, si se ha dejado de cotizar, por lo menos en el año inmediatamente anterior.	Beneficio universal que se otorga a las personas que no han logrado ahorrar el capital necesario para alcanzar la pensión mínima, fijada en un monto mensual igual al 100% del salario mínimo legal mensual vigente.
	Programa de Subsidio de Aporte a Pensión	Consortio Prosperar Hoy	Trabajadores discapacitados de 20 a 65 años.	Beneficio focalizado: un 95% del total del aporte hasta 480 semanas sin régimen de transición u 800 semanas con régimen de transición.
Costa Rica	Régimen no Contributivo de Pensiones por Monto Básico (RNC)	División de Pensiones de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)	Personas declaradas inválidas —que hayan perdido el 66% o más de su capacidad de generar ingresos— por parte de la Dirección de Calificación de Estado de Invalidez de la Gerencia de la División de Pensiones.	Beneficio focalizado de asistencia social cuyo objetivo es proporcionar auxilio económico.
	Pensión Mínima del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte		Personas declaradas inválidas por la Comisión Clasificadora del Estado de Invalidez y haber contribuido con un cierto número de cotizaciones de acuerdo con la edad según la ley.	Beneficio universal que permite al pensionado aspirar a un nivel de vida acorde con los indicadores mínimos de subsistencia.

Cuadro VA-2 (continuación)

País	Nombre del programa	Institución responsable	Beneficiarios	Beneficios
El Salvador	Pensión vitalicia de orfandad a hijos de cotizantes que tengan discapacidad	Sistema de Ahorro para Pensiones	Hijos de cotizantes que tengan discapacidad de según la ley.	Pensión vitalicia de orfandad a hijos de cotizantes que tengan discapacidad según la ley.
Nicaragua	Pensión mínima de invalidez	Sistema de Pensiones	Personas declaradas inválidas por la Comisión Calificadora de Invalidez que registren un mínimo de cotizaciones y no perciban ingresos, incluida la pensión, cuyo monto sea igual o superior al salario mínimo vigente.	Entrega del monto de la pensión mínima que establece anualmente el Ministerio de Hacienda en la Ley de Presupuesto General del Estado.
Panamá	Pensión para hijos con invalidez	Sistema de Pensiones	Hijos e hijas inválidos de cotizantes.	Tendrá derecho a una pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de 15 años o inválidos de cualquier edad cuando mueran el padre o la madre asegurados, equivalente al 25% de la pensión que perciba por invalidez total si hubiere cumplido el requisito de cotizaciones para tener derecho a ella, sin incluir las asignaciones familiares.
Panamá	Pensión mínima de invalidez	Caja de Seguro Social	Personas declaradas inválidas por la Caja de Seguro Social que registren un mínimo de cotizaciones y estén incapacitadas para procurarse una remuneración equivalente por lo menos a un tercio de la remuneración que percibían habitualmente. El trabajador asegurado puede solicitar además asignaciones familiares para su esposa o compañera y para cada hijo menor de 18 años, excepto si la suma que recibe de la Caja de Seguro Social es mayor que el salario promedio base mensual.	La pensión se calcula de la misma manera que la pensión de vejez para el asegurado que sea declarado inválido y tenga 36 cuotas cotizadas a la Caja de Seguro Social (60% del salario base). El asegurado que es declarado inválido por la Comisión Médica Calificadora y no reúne los requisitos de 36 cuotas podrá pedir indemnización de invalidez. La pensión mínima es de 175 balboas mensuales y la máxima de 1,000 balboas.
Perú	Subsidios económicos	Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)	Personas con discapacidad en situación de pobreza.	Asignación económica mensual que contribuye a sufragar gastos de prioridad en las áreas de salud y educación y otorgar un subsidio económico de 50 balboas mensuales por un período establecido.
Perú	Pensión para hijos con invalidez	Sistema de Pensiones	Hijos inválidos de cotizantes.	Tienen derecho a esta pensión los hijos de un pensionista fallecido que cumplan los siguientes requisitos: menores de 18 años; menores de 21 años siempre y cuando continúen estudiando, e hijos inválidos mayores de 18 años. El monto máximo que se concede es igual al 20% de la pensión de invalidez o jubilación que percibía o hubiera podido percibir el trabajador.
República Dominicana	Pensión por discapacidad y discapacidad laboral	Seguridad Social		Pensión por discapacidad y discapacidad laboral.
Uruguay	Programa de Pensiones No Contributivas a la Vejez e Invalidez (PNC)	Banco de Previsión Social	Las personas consideradas inválidas sobre la base de la revisión de 2002 de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (Baremo).	Beneficio económico mensual cercano al monto del salario laboral o de la nacionalidad de las personas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador y Uruguay; Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAP), *Programas de pensiones no contributivas en países FIAP: Parte I: América Latina, serie Regulaciones Comparadas*, Santiago de Chile, mayo de 2011 [en línea] http://www.fiap.org/portal/20110508/assocfile/20110508205321/src_pensiones_no_contributivas_en_paises_fiap_parte_i_latam_vers_08_05_11.pdf; Nicaragua: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social [en línea] http://www.inss.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=16:pensiones&catid=11:prestaciones&Itemid=36; Panamá: Caja de Seguro Social [en línea] <http://www.css.gob.pa/pensioninvalidez.html>; SENADIS [en línea] http://www.senadis.gob.pa/?page_id=769; Perú: Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales (2004), "Los Sistemas de Pensiones en Perú" [en línea] http://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/sistemas_pensiones.pdf; República Dominicana: Respuesta a la encuesta sobre discapacidad por parte del Consejo Nacional sobre Discapacidad (CONADIS), 24 de noviembre de 2011.

Cuadro VA-2 (continuación)

B. El Caribe

País	Nombre del programa	Institución responsable	Beneficiarios	Prestaciones
Antigua y Barbuda	Prestación de invalidez	Junta de la Seguridad Social (Social Security Board)	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre el 25% y el 50% del ingreso, según las aportaciones realizadas.
Las Bahamas	Prestación por invalidez	Junta Nacional de Seguros (National Insurance Board)	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 65 años que no puedan trabajar.	Entre el 30% y el 60% de los ingresos, según las aportaciones realizadas (entre el 15% y el 30% si el período de aportaciones es inferior a 10 años).
Prestación por invalidez y subsidio para asistencia	Asistencia a la invalidez		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 66,6 % del ingreso según el grado de discapacidad. Subsidio para asistencia: un 20 % adicional de la prestación por discapacidad.
Asistencia a la invalidez			Las personas con discapacidad con ingreso bajo o nulo.	200 dólares de los Estados Unidos mensuales.
Barbados	Prestación por invalidez	Sistema nacional de seguros	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre un 40% y un 60% del ingreso, sujeto a aportaciones y a una pensión mínima de 737 dólares de Barbados (368 dólares de los Estados Unidos) mensuales.
Prestación por invalidez y subsidio para asistencia	Asistencia a la invalidez		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 90 % del ingreso según el grado de discapacidad. Subsidio para asistencia: un 50% adicional de la prestación por discapacidad.
Asistencia a la invalidez			Las personas con dificultad para ver, oír y hablar con ingreso bajo o nulo.	598 dólares de Barbados (300 de los Estados Unidos) mensuales.
Belice	Prestación por invalidez	Junta de la Seguridad Social (Social Security Board)	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Un 31% del ingreso base de cotización, sujeto a aportaciones y a una pensión mínima de 204 dólares de Belice (102 dólares de los Estados Unidos) mensuales.
Prestación por invalidez, subsidio para asistencia			Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 60 % del ingreso según el grado de discapacidad. La pensión mínima es de 204 dólares de Belice (102 dólares de los Estados Unidos) mensuales. Subsidio para asistencia: un 25 % adicional de la prestación por discapacidad.
Asistencia a la invalidez			Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre el 30% y el 60% del ingreso, según las aportaciones realizadas.
Prestación por invalidez, subsidio para asistencia			Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 60 % del ingreso según el grado de discapacidad. Subsidio para asistencia: un 50% adicional de la prestación por discapacidad.
Asistencia a la invalidez			Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre el 30% y el 60% del ingreso, según las aportaciones realizadas.
Prestación por invalidez, subsidio para asistencia			Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 70% del ingreso según el grado de discapacidad. Subsidio para asistencia: un 50% adicional de la prestación por discapacidad.
Asistencia a la invalidez			Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre un 30% y un 60% del ingreso, sujeto a aportaciones y a un umbral inferior del 40% del salario mínimo existente.
Prestación por discapacidad			Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales.	Prestación por discapacidad: hasta el 70% del ingreso según el grado de discapacidad.

Cuadro VA-2 (conclusión)

País	Nombre del programa	Institución responsable	Beneficiarios	Prestaciones
Jamaica	Prestación por invalidez	Sistema nacional de seguros	Las personas aseguradas con una discapacidad menores de 60 años (mujeres) o de 65 años (hombres) que no puedan trabajar.	Entre 5.200 y 10.400 dólares de Jamaica (entre 57 y 115 dólares de los Estados Unidos) mensuales dependiendo de las aportaciones realizadas.
	Prestación por discapacidad		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales.	Entre 1.390 y 13.870 dólares de Jamaica (entre 15 y 153 dólares de los Estados Unidos) mensuales según el grado de discapacidad.
Saint Kitts y Nevis	Prestación por invalidez	Junta de la Seguridad Social (<i>Social Security Board</i>)	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 62 años que no puedan trabajar.	Entre un 16% y un 60% del ingreso, sujeto a un mínimo de 400 dólares del Caribe Oriental (148 dólares de los Estados Unidos) mensuales.
	Prestación por discapacidad		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales.	Prestación por discapacidad: hasta el 75 % del ingreso según el grado de discapacidad. Se pueden reembolsar gastos que se consideren razonables como consecuencia de la lesión o enfermedad.
	Asistencia a la invalidez		Las personas menores de 62 años que no estén en condiciones de trabajar y no cuenten con ningún otro medio de apoyo.	250 dólares del Caribe Oriental (unos 93 dólares de los Estados Unidos) mensuales.
San Vicente y las Granadinas	Prestación por invalidez	Servicio Nacional de Seguridad Social (<i>National Insurance Services</i>)	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre un 16% y un 60% del ingreso, sujeto a aportaciones y a un mínimo 303 dólares del Caribe Oriental (112 dólares de los Estados Unidos) mensuales.
	Prestación por invalidez, subsidio para asistencia		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 70% del ingreso según el grado de discapacidad. Subsidio para asistencia: un 50% adicional de la prestación por discapacidad.
Santa Lucía	Prestación de invalidez	Corporación Nacional de Seguros (<i>National Insurance Corporation</i>)	Las personas aseguradas con una discapacidad que no tengan aún la edad de la jubilación (65 años a partir de 2015) que no puedan trabajar.	Entre un 35% y un 60% del ingreso, según las aportaciones.
	Prestación por invalidez		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laboral.	Para una discapacidad del 30% como mínimo, la pensión mensual equivale al 65% del ingreso.
Suriname	No se aplica. Suriname no tiene un sistema nacional de seguros			
Trinidad y Tabago	Prestación por invalidez	Junta Nacional de Seguros (<i>National Insurance Board</i>)	Las personas aseguradas con discapacidad menores de 60 años que no puedan trabajar.	Entre el 30% y el 48% de los ingresos se paga en función de 16 clases de salarios, más un monto de entre el 0,56 % y el 0,71 % del ingreso promedio por cada período de 25 semanas de aportaciones a partir de 750 semanas.
	Prestación por discapacidad, subsidio para asistencia		Las personas aseguradas que sufran discapacidad debido a una enfermedad o un accidente laborales. Las personas que necesiten cuidados constantes también recibirán subsidios para asistencia.	Prestación por discapacidad: hasta el 66,6 % del ingreso según el grado de discapacidad. Subsidio para asistencia: entre un 15% y un 20 % agregado a la prestación por discapacidad.
	Asistencia por discapacidad	Bienestar social	Las personas con discapacidad que no tengan otros medios de apoyo.	Ochocientos ochenta dólares de Trinidad y Tabago (unos 130 dólares de los Estados Unidos) mensuales.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Antigua y Barbuda: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Seguimiento a escala nacional de la Estrategia Regional para la Declaración de Brasilia del Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA)", 2012 [en línea] <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/4/6849/AntiguaBarbuda.pdf>; Antigua and Barbuda Social Security Board [en línea] <http://www.socialsecurity.gov.ag/default.aspx>; Las Bahamas: The National Insurance Board of The Bahamas [en línea] <http://www.nib-bahamas.com/>; Barbados: National Insurance Scheme [en línea] <http://www.nis.gov.bb/>; Belice: The Social Security Board of Belize [en línea] <http://www.socialsecurity.org.bz/>; Dominica: Dominica Social Security [en línea] <http://www.dss.dmy.gov.dm/>; Granada: The National Insurance Scheme [en línea] <http://www.nisgranada.org/>; Guyana: The National Insurance Scheme [en línea] <http://www.nis.org.gy/>; Jamaica: The National Insurance Corporation [en línea] <http://www.nissvc.org/>; Saint Kitts y Nevis: The Social Security Board [en línea] <http://www.socialsecurity.kn/>; Santa Lucía: The National Insurance Corporation [en línea] <http://stlucianc.org/>; San Vicente y las Granadinas: National Insurance Services [en línea] <http://www.nissvg.org/>; Trinidad y Tabago: The National Insurance Board [en línea] <http://www.nibt.net/> [fecha de consulta octubre de 2012].

Capítulo VI

Las políticas del cuidado: situación y desafíos en América Latina y el Caribe

En este capítulo se examina la situación de algunas políticas y programas relativos al cuidado en la región; se proponen las condiciones y contenidos para un pacto social y un pacto fiscal en torno a esta temática, regido por el eje de la igualdad; se plantean los desafíos pendientes para articular sistemas integrados y más igualitarios de cuidado, y se relacionan estos desafíos con ámbitos más generales de los sistemas de protección social y el aseguramiento.

Es importante destacar que el cuidado impregna hoy el debate público en América Latina y el Caribe. Por ejemplo, una consulta reciente a líderes de opinión evidenció que son las familias —y sobre todo las mujeres— las que están principalmente a cargo de las personas dependientes, en tanto que estas responsabilidades deberían ser compartidas y el Estado debería tener una participación más activa en este sentido. Un número importante de los consultados consideró que ciertas instituciones, principalmente públicas y del área social, ya están implementando algunas políticas, aunque resultan insuficientes; el 95% opinó que el presupuesto público debería contribuir a financiar la demanda de cuidado y un 75% respaldó que se establezcan sistemas

mediante los cuales el tiempo de cuidado y el gasto privado actuales en esta materia tengan una contrapartida en el papel del Estado (CEPAL, 2012b).

Por otra parte, la X y XI Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Quito, 2007 y Brasilia, 2010), así como la tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, realizada en mayo de 2012 en San José, constituyen hitos del compromiso gubernamental de impulsar iniciativas para reconocer y valorar el trabajo no remunerado de cuidado, ampliar la cobertura de los servicios, emprender reformas legales y previsionales y asegurar la producción de información oficial sobre el uso del tiempo.

A. Políticas y programas vigentes

Los mayores avances de la región hacia una mayor igualdad en materia de cuidado son de carácter jurídico y normativo, se reflejan en la legislación y en reglamentos e incluso en normas constitucionales¹.

Por otra parte, si bien no se advierten aún cambios sistémicos sustanciales, en algunos países la consolidación de sistemas nacionales o de redes de servicios de cuidado comienza a formar parte de la agenda de políticas².

En otros casos, este tema se integra al debate, con la perspectiva de constituirse en uno de los pilares de la protección social. En varios países, como Costa Rica y el Uruguay, se está ampliando la cobertura de servicios y se dan pasos hacia la organización de sistemas de cuidado (véase el recuadro VI.1). También se están planteando legislaciones para profundizar el derecho a cuidar vinculado a las políticas de conciliación entre la vida familiar y el trabajo, lo que puede fortalecer los derechos laborales³.

La normativa sobre el cuidado tiende todavía a centrarse fundamentalmente en la figura del sujeto de derecho al cuidado, descuidando la perspectiva de los derechos de los sujetos cuidadores, así como el objetivo de igualdad, que significa construir una sociedad en que

laboral respecto de las licencias de maternidad y paternidad también da cuenta de la necesidad de profundizar el reconocimiento del cuidado y la corresponsabilidad como un derecho universal⁴.

El diálogo entre distintos actores no ha estado exento de tensiones y dilemas, que van desde la confrontación de los derechos de las mujeres proveedoras con los derechos de colectivos receptores, sobre todo de la primera infancia. En algunos grupos emerge el rechazo del cuidado entendido como un lazo de dependencia y poder que limita la autonomía de las personas con alguna discapacidad, o se plantean dilemas en la definición del cuidado como parte de un saber experto asociado a la educación y la salud o de una práctica difusa relacional y cotidiana dentro de los hogares (Marco y Rico, 2012)⁵.

¹ En la totalidad de los países latinoamericanos y en la mayoría de los del Caribe se ha consagrado el derecho al cuidado en diversos instrumentos internacionales (la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Convenio N° 156 sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares). También ha sido estipulado en las constituciones políticas de países como Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador y Venezuela (República Bolivariana de) (Pautassi y Rico, 2011).

² Sobre el impacto negativo de la falta de coordinación y las inconsistencias en materia de cuidado, véase el análisis del caso de la República de Corea en Peng (2012).

³ En Chile se presentó un proyecto de ley para sustituir el artículo 203 del Código del Trabajo, que establece que toda empresa con 20 o más trabajadoras mujeres deba pagar sala cuna. En el proyecto de ley de salas cunas se contempla un fondo especial financiado por los empleadores. El empleador pagará las cotizaciones de cada trabajador de su empresa, sea mujer u hombre, tenga niños o no. La ampliación de este beneficio —que hoy solo reciben aquellas mujeres que trabajan en empresas con más de 20 mujeres contratadas— incluirá a todas las trabajadoras dependientes y, en el caso de las independientes, se aplicará cuando estas estén obligadas a cotizar. Además, se aplicará a las mujeres que no trabajan y a las que se encuentren dentro del 60% de la población con menores

ingresos y que son parte del programa Chile Crece Contigo. La actual normativa no permite la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres; estas en su mayoría reciben un salario inferior al de los hombres, tratándose del mismo puesto de trabajo. Por eso, las empresas tienden a contratar a más hombres que mujeres y, cuando lo hacen, les pagan menos. En sintonía con las políticas públicas chilenas típicas de las últimas décadas, que depositan muchas funciones y recursos de la política social en manos de administradores privados, se plantea que este beneficio tenga un administrador central que será elegido por licitación.

⁴ En esta materia, se advierten interesantes inflexiones, como las licencias parentales. Trece países latinoamericanos han establecido licencias por paternidad en caso de nacimiento y muchas veces también en caso de adopción. Varían desde 2 días en la Argentina y el Paraguay y 3 días en Bolivia (Estado Plurinacional de) hasta 14 días en Venezuela (República Bolivariana de) y 15 días en Costa Rica. Colombia, el Perú y Puerto Rico conceden entre 4 y 8 días y el Ecuador 10 días. En Chile, con la nueva ley de posnatal, la madre puede transferir al padre hasta un mes y medio de licencia. En varios países, el lapso se amplía cuando los nacimientos son múltiples o si se presenta alguna enfermedad, y varía según se trate del sector privado o público (Pautassi y Rico, 2011).

⁵ Véase un análisis de los conflictos y tensiones que pueden surgir entre los potenciales objetivos, basado en la literatura internacional, en Sojo (2011). En Tronto (2012) y Williams (2012) se abordan interesantes aspectos de estas tensiones contemporáneas.

Recuadro VI.1
TRAYECTORIAS HACIA SISTEMAS NACIONALES DE CUIDADO

El cuidado como eje de políticas abre una ventana de oportunidad para considerar una nueva arquitectura estatal con mayor coherencia intersectorial, en la que se fortalezca una institucionalidad específica que permita integrar las políticas y los servicios de cuidado, acorde con las singularidades de los países. Se están empezando a desarrollar enfoques sistémicos para estas políticas, de manera que respondan a las necesidades de integración de las mujeres al mercado laboral y de inversión en las personas mediante el cuidado infantil a edad temprana, en la edad adulta avanzada y en circunstancias de discapacidad, que se enmarcan en diversos acuerdos internacionales respecto de los derechos de las mujeres y de los sujetos de cuidado.

En el Uruguay el diseño del sistema está encabezado por un grupo de trabajo en el que participan representantes de los ministerios de desarrollo social, salud pública, trabajo y seguridad social, educación y cultura, y economía y finanzas, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Banco de Previsión Social, la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay y el Instituto Nacional de Estadística. El sistema tiene como objetivo adecuar y promover procesos de cambio en la población (natalidad, envejecimiento), en las familias (división sexual del trabajo, déficit de cuidados) y en el mercado de empleo (aumento de la tasa de actividad femenina, reducción de la tasa femenina de

desempleo y condiciones equitativas para varones y mujeres). Se plantea formular un sistema de cuidados enmarcado en las políticas de la reforma social, que tiene un corte universal basado en la perspectiva de derechos. También se quiere conjugar la creación de servicios con la posibilidad de apoyar a las familias en la contratación de servicios de cuidados a prestar dentro o fuera del hogar.

La descentralización territorial será un eje fundamental para generar servicios de cercanía flexibles, que tengan en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad. La participación de la comunidad, en nuevas formas y aprovechando las ya existentes, será una piedra angular. Por último, se fortalecerá y profesionalizará la tarea del cuidado mediante la capacitación de los cuidadores tanto familiares como formales y considerando las perspectiva de género, generacional y étnico-racial.

En Costa Rica se está planteando la Red Nacional de Cuido para la infancia y la persona adulta mayor, que parte de una expansión de los servicios existentes pero promueve nuevos servicios y modalidades de atención; en lo referente al cuidado de niños, se concentra en ampliar la atención de la población de 0 a 6 años mediante el programa de Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI) en jornada parcial y jornada completa, respectivamente, intentando lograr un mayor involucramiento de las municipalidades y de otros actores

en la prestación, así como una ampliación de los servicios, como los Centros de Cuido y Desarrollo Infantil (CECUDI) a cargo de municipalidades y entes privados. Se ha considerado la necesidad de elaborar una estrategia nacional de cuidado para avanzar hacia una red nacional de cuidado y desarrollo infantil y de la persona adulta mayor, en la que se articulen los recursos y las organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil que brindan servicios dentro de un marco acordado y compartido de objetivos, valores, principios y reglas comunes; de esta manera, se velaría por la pertinencia, integralidad y calidad de las prestaciones. Esto implicará definir claramente las formas de intervención, los componentes de las redes y las modalidades de su interacción, las reglas de operación, la capacidad de regulación y de fiscalización, la coordinación, la definición de jerarquías y funciones, el establecimiento de estándares de calidad de los servicios y la fiscalización, supervisión y regulación a cargo del Estado. Para avanzar en el plano del cuidado y del desarrollo infantil y propiciar una intersección entre las políticas de igualdad de género, las de conciliación entre el trabajo y la familia y las de promoción de los derechos de la niñez y de la persona adulta mayor, se requiere que los componentes de la red se integren y se refuercen recíprocamente, con una visión sensible a las especificidades del entorno local y con capacidad de potenciar y articular la oferta de cuidado a escala territorial y comunal.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Los servicios de cuidado generalmente tienen baja cobertura y, sobre todo, operan en el marco de una débil institucionalidad. Como esta dimensión tradicionalmente no ha constituido un eje de las políticas públicas, los programas que cumplen funciones que le son propias están generalmente subsumidos bajo otras racionalidades⁶. En muchos casos, los programas nacionales que directa o indirectamente aluden a los cuidados están enmarcados en programas de lucha

contra la pobreza o de asistencia social a familias o personas pobres o vulnerables. Muchas veces adoptan la forma de transferencias condicionadas para incentivar el acceso de los niños y, en ocasiones, de las personas adultas mayores a servicios de salud (programas nutricionales, vacunaciones y controles periódicos, entre otros) y educación (y, por esa vía, a comedores escolares). Otros encaran la temática del cuidado a partir de prestaciones relacionadas con la

⁶ El catastro realizado abarca programas en 23 países: Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras,

Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

alimentación y nutrición infantil o de adultos mayores⁷ y un número considerable se vincula a componentes de salud.

En general, los programas de lucha contra la pobreza o de asistencia social que incluyen objetivos asociados a proveer cuidado actúan sobre la familia como unidad de intervención principal, pero sus prestaciones no tienen como objetivo explícito o implícito modificar, reemplazar o complementar funciones específicas de los cuidadores, a partir de algún tipo de oferta pública o en articulación con servicios privados; más aún, muchos programas de transferencias condicionadas refuerzan los papeles tradicionales en el seno de las familias respecto de los cuidados. Las prestaciones relacionadas con el cuidado suelen incentivar la incorporación a redes de programas sociales y sectoriales en los que confluyen servicios educativos, de alimentación y de salud. Por su naturaleza, están focalizados en torno a personas —niños, discapacitados, ancianos— elegibles por su condición de pobreza, que generalmente están insertos en algún otro tipo de prestación primaria principal; es decir que sus diversos componentes están más bien articulados en torno al combate a la pobreza, ya que algunos de los beneficiarios —particularmente los infantes— reciben simultáneamente diversas prestaciones otorgadas por distintos organismos públicos⁸.

Como puede observarse en el cuadro VI.1, para la elaboración de este capítulo se analizaron programas nacionales directamente asociados al cuidado correspondientes a 14 países. De acuerdo con los registros disponibles, la gran mayoría tiene bajo presupuesto o

baja cobertura: en términos presupuestarios, ninguno supera el 1% del PIB; en cuanto a su presupuesto total, solo unos pocos superan los 100 millones de dólares⁹.

Además, la gran mayoría tiene como beneficiarios a los infantes, en segundo lugar a los adultos mayores y en tercer lugar a personas con discapacidad. Los programas de infancia mayormente se orientan a salas cuna y jardines infantiles para niños pobres o vulnerables; las prestaciones más típicas, adicionales a las directamente ligadas al cuidado, están enfocadas a distintas combinaciones de nutrición, salud y educación. Los programas —incluidos los de mayor presupuesto y cobertura— generalmente se ejecutan en centros donde se efectúa la prestación principal de cuidado y se proveen prestaciones complementarias, salvo algunas atenciones específicas de salud de mayor complejidad.

Se detectaron también programas públicos que contemplan atenciones domiciliarias¹⁰ y algunos pocos que reúnen ambos espacios, en cuyo caso la atención en domicilio es de carácter secundario. En varios países¹¹ se han desarrollado distintas combinaciones público-privadas para proveer asistencia domiciliaria a las personas adultas mayores, los enfermos crónicos y las personas con discapacidad. Los servicios son básicos e incluyen generalmente ayuda para el aseo personal, la limpieza de la vivienda, la cocina, las compras y el acompañamiento, y en algunos casos contemplan atención primaria de la salud y servicios de enfermería. La organización, la cobertura y el esquema de estos servicios son muy variados.

⁷ Entre ellos, el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional (Ley 25.724), el programa de Promoción y Asistencia de los Centros de Desarrollo Infantil Comunitario y los centros de jubilados en la Argentina; el Programa 4 a 7 y el Programa Jardín Infantil en Chile; De Cero a Siempre en Colombia; Centros Infantiles del Buen Vivir y Operación Rescate Infantil en el Ecuador; Places of Safety en Jamaica; Centros de Desarrollo Infantil en Nicaragua; los programas nacionales Cuna Más o Wawa Wasi en el Perú; Adolescent Mothers Programme de Trinidad y Tabago, y diversos programas de la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA) del Uruguay. También destacan programas que incluyen componentes más generales de salud como Crecer Bien para Vivir Bien, de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Programa de Apoyo al Recién Nacido de Chile o la Misión Niños y Niñas del Barrio, de Venezuela (República Bolivariana de).

⁸ Un ejemplo de esta articulación lo provee el programa colombiano Red Unidos para la superación de la pobreza extrema (segunda fase del programa Red Juntos), que incluye acceso preferencial a registros de identidad, ofertas de trabajo o de transferencias de ingresos o especies, programas de educación y capacitación, prestaciones preventivas y curativas (de salud y nutrición), beneficios para mejorar la habitabilidad (evitar el hacinamiento, proporcionar saneamiento), atención psicosocial para el fortalecimiento de la familia, acceso a la justicia y conocimiento de los propios derechos, entre otros posibles beneficios complementarios.

⁹ Se trata del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) de la Argentina, el programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa de Chile, De Cero a Siempre de Colombia —que es el programa de mayor presupuesto— y Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, de México.

¹⁰ Por ejemplo, el Programa de Atención Domiciliaria para Población Vulnerable de la Ciudad de México está dirigido a las personas con limitaciones para realizar por sí mismas actividades básicas para su desempeño físico, mental, social y ocupacional, como consecuencia de problemas somáticos, psicológicos o sociales, así como a sus cuidadores primarios, sean o no familiares. Mediante equipos multidisciplinarios integrados por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos, se busca ofrecer atención médico-preventiva de calidad, integral y gratuita para la población que carece de servicios de seguridad social en otras instituciones con el fin de lograr la universalidad de la cobertura en el Distrito Federal, reducir los tiempos de internamiento hospitalario (con la consecuente reducción de los costos, tanto de las instituciones hospitalarias como de las familias), incrementar la autonomía de los pacientes y sus familiares, con el fin de contribuir al desarrollo pleno de sus capacidades y potencialidades, y proveer de medicamentos y material de curación, así como de exámenes de gabinete y laboratorio (Flores Castillo, 2012).

¹¹ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Granada, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Cuadro VI.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): SISTEMATIZACIÓN DE PROGRAMAS CUYO OBJETIVO PRINCIPAL ES EL CUIDADO^a

País	Programa	Beneficiarios				Atención		Componentes adicionales
		Infantes/niños	Adolescentes	Discapacitados	Adultos mayores	Domiciliaria	En centro de atención	
Argentina	Centros de jubilados				X		X	Alimentación y salud
	Programa de Atención Médica Integral (PAMI)				X		X	Salud
	Promoción y protección de los derechos de los adultos mayores				X	X	X	-
	Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios				X	X		-
Chile	Chile Crece Contigo						X	-
	Programa de Apoyo al Recién Nacido	X					X	Salud
	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	X				X		Salud
	Programa 4 a 7	X					X	Alimentación, educación/capacitación
	Programa Jardín Infantil	X					X	Alimentación, educación/capacitación
	Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa			X		X		-
Colombia	Programa Adulto Mayor al Cuidado				X	X		-
	De Cero a Siempre	X					X	Alimentación y salud
Costa Rica	Red de cuidado	X			X		X	Alimentación, salud, educación/capacitación, ocupación
	Programa de Empleo para las Personas con Discapacidad (PROEMDIS)	X		X			X	Salud y ocupación
Ecuador	Operación Rescate Infantil	X					X	Alimentación y salud
	Joaquín Gallegos Lara			X				Salud
Jamaica	Foster Care	X						Educación/capacitación
	Places of Safety	X					X	Alimentación
México	Estancias infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras						X	-
	Centros de Desarrollo Infantil	X					X	Alimentación, salud y educación/capacitación
Paraguay	Programa Abrazo	X					X	-
	Aporte a Lisiados y Veteranos de la Guerra del Chaco				X			Alimentación
Perú	Programa Nacional Cuna Más	X					X	Alimentación, salud y educación/capacitación
	Adolescent Mothers Programme		X					Alimentación
Trinidad y Tabago	Golden Apple				X			-
	Home Help Grant					X		-
	Early Childhood care and Education (ECE)	X					X	Educación/capacitación
Uruguay	Sistema de Cuidados	X					X	Alimentación y salud
	Atención de la Primera Infancia	X				X	X	-
	Programa de Acogimiento Familiar	X				X		-
Venezuela (República Bolivariana de)	Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASO)						X	Alimentación
	Misión Niños y Niñas del Barrio	X			X		X	Salud

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
^a Por la desagregación lograda, en Chile y el Uruguay se presentan el programa principal y sus componentes en renglones separados.

La escasa provisión privada tiene en todos los países un alto costo, al alcance solo de familias de altos ingresos; los servicios públicos tienen una cobertura en general muy limitada y en muchos de los casos son planes piloto que aún no llegan a consolidarse. Por su parte, en varios países el Estado provee asistencia económica de distintos montos para financiar servicios de cuidado y de rehabilitación de personas con discapacidad¹².

Las instituciones filantrópicas y de la sociedad civil cumplen también un papel en los servicios de cuidados. Cabe destacar que un porcentaje menor de adultos mayores y personas con discapacidad de todas las edades acuden a instituciones o residencias públicas o privadas a cargo de la Iglesia o de organizaciones no gubernamentales, donde se les ofrecen cuidados diarios, de corto y largo plazo. En muchos

casos, estas instituciones están destinadas a personas que se encuentran en situación de calle o en extrema vulnerabilidad, y ofrecen abrigo, comida y acompañamiento, pero muy escasos servicios de rehabilitación o estimulación¹³.

Respecto de la atención infantil, en varios países de la región existen programas basados en los servicios de “madres cuidadoras” o “madres comunitarias”, contratadas con aportes públicos y privados para prestar servicio en sus propios hogares. Por su naturaleza, estos servicios están atados a la baja valoración del trabajo del cuidado que estas madres brindan y al hecho de que acceden a ellos estratos socioeconómicos de bajos ingresos (Vásconez, 2012), por lo que generalmente carecen de regulaciones, supervisión y objetivos pedagógicos que promuevan una adecuada estimulación temprana.

B. Fundamento del pacto social en torno al cuidado

En el marco de los pactos sociales para avanzar hacia una mayor igualdad, los principios orientadores de un sistema de cuidados, así como de las políticas que lo sustentan, se construyen sobre la definición del cuidado como un derecho ciudadano (CEPAL, 2007a, págs. 133 a 137; CEPAL, 2010b y CEPAL, 2011).

Este derecho tiene a la igualdad y la universalidad como principios rectores, en el sentido de que todos los miembros de un país tengan igualdad de oportunidades de acceso al cuidado, que se concibe para todas las personas en su condición de titulares de derechos, y no solo para los más pobres. De allí la necesidad de avanzar hacia la universalización progresiva de los cuidados, que debe conformar un pilar de la protección social, articulando enfoques universales con acciones afirmativas y políticas selectivas que permitan igualar el ejercicio de este derecho.

Por su parte, el principio de solidaridad se refiere a la participación en el financiamiento y al acceso al cuidado. La solidaridad se estructura por medio de la tributación y de las contribuciones a la seguridad social, que financian prestaciones y transferencias, apuntando a la progresividad (CEPAL, 2006 y 2007a,

págs. 137 a 146), y tiene además una perspectiva intergeneracional (CEPAL, 2011). Finalmente, el principio de corresponsabilidad establece la necesidad de un nuevo contrato de género, en el entendido de que es indispensable una distribución más equitativa de los roles y los recursos entre mujeres y hombres en el seno de las familias y de la sociedad para lograr una solución igualitaria de las necesidades de cuidado que la región enfrenta (CEPAL, 2010b).

Las necesidades y los recursos con que cuentan las personas varían conforme a su ciclo de vida, y la solidaridad intergeneracional respecto del cuidado posibilita intercambios mutuamente beneficiosos al permitir compartir derechos, responsabilidades y riesgos. La familia y el Estado son las instituciones por excelencia que hacen posible esta forma de solidaridad, y las asociaciones y la comunidad también pueden

¹² Es el caso del Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, Honduras, Panamá y el Uruguay. En el Ecuador en 2010 se impulsó la Misión Joaquín Gallegos Lara, que establece un bono de 240 dólares como una retribución mensual para el familiar o responsable de los cuidados de las personas con discapacidad

intelectual o física severa. Además, reciben medicinas y capacitación en áreas como salud, higiene, rehabilitación, nutrición, derechos y autoestima.

¹³ Sobre el papel del tercer sector en la atención del adulto mayor en Costa Rica, véase Sauma (2011).

promoverla. Dado que los intercambios de tiempo y de dinero entre generaciones funcionan mejor cuando existe un relativo equilibrio demográfico, debe reconocerse que, en diversos grados, la solidaridad intergeneracional está actualmente amenazada y sometida a diversas tensiones concomitantes con el envejecimiento de la población y la provisión informal y formal de cuidado. Las políticas de cuidado repercuten en el equilibrio de responsabilidades entre la familia, la comunidad, el Estado y el mercado (Esping-Andersen, 2009) y deben velar por equilibrar los recursos que se destinan a los diferentes grupos de edad. La política pública afecta las transferencias intergeneracionales de carácter monetario y no monetario (OCDE, 2011c, pág. 5). Este es un aspecto complejo del pacto social en torno al cuidado.

A lo largo del texto se han analizado los objetivos del cuidado, vistos desde la perspectiva de derechos, que es parte fundamental del sentido que adquiere el pacto. También es importante considerar dichos objetivos desde el lugar de los sujetos. En la infancia temprana se sientan las bases del aprendizaje humano, y las experiencias de aprendizaje, las competencias, los conocimientos y las destrezas que se adquieran en esa etapa serán cruciales a lo largo de toda la vida. La apuesta pública debe reducir la dispersión o la polarización de las capacidades cognitivas de las personas y equilibrar metas de desarrollo amplias y metas cognitivas específicas, lo que se relaciona

estrechamente con el establecimiento de centros infantiles de calidad y de servicios preescolares (Sojo, 2011). Otro ámbito tiene relación con los distintos gradientes de dependencia relacionados con eventos fortuitos que generan discapacidades en las personas (de tipo genético, producto de accidentes o de episodios de violencia, entre otros) o con los que encaran las personas adultas mayores al avanzar su proceso de envejecimiento. Las desiguales condiciones socioeconómicas determinan también gradientes de dependencia, ya que a lo largo de la vida las carencias de nutrición, de salud y muchas otras se traducen ulteriormente en mayores grados de dependencia.

Por otra parte, las políticas deben considerar también las consecuencias que la provisión informal de cuidado tiene para sus proveedores, debido a las exigencias que puede plantear para ellos y los efectos en su salud y bienestar (Fernández y Forder, 2012, págs. 347 y 348). Por ello se trata de ampliar también las opciones vitales de las personas encargadas en el seno familiar, aspecto que tiene importantes externalidades. Es así como la inserción laboral de las mujeres repercute favorablemente en el bienestar de las familias, reduciendo la exposición a la pobreza; en la región, por ejemplo, el aporte de las mujeres a la ampliación de la clase media varía entre el 9% y el 3% según los países, con un impacto mayor en los estratos medio y bajo de los sectores medios (Arriagada y Sojo, 2012).

C. Políticas públicas para avanzar en materia de cuidado

A partir del diagnóstico y con el fin de promover el consenso acerca de la responsabilidad social del cuidado, pueden identificarse ámbitos de acción indispensables para avanzar de manera gradual y progresiva. Como se verá, los espacios y mecanismos abarcan un amplio espectro de posibles opciones:

- i) Ampliar la cobertura y la oferta de cuidado, mediante la creación de nuevos servicios y el incremento de la cobertura existente en los tres subsectores: público, privado y comunitario. El Estado debe cumplir un rol creciente en la organización de esta oferta para el cuidado infantil, de adultos mayores y personas con discapacidades.
- ii) Garantizar servicios de calidad para todos, destinando el financiamiento adecuado a las diferentes modalidades de prestación de cuidados, y adoptar las medidas necesarias para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención estableciendo estándares. En el proceso de mejora de la calidad, el Estado tiene el papel de regular y supervisar

- las prestaciones e impulsar la protocolización y la integralidad de los servicios.
- iii) Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los trabajadores con responsabilidades familiares. Para ello se requieren acciones que faciliten la gestión del tiempo, estrategias para compatibilizar el trabajo remunerado con el no remunerado, políticas de tiempo no solo circunscritas a las licencias de maternidad y paternidad, sino también de crianza, y horarios y modalidades de trabajo en los que se tengan en cuenta las responsabilidades familiares de los trabajadores. Estas acciones deberían estar acompañadas de la redefinición de los horarios de atención de los servicios públicos y privados.
 - iv) Ampliar las opciones disponibles e incrementar la libertad de elección de estrategias de cuidado por parte de las familias. Para ello, se requiere también desarrollar y ampliar la infraestructura social que reduce la carga del trabajo doméstico y de cuidado

no remunerado en los hogares, por ejemplo, la provisión de agua potable y saneamiento, electricidad y transporte público.

- v) Fomentar, desde la oferta de servicios públicos de cuidado y la regulación del mercado laboral, empleos de calidad para las personas que trabajan en el sector. Como se vio, es un conglomerado muy heterogéneo. Los trabajadores del cuidado son “necesitados pero subvalorados” (OCDE, 2011b), de manera que la meta de la expansión de los servicios de cuidado y, en última instancia, la creación de sistemas nacionales de cuidado deben incluir el desafío fundamental de comenzar a revertir esta situación y otorgar estímulos para crear empleo de calidad para mujeres y varones, vinculado también con la profesionalización del cuidado. En el recuadro VI.2 se profundiza el análisis en cuanto a la capacitación y formación de cuidadores, rescatando la vasta experiencia internacional en la materia que es pertinente considerar.

Recuadro VI.2

LA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE CUIDADORES

Las necesidades de capacitación y certificación son distintas según el ámbito de cuidado. En general, se distingue entre el ámbito de cuidado infantil y el de cuidado de largo plazo, que se concentra en los adultos mayores (pero también incluye enfermedades crónicas o terminales y personas con alguna discapacidad). Sin embargo, hay problemáticas comunes. Ambos sectores tienen una fuerza de trabajo segmentada, con un grupo profesionalizado (en el área de la educación y de la salud, respectivamente), y un sector no calificado o con niveles de formación muy limitados, pero que suele ser portador de competencias adquiridas — sobre todo por las mujeres — en el proceso de socialización de género y de clase.

Esta segmentación en términos de calificación o formación determina el lugar donde trabajan y el tipo de tareas que realizan. El personal calificado tiende a concentrarse en los lugares institucionalizados de cuidado (jardines infantiles, hogares de reposo), mientras que el personal no calificado se concentra en el cuidado domiciliario. A su vez, el cuidado domiciliario tiende a ser un espacio mucho más desregulado, sin requerimientos sobre la calificación de los cuidadores, y con mayores dificultades de capacitación o entrenamiento. El personal no calificado que trabaja en el sector institucionalizado

tiende a hacerlo bajo la supervisión de personal profesional y realiza tareas más rutinarias y menos especializadas. En este sector tienden a existir mayores requisitos de formación básica, que en algunos países llega a ser de nivel técnico postsecundario.

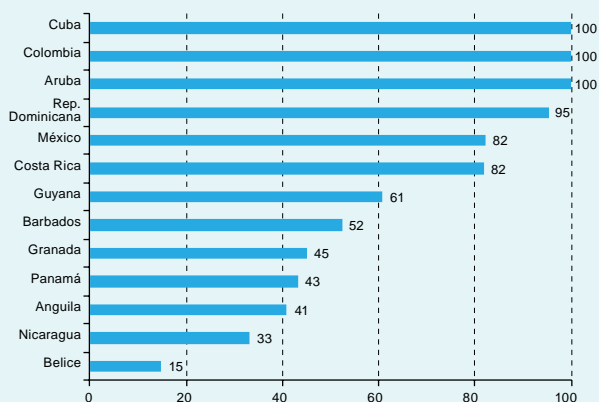
A nivel internacional, para países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en el caso del ámbito de cuidado infantil se distingue entre el cuidado preescolar (de 3 a 6 años de edad) y el cuidado inicial (de 0 a 3 años). El tramo preescolar está más integrado a la formación escolar, tanto en términos curriculares como en relación con los requisitos de calificación de su fuerza de trabajo. Por lo tanto, la discusión se torna más compleja y es más diferenciada de un país a otro en el tramo de cuidado inicial. Las definiciones sobre formación del personal de cuidado dependen de lo que en cada país se entienda por calidad del servicio del cuidado. En algunos países este se relaciona con el sistema educativo y entonces las propuestas se orientan a integrarlo curricularmente, por lo que requiere la formación de cuidadores en el plano docente. En otros, el cuidado inicial se enmarca como un cuidado más familiar o de desarrollo social. Los requisitos de formación y entrenamiento en este sentido son diferentes.

En todo caso, hay consenso sobre que a mayor formación de los cuidadores, mayores son las garantías de calidad del servicio recibido. En países de la región que cuentan con información, se observa que el grado de formación del personal en este ámbito es bastante heterogéneo y que en muchos casos la mayor parte del personal aún no está entrenada para ejercer (véase el gráfico siguiente).

La discusión sobre el tema de cuidados de largo plazo en los países desarrollados se centra en el cuidado del adulto mayor. Se identifican necesidades urgentes de capacitación y profesionalización del área, como forma de aumentar la retención y disminuir la rotación del personal. Las necesidades de capacitación para el personal profesional, formado en el ámbito de la salud y la enfermería, tienen relación con la especificidad del cuidado de ancianos y enfermedades crónicas. Por otra parte, la mayor parte del personal no calificado tiende a integrarse a este ámbito de trabajo después de haber pasado por períodos de inactividad (por ejemplo, mujeres que han sido amas de casa o personas que han pasado por períodos de desempleo), por lo tanto, tienen una alta necesidad de entrenamiento para el trabajo.

Recuadro VI.2 (conclusión)

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (13 PAÍSES): PROFESORES CAPACITADOS EN EDUCACIÓN PREPRIMARIA, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS).

En América Latina existen diversos programas de educación en enfermería en los que se incluye la enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor, abarcando desde el aspecto técnico hasta programas avanzados de especialidad o a nivel de maestría (en este caso destacan el Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, el Perú y el Uruguay). Son pocos los países de la región que integran este tema como curso específico en su currículo de pregrado en enfermería. Según el diagnóstico que realiza la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a nivel regional (OPS, 2012), las principales dificultades para el fortalecimiento de los programas de formación de enfermería

en este ámbito tienen relación con el déficit de campos clínicos adecuados, la escasez de docentes formados para la enseñanza de enfermería en salud del adulto mayor y la escasez de aspirantes que se interesen por el área. La falta de interés tiene relación con distintos factores, entre otros, la debilidad de las políticas laborales tendientes a estimular y retribuir la formación especializada, la alta carga horaria de este tipo de cuidado, la falta de plazas en los hospitales para desempeñar trabajo especializado y la persistencia de una visión negativa de la vejez, como una etapa de difícil cuidado.

La OPS recomienda que la salud del adulto mayor se aborde como una

asignatura específica en la formación de pregrado de enfermería, con contenido teórico y práctico separado de los cursos de salud del adulto. Además, sugiere como prioridades de extensión comunitaria en el ámbito de la salud del adulto mayor la capacitación de los docentes de enfermería, del personal de los servicios y de los cuidadores. Incorporar a los procesos de capacitación a los miembros de servicios de ayuda domiciliar u otro tipo de auxiliar comunitario que preste cuidados de alguna clase a la población adulta mayor permitirá velar por la calidad del servicio y evitar riesgos y consecuencias de daño (OPS, 2012).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de S. Balloch, L. Banks y M. Hill, "Securing quality in the mixed economy of care: difficulties in regulating training", *Social Policy & Society*, vol. 3, N° 4, 2004; J. Bennet, "Benchmarks for early childhood services in OECD countries", *Innocenti Working Papers*, N° 2008-02, 2008; Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA), *Tackling Social and Cultural Inequalities through Early Childhood Education and Care in Europe*, Comisión Europea, 2009; P. Moss, "Training of early childhood education and care staff", *International Journal of Education Research*, vol. 33, 2000; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), "Long term care workers", *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, París, 2011; *Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care*, París, 2011; Strating Strong II. Early Childhood Education and Care, 2006; Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Un buen comienzo: la educación y los educadores de la primera infancia*, Ginebra, 2012; Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor", *serie Recursos Humanos para la Salud*, N° 59, Washington, D.C., 2012; C. Rossel y otros, "Servicios de cuidado infantil: condiciones de calidad y resultados", proyecto Desarrolla, Montevideo, 2010, y M. Urban, *Early Childhood Education in Europe. Achievements, Challenges and Possibilities*, Education International, 2009.

vi) Además de la capacitación, es preciso generar mecanismos de acreditación o certificación de competencias para proteger el ejercicio de los derechos de quienes dan y reciben cuidado. Estudios a nivel nacional e internacional muestran que estos trabajos han sido históricamente desvalorizados por considerarse una tarea que las mujeres hacen de manera natural y para la que no necesitan calificación. El avance de investigaciones que demuestran la importancia de los estímulos y los contenidos pertinentes tanto para el desarrollo intelectual del niño como para la superación o prevención de la discapacidad representa un gran fundamento para la calificación de los cuidadores y

cuidadoras y para crear condiciones laborales que permitan garantizar la calidad del cuidado.

vii) Prestar especial atención a la segregación ocupacional asociada al empleo remunerado en el sector del cuidado, que incide en las brechas salariales y en la fuerte asociación de estas ocupaciones con situaciones de vulnerabilidad y pobreza. La segregación ocupacional por sexo es la muestra más evidente de la desigualdad y desvalorización de los cuidados como tarea remunerada. Es preciso desarrollar políticas para combatir la segregación en estos casos, lo que implica generar los mecanismos para evitar la discriminación al ingreso de las mujeres en otras ocupaciones. Al mismo tiempo,

se debe facilitar el ingreso de nuevos grupos a las ocupaciones del cuidado (Comisión Europea, 2004; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2006) y valorizarlas destacando su contribución clave al bienestar social y a la economía otorgando salarios dignos.

- viii) Avanzar en materia de regulaciones laborales en el campo de los cuidados, lo que —como se vio en el capítulo respectivo— es especialmente urgente en relación con el servicio doméstico. Algunos países, como Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, el Perú y el Uruguay, han comenzado a equiparar parcial o totalmente los derechos de las trabajadoras domésticas con los del resto de los ocupados, estableciendo mecanismos efectivos de contralor y fiscalización de las normas. Esto permite incrementar los aportes a la seguridad del servicio doméstico y convertir este empleo en una puerta de entrada al sistema de protección social para las trabajadoras —que en su mayoría se encuentran en situación de pobreza— y eventualmente sus hijos.
- ix) Reconocer el importante aporte que realizan las mujeres con el cuidado no remunerado por medio de un consenso en materia de protección social y políticas de igualdad y redistributivas. Pueden proporcionarse incentivos fiscales, como exenciones contributivas para las personas empleadas como cuidadoras y reducciones de impuestos por el costo de emplear a un trabajador doméstico, así como establecer sistemas de impuestos progresivos y prestaciones personales, a fin de alentar comportamientos que mejoren el funcionamiento de la economía y de la organización social. La valoración del componente que brindan las mujeres y las familias al sistema de cuidados puede reflejarse en el otorgamiento de transferencias monetarias a hogares con niños o personas adultas mayores o con alguna discapacidad.
- x) Proveer acceso a la seguridad social a quienes se dedican exclusivamente a tareas de cuidado, mediante pensiones universales para la vejez que le permitan en esa etapa de su ciclo de vida alcanzar cierto nivel de bienestar; podría aplicarse un criterio contributivo o no contributivo de acceso al sistema de protección social que, por ejemplo, considere el número de hijos a cargo, o emplearse otra gama de instrumentos pertinentes.
- xi) Considerar si es oportuno y no merma el principio de igualdad la ampliación de la cobertura mediante subsidios para contratar servicios de cuidado en el sector privado, estableciendo distintas formas de financiamiento. A modo de ejemplo, en el caso de los subsidios a la oferta puede otorgarse un monto fijo a organizaciones sociales para adaptar espacios al cuidado infantil; en los subsidios a la demanda, el financiamiento puede basarse en el número de niños atendidos, y pueden brindarse subsidios asistenciales a quienes han aportado a la seguridad social y requieren dedicarse a tareas de cuidado (por ejemplo, de adultos mayores).
- xii) Aumentar el presupuesto público destinado a cuidados, previa identificación y delimitación del porcentaje de gasto público social destinado a este sector. En consonancia, evaluar los presupuestos sectoriales desde la perspectiva del cuidado, incluyendo la rendición de cuentas en este ámbito como mecanismo de seguimiento de las políticas. Es vital desarrollar un sistema de información que alimente las políticas de cuidado, oriente la asignación de recursos y permita avanzar hacia la incorporación del trabajo no remunerado y remunerado de cuidados en el sistema de cuentas nacionales de los países.
- xiii) Avanzar hacia la creación de mecanismos de exigibilidad del derecho al cuidado, en conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por cada país y los derechos incluidos en las constituciones nacionales.

D. El financiamiento del cuidado desde la perspectiva de la protección social y el aseguramiento

El financiamiento de las políticas de cuidado debe estar destinado a que la satisfacción de las necesidades de cuidado de las personas dependientes no esté determinada por la provisión de cuidados informales que se brinda en el seno familiar o por la capacidad individual de pago de servicios, ya que a escala de la sociedad ambos ámbitos evidencian grandes desigualdades.

Por este motivo, como parte del pacto social y fiscal sobre el cuidado, debe plantearse el financiamiento mediante impuestos generales, cuyo impacto redistributivo está claramente determinado por la presión fiscal, la estructura tributaria y el monto y origen de los recursos que se destinen a tal efecto. Pero también es pertinente analizarlo en términos del aseguramiento dentro del marco de los sistemas de protección social, aspirando a que se convierta en uno de sus pilares. Ello representa un cambio profundo de óptica respecto de los principios del Estado de bienestar, ya que originalmente el aseguramiento se concibió en relación únicamente con el trabajo asalariado, y los asuntos de género y familia se tomaban en consideración solo en la medida en que afectaran la oferta de trabajo del proveedor masculino.

La solidaridad del financiamiento redistributivo y la universalidad plasmada en el acceso abierto a los servicios están en el corazón del pacto sobre el cuidado. Ello se fundamenta en la necesidad de diversificar los riesgos asociados y en la aspiración de prestar servicios de creciente calidad. Con una racionalidad análoga a la del aseguramiento en materia de salud (Arrow, 1963 y 2000; Sojo, 2003), es importante prever el aseguramiento del cuidado de largo plazo, dado el carácter fortuito de algunos eventos que pueden exacerbar la dependencia y la imprevisibilidad en cuanto al nivel de dependencia que las personas adultas mayores van a tener que enfrentar, más allá de las medidas preventivas y del autocuidado que puedan haber adoptado a lo largo de su vida para aminorarlo o de las diversas condiciones socioeconómicas de que hayan podido disfrutar. Con respecto al cuidado de los niños, este no es un evento imprevisible sino deseado, relacionado con la necesidad de intervenir en esta fase del desarrollo. En este caso, los riesgos están asociados con el acceso a los servicios, mientras que en el caso de los eventos indeseados, el riesgo es doble: el acontecimiento del evento y la capacidad de encararlo.

La capacidad de pago para acceder a los servicios de cuidado es un factor crítico en el caso de los sectores pobres, pero puede también serlo para los sectores medios, y la gravedad de ciertas situaciones de dependencia de miembros del hogar o propias incluso puede acarrear el empobrecimiento. Por ello no es aconsejable concentrarse solo en los sectores pobres.

En el caso del cuidado, hay que tomar en consideración tanto la probabilidad de necesitar cuidado como la distribución de las diferentes duraciones e intensidades de los episodios en que este se necesite, que son inciertas (Barr, 2010, págs. 6 a 8). También son inciertos los costos que puede acarrear la prestación de cuidado. Esto torna recomendable el financiamiento compulsivo, y la necesidad de diferenciar riesgos involucra incluir gente joven en el aseguramiento (Barr, 2010, pág. 8) como en

el caso del aseguramiento de la salud. Así se expresa la solidaridad intergeneracional y también la nivelación de consumo de las personas a lo largo de su vida mediante el ahorro que representan sus contribuciones efectuadas cuando jóvenes a este sistema de aseguramiento. Por lo tanto, se trata de combinar formas de aseguramiento del cuidado con el acceso a los servicios que fueron esbozados en el punto anterior.

Para que el pacto sobre el cuidado tenga sustento, es muy importante velar por la sostenibilidad del sistema social de cuidados, es decir, por la solvencia financiera de su financiamiento, y de este modo lograr un apoyo político y público. En esos términos, cabe considerar que el sistema puede verse afectado al menos por tres factores: i) la percepción sobre su justeza y valor con respecto a los costos de su financiamiento; ii) aunque sea un término relativo, la capacidad de financiarse, es decir, de estar en relación con la disposición social a pagar por sus beneficios, y iii) la capacidad del sistema de adaptarse a distintas circunstancias para seguir siendo solvente (Fernández y Forder, 2012, págs. 347 y 348).

Dada la incertidumbre respecto de la trayectoria futura de los niveles de dependencia, del requerimiento de apoyos de cuidado de largo plazo, del momento en que estos van a ser necesarios y por cuánto tiempo, y de su costo a precios de mercado, plantear beneficios de carácter universal en este ámbito es una solución eficiente e igualitaria. No obstante, establecer un derecho universal a beneficios de cuidado de largo plazo y a la provisión social de cuidado no imposibilita introducir medidas selectivas específicas para ampliar la gama de servicios o el monto de los beneficios a quienes sufren algunas necesidades muy severas, o bien, en el caso de las personas con menores niveles de dependencia, que se contemplen aportes diferenciados según la capacidad de pago (Colombo y Mercier, 2012, pág. 327).

Entre la gama amplia de temas polémicos que las políticas no podrán soslayar y que forman parte sustancial de un pacto social sobre el cuidado, hay que considerar los siguientes: i) si las personas adultas mayores o con discapacidad deben contribuir al financiamiento en razón del patrimonio que hayan acumulado a lo largo de los años; ii) si las personas que tienen mayor acceso al cuidado informal deben tener menos acceso a cuidados formales, y iii) cómo contribuyen los adultos durante su etapa de vida laboral y la expectativa de acceso a estos servicios en el futuro. En este sentido, cabe tener presente que, debido a los ciclos económicos, la prosperidad puede divergir de una generación a otra a lo largo del tiempo y con ello también puede variar la contribución a los costos de las etapas de dependencia en materia de cuidado y el acceso efectivo a los beneficios que la política

pública establece. También pueden variar las tasas de dependencia demográfica, es decir la relación entre el número de individuos en edades activas e inactivas. Las reformas de las políticas públicas pueden modificar los beneficios y generar conflictos intergeneracionales (Colombo y Mercier, 2012; OCDE, 2011a, pág.12). Esta problemática se asemeja a la del financiamiento y los beneficios de los sistemas de pensiones, la que, con los ajustes del caso, puede alimentar esta reflexión (sobre las pensiones, véase Barr y Diamond, 2008).

La experiencia internacional demuestra que el criterio de financiamiento del cuidado de largo plazo a menudo es semejante al que se aplica en la protección social en salud, es decir, por medio de impuestos generales o contribuciones a la seguridad social (Colombo y Mercier, 2012, pág. 328). En el caso de América Latina y el Caribe, la desigualdad que expresan los sistemas de

protección social de pensiones y de salud es tan extrema y tan difícil ha sido su reforma¹⁴ que el financiamiento del cuidado de largo plazo no debe alinearse con las formas de seguridad social preexistentes. Debe asentarse en el principio de iguales oportunidades de cuidado, lo que implica una arquitectura basada en los principios de solidaridad y de universalidad, nutrida con impuestos generales y con formas de aseguramiento solidarias, de carácter contributivo y no contributivo. En cuanto a la operación de la red así financiada, es preciso establecer interacciones efectivas entre los servicios pertinentes para la prestación de cuidado (salud, asistencia social) y la red de prestadores de la protección social existente, con regulaciones que impidan el “descreme de mercado” y velen por la calidad, teniendo en cuenta la universalidad encarnada en el principio de igualdad de oportunidades de cuidado.

¹⁴ Véase un interesante análisis de las reformas en la Argentina en materia de pensiones en Bertranou y otros (2011).

Bibliografía

- Arriagada, Irma y Ana Sojo (2012), “Las clases medias en América Latina: algunas conjeturas desde la perspectiva de género”, *Pensamiento Iberoamericano*, N° 10, Madrid, mayo [en línea] <http://www.pensamientoiberoamericano.org/xnumeros/10/pdf/pensamientoiberoamericano-203.pdf>.
- Arrow, K. (2000), “Insurance, risk and resource allocation”, *Foundations of Insurance Economics. Readings in Economics and Finance*, G. Dionne y S.E. Harrington (comps.), Boston, Kluwer Academic Publishers.
- (1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*, vol. 53, N° 5.
- Balloch, S., L. Banks y M. Hill (2004), “Securing quality in the mixed economy of care: difficulties in regulating training”, *Social Policy & Society*, vol. 3, N° 4.
- Barr, Nicholas y Peter Diamond (2008), *Reforming Pensions. Principles and Policy Choices*, Nueva York, Oxford University Press.
- Barr, Nicholas (2010), “Long-term care: a suitable case for social insurance”, *Social Policy & Administration*, vol. 44, N° 4 [en línea] <http://eprints.lse.ac.uk/28942/>.
- Bennet, J. (2008), *Benchmarks for Early Childhood Services in OECD Countries*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Innocenti Research Centre.
- Bertranou, Fabio y otros (2011), *Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones*, Buenos Aires, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- (2012b), *Consulta de opinión sobre las políticas de cuidado de personas dependientes en América Latina: niñas y niños, personas ancianas, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas* (LC/R.2186), Santiago de Chile, julio.
- (2011), *Panorama Social de América Latina, 2010* (LC/G.2481-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.6.
- (2010a), *¿Qué Estado para qué Igualdad?* (LC/2450 (CRM.11/13)), Santiago de Chile, junio.
- (2010b), *Panorama Social de América Latina, 2009* (LC/G.2423-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.135.
- (2007a), *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (LC/G.2335), Santiago de Chile, mayo.
- (2007b), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe* (LC/L.2738-P), Santiago de Chile.
- (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile.
- (2000), *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G.2071/Rev.1-P/E), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.81.
- Colombo, Francesca y Jérôme Mercier (2012), “Help wanted? Fair and sustainable financing of long-term Care Services”, *Applied Economic Perspectives and Policy*, vol. 34, N° 2.
- Comisión Europea (2004), Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del “método abierto de coordinación” (COM (2004) 304 Final), Bruselas.
- Costa-Font, J. y C. Courbage (eds.) (2011), *Financing Long-term Care in Europe: Institutions, Markets and Models*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Daly Mary y Jane Lewis (2000), “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”, *British Journal of Sociology*, vol.51, N° 2, London School of Economics and Political Science, junio.
- EACEA (Agencia Ejecutiva en el Ámbito Educativo, Audiovisual y Cultural) (2009), *Early Childhood Education and Care in Europe: tackling social and cultural inequalities*, Comisión Europea.
- Ellegård, Lina Maria (2012) “Making gerontocracy work: population aging and the generosity of public long-term care”, *Applied Economic Perspectives and Policy*, vol. 34, N° 2.
- Esping-Andersen, Gøsta (2009), *The Incomplete Revolution. Adapting to Women's New Roles*, Cambridge, Polity Press.
- Fernández, José-Luis y Julien Forder (2012) “Reforming long-term care funding arrangements in England: international lessons”, *Applied Economic Perspectives and Policy*, vol. 34, N° 2.
- Flores-Castillo, Atenea (2012), “Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención domiciliaria”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 112 (LC/L.3417), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2006), *Employment in Social Care in Europe*, Dublín.

- Marco, Flavia y María Nieves Rico (2012), “Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional”, *Redefiniendo las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Natalia Gherardi, Laura Pautassi y Carla Zibecchi, Carla (eds.), Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Montaño, Sonia y Coral Calderón (coords.) (2010), “El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo”, *Cuadernos de la CEPAL*, N° 94 (LC/G.2454-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)/Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.35.
- Moss, P. (2000), “Training of early childhood education and care staff”, *International Journal of Education Research*, N° 33.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2011a), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, París, OECD Publishing.
- (2011b), *Long-Term Care Workers: Needed but Often Undervalued*, París, OECD Publishing.
- (2011c), *Paying for the Past, Providing for the Future: Intergenerational Solidarity* [en línea] <http://www.oecd.org/els/pensionsystems/47711990.pdf>.
- (2006), *Strating Strong II. Early childhood education and care*, París, OECD Publishing.
- Ochiachi, Emiko y otros (2012), “The Struggle Against Familialism. Reconfiguring the Care Diamond in Japan”, *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Shrara Razavi y Silke Staab, Londres, Routledge.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2012), “Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor”, *serie Recursos Humanos para la Salud*, N° 59, Washington, D.C.
- Österle, August y Heinz Rothgang (2010), “Long-term care”, *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Francis Castles y otros, Oxford University Press.
- Pautassi, Laura (2007), “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 87 (LC/L.2800-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2005), “Legislación laboral y género en América Latina. Avances y omisiones”, documento presentado en la reunión de expertos Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 28 y 29 de junio.
- Pautassi, Laura y María Nieves Rico (2011), “Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madres”, *Boletín Desafíos*, N° 12, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), julio.
- Peng, Ito (2012), “The boss, the worker, his wife and no babies. South Korean political and social economy of care in a context of institutional rigidities”, *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Shrara Razavi y Silke Staab, Londres, Routledge.
- Rossel, C. y otros (2010), *Servicios de cuidado infantil: condiciones de calidad y resultados*, Montevideo, Proyecto Desarrolla.
- Sauma, Pablo (2011), “Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 63 (LC/G.2450/Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Scheil-Adlung Xenia y Jacopo Bonan (2012), “Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications”, *Extension of Social Security (ESS) Paper*, N° 31, Ginebra, Campaña mundial de seguridad social para todos, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Sojo, Ana (2011), “De la evanescencia a la mira. El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 67 (LC/L.3393), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2003), “Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe”, *Revista de la CEPAL*, N° 80 (LC/G.2204-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Tronto, Joan (2012), “Democratic care policies in an age of limits”, *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Shrara Razavi y Silke Staab, Londres, Routledge.
- Urban, M. (2009), *Early Childhood Education in Europe. Achievements, Challenges and Possibilities*, Education International.
- Vásconez, Alison (2012), “Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Ecuador”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 115 (LC/L.3518), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Williams, Fiona (2012), “Claims and frames in the making of care policies”, *Global Variations in the Political and Social Economy of Care. Worlds Apart*, Shrara Razavi y Silke Staab, Londres, Routledge.

Anexo

Cuadro VI.A-1
AMÉRICA DEL SUR: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA LEGISLACIÓN SOBRE TRABAJADORES DOMÉSTICOS, 2010

País	Estipulaciones de las leyes	Exclusiones
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> Doce horas de trabajo por día; un día (o dos medios días) libre por semana. Puede ser despedido por falta de respeto o "injuria al honor" del empleador sin indemnización; tiene derecho a indemnización en caso de maltrato del empleador. Debe presentar certificados de buena conducta y buena salud de las autoridades correspondientes. Puede incluirse el alojamiento y la alimentación en el salario, pero no pueden descontarse del salario mínimo para el sector decretado por el Ejecutivo (inferior a los de otros sectores). 	<ul style="list-style-type: none"> Derecho a pago de indemnización. Dos tercios de las vacaciones pagadas concedidas a otros trabajadores. Excluidos de licencia por maternidad y prestaciones o asignaciones familiares. <p>2005</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguridad social obligatoria y deducible de impuestos.
Bolivia (Estado Plurinacional de)	<p>Antes de 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Dieciséis horas de trabajo por día; seis horas libres los domingos. <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocho horas de trabajo por día; diez horas para trabajadores que viven en la misma casa en que trabajan; un día libre por semana. Derecho al salario mínimo nacional. 	<p>Antes de 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitad del pago de indemnización y un sexto del período de notificación de otros trabajadores. De un tercio a dos tercios de vacaciones pagadas concedidas a otros trabajadores. <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin exclusiones, pero el acceso a la seguridad social no fue implementado hasta 2010.
Brasil	<p>No hay límite de trabajo diario.</p> <p>1988</p> <ul style="list-style-type: none"> Derecho a un día libre por semana Derecho a salario mínimo. <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> Empleador no puede hacer descuentos en especie al salario. Derecho a doble pago por trabajar en feriados. 	<ul style="list-style-type: none"> Excluidos de prestaciones familiares Pago por indemnización menor (la participación en el sistema del Fondo de Garantía del Tiempo de Servicio es opcional). <p>1972</p> <ul style="list-style-type: none"> Vacaciones pagadas. Derecho a la seguridad social. <p>1988</p> <ul style="list-style-type: none"> Derecho a licencia maternal. <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> Prohibición de discriminación por embarazo. Seguridad social deducible de impuestos.
Chile	<p>Antes de 1990</p> <ul style="list-style-type: none"> Doce horas de trabajo por día; un día libre por semana para trabajadores que viven en la misma casa en que trabajan. Un 75% del salario mínimo nacional. <p>2009</p> <ul style="list-style-type: none"> Derecho a vacaciones en los feriados nacionales para trabajadores que viven en la misma casa. <p>2011</p> <ul style="list-style-type: none"> Derecho al 100% del salario mínimo nacional. 	<p>Antes de 1990</p> <ul style="list-style-type: none"> Sin pago por indemnización ni licencia por maternidad. <p>1990</p> <ul style="list-style-type: none"> Derecho a pago por indemnización <p>1998</p> <ul style="list-style-type: none"> Derecho a licencia por maternidad.
Colombia	<p>Antes de 1998</p> <ul style="list-style-type: none"> Excluidos de los límites de horas de trabajo de los otros trabajadores. <p>1998</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocho horas de trabajo por día; diez horas para trabajadores que viven en la casa donde trabajan; libres los domingos. Derecho al salario mínimo nacional. <p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> Prohibición de deducciones en especie para trabajadores que viven en la misma casa. 	<p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> Afirmación del derecho al seguro de desempleo. <p>2007</p> <ul style="list-style-type: none"> Afirmación de las obligaciones de la seguridad social por parte de los empleadores.
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> No hay especificación de horas de trabajo. Un día libre cada dos semanas No está permitido cesar el trabajo con menos de 15 días de notificación si la causa es "inconveniencia seria" con el empleador. 	<ul style="list-style-type: none"> No hay mención sobre vacaciones. Solo se otorga un salario en efectivo como pago de indemnización.
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> Doce horas de trabajo por día; el descanso en los fines de semana no está especificado. Pueden trabajar en feriados nacionales. Perciben un 40% del salario mínimo nacional. Pueden ser despedidos por "falta al honor o a la moral"; el empleador tiene la obligación de no maltratar al empleado. 	<ul style="list-style-type: none"> Reciben vacaciones pagadas. Excluidos de pensiones y prestaciones familiares. <p>Antes de 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> Los que prestan servicios fuera de la capital quedan excluidos de la atención sanitaria a.
Perú	<p>Antes de 2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Dieciséis horas de trabajo por día. <p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocho horas de trabajo por día, 48 horas a la semana para trabajadores que viven en la misma casa donde trabajan^b; un día libre por semana para todos los trabajadores domésticos. No hay salario mínimo. 	<p>2003</p> <ul style="list-style-type: none"> Reciben la mitad de vacaciones pagadas que otros trabajadores (15 días). Pago de indemnización de 15 días por año. Derecho a la seguridad social.
Uruguay	<p>Antes de 2006</p> <ul style="list-style-type: none"> Excluidos del límite de ocho horas de trabajo por día. Derecho a un día libre por semana. <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocho horas de trabajo por día, 44 horas a la semana. Igualdad de derechos. 	<p>Antes de 2006</p> <ul style="list-style-type: none"> Excluidos del seguro de desempleo. <p>2006</p> <ul style="list-style-type: none"> Exclusiones no permitidas.
Venezuela (República Bolivariana de)	<ul style="list-style-type: none"> Catorce horas de trabajo por día, un día libre por semana para trabajadores que viven en la misma casa donde trabajan. Día de trabajo regular para trabajadores que viven fuera de la casa. Los trabajadores que viven en la misma casa no tienen derecho a salario mínimo ni feriados nacionales. Pueden ser despedidos por "falta de honor, moral o respeto". 	<ul style="list-style-type: none"> Gozan de vacaciones pagadas. Pago de indemnización de medio mes por año.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), traducido de M. Blofield, *Care Work and Class: Domestic Workers' Struggle for Equal Rights in Latin America*, Pennsylvania State University Press, 2012.

^a En 2009 el Instituto de Previsión Social extendió la cobertura sanitaria de los trabajadores domésticos fuera de los límites de la capital. Es necesario efectuar una reforma legislativa para incluir a los trabajadores domésticos de una manera más amplia en la seguridad social (véanse las fuentes del Paraguay).

^b Si bien la ley de 2003 especifica las horas de trabajo solo para los trabajadores que viven en la misma casa donde prestan servicios, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo establece en su sitio web a partir de 2010 que esas horas de trabajo aplican a todos los trabajadores domésticos (véanse las fuentes del Perú).

Cuadro VI.A-2
CENTROAMÉRICA, MÉXICO Y REPÚBLICA DOMINICANA: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA LEGISLACIÓN
SOBRE TRABAJADORES DOMÉSTICOS, 2010

Pais	Leyes	Exclusiones
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> Antes de 2009 Doce horas de trabajo por día; medio día libre por semana. Requerimiento unilateral de respeto por parte de los trabajadores domésticos. Empleador puede exigir un certificado de buena salud. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario. 2009 <ul style="list-style-type: none"> Ocho horas de trabajo por día, 48 por semana de trabajo. Se eliminaron los requerimientos de certificado de salud y respeto unilateral. Salario mínimo en efectivo. 	Antes de 2009 <ul style="list-style-type: none"> Reciben vacaciones pagadas. 2009 <ul style="list-style-type: none"> Igualdad de derechos.
El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> Doce horas de trabajo por día; un día libre por semana. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario. Deben trabajar en feriados (con pago extra) si el empleador lo requiere. Empleador puede exigir un certificado de buena salud. Puede ser despedido por "insubordinación". 	<ul style="list-style-type: none"> No hay mención sobre vacaciones pagadas ni pago de indemnización. No hay mención sobre la seguridad social.
Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> Catorce horas de trabajo por día, seis horas libres por semana y en feriados. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario. Empleador puede exigir un certificado de buena salud. Puede ser despedido por "falta de respeto". 	<ul style="list-style-type: none"> No hay mención sobre vacaciones pagadas ni pago de indemnización. No hay mención sobre la seguridad social; no es obligatoria en general para empleadores con menos de tres empleados.
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> Catorce horas de trabajo por día; un día libre por semana. Seis horas menos en feriados nacionales. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario. Empleador puede exigir un certificado de buena salud. Puede ser despedido por "falta de respeto" o "pereza". 	<ul style="list-style-type: none"> Pago de indemnización de un mes por año. No hay mención sobre vacaciones. No hay mención sobre la seguridad social.
México	<ul style="list-style-type: none"> No hay horas especificadas, se menciona que deben tener tiempo suficiente para descansar y comer. El 50% del salario se considera alojamiento y alimentación. El Ejecutivo decretó un salario mínimo para este sector. Deben mostrar respeto a los empleadores; los empleadores deben abstenerse del maltrato. 	<ul style="list-style-type: none"> Pago de indemnización de 20 días por año. No hay mención sobre vacaciones. Seguridad social no es obligatoria.
Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> Doce horas de trabajo por día, un día libre por semana. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario. 	<ul style="list-style-type: none"> No hay mención sobre vacaciones ni sobre pago por indemnización. Derecho explícito a la seguridad social.
Panamá	<ul style="list-style-type: none"> Quince horas de trabajo por día, un día libre por semana. Deben trabajar en feriados (con pago extra) si el empleador lo requiere. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario. El empleador puede exigir un certificado de buena salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Tienen vacaciones pagadas y perciben indemnización. No hay mención sobre seguridad social.
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> Doce horas de trabajo por día, 36 horas libres el fin de semana. Alojamiento y alimentación incluidos en el salario, calculado como el 50% del salario. 	<ul style="list-style-type: none"> Reciben vacaciones pagadas. Excluidos de otros derechos laborales generales. No hay mención sobre la seguridad social.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), traducido de M. Blofield, *Care work and Class: Domestic Workers' Struggle for Equal Rights in Latin America*, Pennsylvania State University Press, 2012.



Publicaciones de la CEPAL / *ECLAC publications*

Comisión Económica para América Latina y el Caribe / *Economic Commission for Latin America and the Caribbean*
Casilla 179-D, Santiago de Chile. E-mail: publications@cepal.org

Véalas en: www.cepal.org/publicaciones
Publications may be accessed at: www.eclac.org

Revista CEPAL / *CEPAL Review*

La Revista se inició en 1976 como parte del Programa de Publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, con el propósito de contribuir al examen de los problemas del desarrollo socioeconómico de la región. Las opiniones expresadas en los artículos firmados, incluidas las colaboraciones de los funcionarios de la Secretaría, son las de los autores y, por lo tanto, no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Organización.

La *Revista CEPAL* se publica en español e inglés tres veces por año.

Los precios de suscripción anual vigentes son de US\$ 30 para la versión en español y US\$ 35 para la versión en inglés. El precio por ejemplar suelto es de US\$ 15 para ambas versiones. Los precios de suscripción por dos años son de US\$ 50 para la versión en español y US\$ 60 para la versión en inglés.

CEPAL Review first appeared in 1976 as part of the Publications Programme of the Economic Commission for Latin America and the Caribbean, its aim being to make a contribution to the study of the economic and social development problems of the region. The views expressed in signed articles, including those by Secretariat staff members, are those of the authors and therefore do not necessarily reflect the point of view of the Organization.

CEPAL Review is published in Spanish and English versions three times a year.

Annual subscription costs are US\$ 30 for the Spanish version and US\$ 35 for the English version. The price of single issues is US\$ 15 for both versions. The cost of a two-year subscription is US\$ 50 for the Spanish version and US\$ 60 for the English version.

Informes periódicos institucionales / *Annual reports*

Todos disponibles para años anteriores / *Issues for previous years also available*

- *Informe Macroeconómico de América Latina y el Caribe, junio de 2012, 86 p.*
- *Macroeconomic Report on Latin America and the Caribbean - June 2012, 80 p.*
- *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2012. Documento informativo, 102 p.*
Preliminary Overview of the Economies of Latin America and the Caribbean 2012. Briefing paper, 98 p.
- *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2012, 104 p.*
Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2012, 100 p.
- *Panorama de la Inserción Internacional de América Latina y el Caribe 2011-2012, 138 p.*
Latin America and the Caribbean in the World Economy 2011-2012, 116 p.
- *Panorama Social de América Latina, 2012. Documento informativo, 60 p.*
Social Panorama of Latin America, 2012. Briefing paper, 58 p.
- *La Inversión Extranjera Directa en América Latina y el Caribe 2011, 200 p.*
Foreign Direct Investment in Latin America and the Caribbean 2011, 184 p.
- *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2012 / Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2012, 224 p.*

Libros de la CEPAL

- 114 *China y América Latina y el Caribe. Hacia una relación económica y comercial estratégica*, Osvaldo Rosales y Mikio Kuwayama, 2012, 258 p.
- 114 *China and Latin America and the Caribbean Building a strategic economic and trade relationship*, Osvaldo Rosales y Mikio Kuwayama, 2012, 244 p.

- 113 *Competitividad, sostenibilidad e inclusión social en la agricultura: Nuevas direcciones en el diseño de políticas en América Latina y el Caribe*, Octavio Sotomayor, Adrián Rodríguez y Mónica Rodrigues, 2012, 352 p.
- 112 *El desarrollo inclusivo en América Latina y el Caribe*. Ensayos sobre políticas de convergencia productiva para la igualdad, Ricardo Infante (editor), 2011, 384 p.
- 111 *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*, Simone Cecchini y Rodrigo Martínez, 2011, 284 p.
- 110 *Envejecimiento en América Latina. Sistema de pensiones y protección social integral*, Antonio Prado y Ana Sojo (eds.), 2010, 304 p.
- 109 *Modeling Public Policies in Latin America and the Caribbean*, Carlos de Miguel, José Durán Lima, Paolo Giordano, Julio Guzmán, Andrés Schuschny and Masazaku Watanuki (eds.), 2011, 322 p.
- 108 *Alianzas público-privadas. Para una nueva visión estratégica del desarrollo*, Robert Devlin y Graciela Mogueillansky, 2010, 196 p.
- 107 *Políticas de apoyo a las pymes en América Latina. Entre avances innovadores y desafíos institucionales*, Carlos Ferraro y Giovanni Stumpo, 2010, 392 p.
- 106 *Temas controversiales en negociaciones comerciales Norte-Sur*, Osvaldo Rosales V. y Sebastián Sáez C. (compiladores), 2011, 322 p.
- 105 *Regulation, Worker Protection and Active Labour-Market Policies in Latin America*, Jürgen Weller (ed.), 2009, 236 p.
- 104 *La República Dominicana en 2030: hacia una sociedad cohesionada*, Víctor Godínez y Jorge Máttar (coords.), 2009, 582 p.
- 103 *L'Amérique latine et les Caraïbes au seuil du troisième millénaire*, 2009, 138 p.
- 102 *Migración interna y desarrollo en América Latina entre 1980 y 2005*, Jorge Rodríguez y Gustavo Busso, 2009, 272 p.
- 101 *Claves de la innovación social en América Latina y el Caribe*, Adolfo Rodríguez Herrera y Hernán Alvarado Ugarte, 2009, 236 p.

Copublicaciones recientes / Recent co-publications

- Sentido de pertenencia en sociedades fragmentadas. América Latina desde una perspectiva global*, Martín Hopenhayn y Ana Sojo (comps.), CEPAL/Siglo Veintiuno, Argentina, 2011.
- Las clases medias en América Latina. Retrospectiva y nuevas tendencias*, Rolando Franco, Martín Hopenhayn y Arturo León (eds.), CEPAL/Siglo XXI, México, 2010.
- Innovation and Economic Development. The Impact of Information and Communication Technologies in Latin America*, Mario Cimoli, André Hofman and Nanno Mulder, ECLAC/Edward Elgar Publishing, United Kingdom, 2010.
- Sesenta años de la CEPAL. Textos seleccionados del decenio 1998-2008*, Ricardo Bielschowsky (comp.), CEPAL/Siglo Veintiuno, Argentina, 2010.
- El nuevo escenario laboral latinoamericano. Regulación, protección y políticas activas en los mercados de trabajo*, Jürgen Weller (ed.), CEPAL/Siglo Veintiuno, Argentina, 2010.
- Internacionalización y expansión de las empresas eléctricas españolas en América Latina*, Patricio Rozas, CEPAL/Lom, Chile, 2009.
- Gobernanza corporativa y desarrollo de mercados de capitales en América Latina*, Georgina Núñez, Andrés Oneto y Germano M. de Paula (coords.), CEPAL/Mayol, Colombia, 2009.

Coediciones recientes / Recent co-editions

- Perspectivas económicas de América Latina 2013. Políticas de Pymes para el Cambio Estructural*, OCDE/CEPAL, Chile, 2012.
- Latin American Economic Outlook 2013. SME Policies For Structural Change*, OECD/ECLAC, Chile, 2012.
- Perspectivas de la agricultura y del desarrollo rural en las Américas: una mirada hacia América Latina y el Caribe 2013*, CEPAL/FAO/IICA, Chile, 2012.
- Reforma fiscal en América Latina. ¿Qué fiscalidad para qué desarrollo?*, Alicia Bárcena y Narcís Serra (editores), CEPAL/SEGIB/CIDOB, Chile, 2012.
- La sostenibilidad del desarrollo a 20 años de la Cumbre para la Tierra. Avances, brechas y lineamientos estratégicos para América Latina y el Caribe*, CEPAL/Naciones Unidas, 2012.
- Sustainable development 20 years on from the Earth Summit. Progress, gaps and strategic guidelines for Latin America and the Caribbean*, ECLAC/United Nations, 2012.
- Perspectivas económicas de América Latina 2012. Transformación del Estado para el desarrollo*, CEPAL/OCDE, 2011.
- Latin America Outlook 2012. Transforming the State for Development*, ECLAC/OECD, 2011.
- Perspectives économiques de l'Amérique latine 2012. Transformation de l'État et Développement*, CEPAL/OCDE, 2012.
- Breeding Latin American Tigers. Operational principles for rehabilitating industrial policies*, Robert Devlin and Graciela Mogueillansky, ECLAC/World Bank, 2011.
- Espacios iberoamericanos: Hacia una nueva arquitectura del Estado para el desarrollo*, CEPAL/SEGIB, 2011.
- Espaços ibero-americanos: A uma nova arquitetura do Estado para o desenvolvimento*, CEPAL/SEGIB, 2011.
- Perspectivas de la agricultura y del desarrollo rural en las Américas: una mirada hacia América Latina y el Caribe*, CEPAL/FAO/IICA, 2011.
- The Outlook for Agriculture and Rural Development in the Americas: A Perspective on Latin America and the Caribbean*, ECLAC/FAO/IICA, 2011.
- Pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, CEPAL/UNICEF, Chile, 2010.
- Espacios iberoamericanos: vínculos entre universidades y empresas para el desarrollo tecnológico*, CEPAL/SEGIB, 2010.
- Espaços ibero-Americanos: vínculos entre universidades e empresas para o desenvolvimento tecnológico*, CEPAL/SEGIB, 2010.

Cuadernos de la CEPAL

- 100 *Construyendo autonomía. Compromiso e indicadores de género*, Karina Batthyáni Dighiero, 2012, 338 p.
- 99 *Si no se cuenta, no cuenta*, Diane Alméras y Coral Calderón Magaña (coords.), 2012, 394 p.
- 98 *Macroeconomic cooperation for uncertain times: The REDIMA experience*, Rodrigo Cárcamo-Díaz, 2012, 164 p.
- 97 *El financiamiento de la infraestructura: Propuestas para el desarrollo sostenible de una política sectorial*, Patricio Rozas Balbontín, José Luis Bonifaz y Gustavo Guerra-García, 2012, 414 p.
- 96 *Una mirada a la crisis desde los márgenes*, Sonia Montaña (coord.), 2011, 102 p.
- 95 *Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*, Simone Cecchini y Aldo Madariaga, 2011, 226 p.
- 95 *Conditional cash transfer programmes. The recent experience in Latin America and the Caribbean*, Simone Cecchini and Aldo Madariaga, 2011, 220 p.
- 94 *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*, Sonia Montaña Virreira y Coral Calderón Magaña (coords.), 2010, 236 p.
- 93 *Privilegiadas y discriminadas. Las trabajadoras del sector financiero*, Flavia Marco Navarro y María Nieves Rico Ibáñez (eds.), 2009, 300 p.

Cuadernos estadísticos de la CEPAL

- 40 *América Latina y el Caribe: Índices de precios al consumidor. Serie enero de 1995 a junio de 2012*. Solo disponible en CD, 2012.
- 39 *América Latina y el Caribe: indicadores macroeconómicos del turismo*. Solo disponible en CD, 2010.
- 38 *Indicadores ambientales de América Latina y el Caribe, 2009*. Solo disponible en CD, 2010.
- 37 *América Latina y el Caribe: Series históricas de estadísticas económicas 1950-2008*. Solo disponible en CD, 2009.
- 36 *Clasificaciones estadísticas internacionales incorporadas en el Banco de Datos de Comercio Exterior de América Latina y el Caribe de la CEPAL (Revisión 3)*. Solo disponible en CD, 2008.

Observatorio demográfico / Demographic Observatory

Edición bilingüe (español e inglés) que proporciona información estadística actualizada, referente a estimaciones y proyecciones de población de los países de América Latina y el Caribe. Incluye también indicadores demográficos de interés, tales como tasas de natalidad, mortalidad, esperanza de vida al nacer, distribución de la población, etc.

Desde 2013 el Observatorio aparece una vez al año. Valor por ejemplar: US\$ 15.

Bilingual publication (Spanish and English) providing up-to-date estimates and projections of the populations of the Latin American and Caribbean countries. Also includes various demographic indicators of interest such as fertility and mortality rates, life expectancy, measures of population distribution, etc.

Since 2013, the Observatory appears once a year. Annual. Per issue: US\$ 15.

Notas de población

Revista especializada que publica artículos e informes acerca de las investigaciones más recientes sobre la dinámica demográfica en la región, en español, con resúmenes en español e inglés. También incluye información sobre actividades científicas y profesionales en el campo de población.

La revista se publica desde 1973 y aparece dos veces al año, en junio y diciembre.

Suscripción anual: US\$ 20. Valor por cada ejemplar: US\$ 12.

Specialized journal which publishes articles and reports on recent studies of demographic dynamics in the region, in Spanish with abstracts in Spanish and English. Also includes information on scientific and professional activities in the field of population.

Published since 1973, the journal appears twice a year in June and December.

Annual subscription: US\$ 20. Per issue: US\$ 12.

Series de la CEPAL

Comercio Internacional | Desarrollo Productivo | Desarrollo Territorial | Estudios Estadísticos y Prospectivos | Estudios y Perspectivas (Bogotá, Brasilia, Buenos Aires, México, Montevideo) | Studies and Perspectives (The Caribbean, Washington) | Financiamiento del Desarrollo | Gestión Pública | Informes y Estudios Especiales | Macroeconomía del Desarrollo | Manuales | Medio Ambiente y Desarrollo | Mujer y Desarrollo | Población y Desarrollo | Políticas Fiscales | Políticas Sociales | Recursos Naturales e Infraestructura | Reformas Económicas | Seminarios y Conferencias.

Véase el listado completo en: www.cepal.org/publicaciones / A complete listing is available at: www.eclac.org/publications

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何获取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y las del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) se pueden adquirir a los distribuidores locales o directamente a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas
2 United Nations Plaza, Room DC2-853
Nueva York, NY, 10017
Estados Unidos
Tel. (1 800)253-9646 Fax (1 212)963-3489
E-mail: publications@un.org

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas
Palais des Nations
1211 Ginebra 10
Suiza
Tel. (41 22)917-2613 Fax (41 22)917-0027

Unidad de Distribución
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Av. Dag Hammarskjöld 3477, Vitacura
7630412 Santiago
Chile
Tel. (56 2)210-2056 Fax (56 2)210-2069
E-mail: publications@cepal.org

Publications of the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and those of the Latin American and the Caribbean Institute for Economic and Social Planning (ILPES) can be ordered from your local distributor or directly through:

United Nations Publications
2 United Nations Plaza, Room DC2-853
New York, NY, 10017
USA
Tel. (1 800)253-9646 Fax (1 212)963-3489
E-mail: publications@un.org

United Nations Publications
Sales Sections
Palais des Nations
1211 Geneva 10
Switzerland
Tel. (41 22)917-2613 Fax (41 22)917-0027

Distribution Unit
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
Av. Dag Hammarskjöld 3477, Vitacura
7630412 Santiago
Chile
Tel. (56 2)210-2056 Fax (56 2)210-2069
E-mail: publications@eclac.org



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ECLAC)



Publicación de las Naciones Unidas
S1200959 - Enero de 2013
ISSN versión impresa 1020-5152
Número de venta S.13.II.G.6
Copyright © Naciones Unidas 2013
Impreso en Santiago de Chile



www.cepal.org