

2013



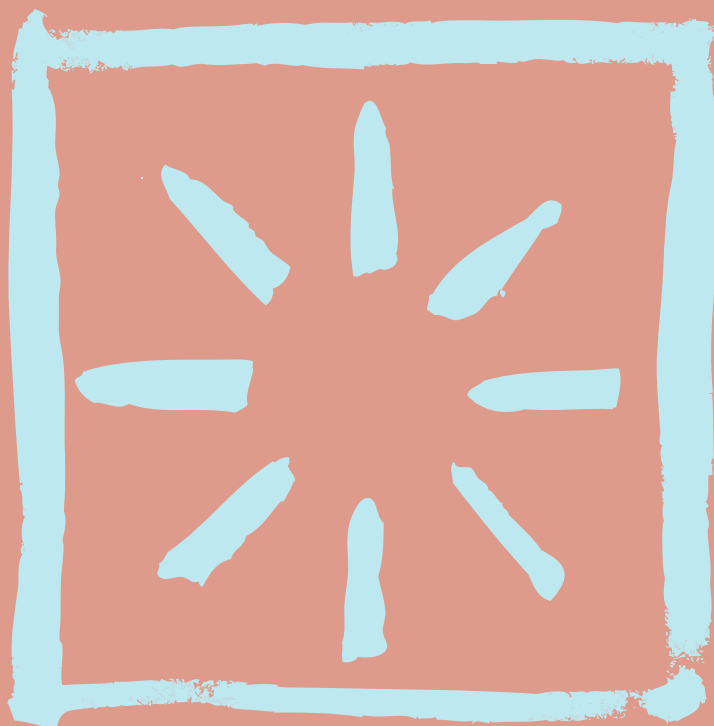
Panorama Social
de América Latina



NACIONES UNIDAS

CEPAL

2013



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

Pascual Gerstenfeld

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 Publicaciones y Servicios Web

El *Panorama Social de América Latina* es preparado anualmente por la División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), dirigidas por Martín Hopenhayn y Pascual Gerstenfeld, 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, dirigida por Diane Quarless.

La edición 2013 fue coordinada por Martín Hopenhayn, Ana Sojo y Xavier Mancero, quienes junto a Ernesto Espíndola, María Nieves Rico, Guillermo Sunkel y Pablo Villatoro se encargaron de su redacción. En la elaboración de insumos sustantivos y en el procesamiento estadístico colaboraron Verónica Amarante, María de la Luz Avendaño, Fabiola Fernández, Nincen Figueroa, Álvaro Fuentes, Marco Galván, Carlos Howes, Francis Jones, Tim Miller, Claudio Moris, Paulo Saad, Alejandra Silva, Vivian Milosavljevic y Natalia Yañez.

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: 978-92-1-221118-3 • ISSN impreso: 1020-5152

LC/G.2580 • Número de venta: S.14.II.G.6

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

Impreso en Santiago de Chile • 2013-868

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

Presentación	11
Síntesis	15
Capítulo I	
La pobreza desde distintas miradas	47
A. Análisis de la pobreza por ingresos	49
1. Contexto económico	49
2. Evolución reciente de la pobreza	51
3. Características de los cambios en la pobreza	55
4. La pobreza en distintos grupos de la población	58
B. Análisis multidimensional de la pobreza	59
1. Conceptos preliminares	59
2. Medición multidimensional de la pobreza a partir de un núcleo de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas	63
3. Medición multidimensional de la pobreza con inclusión del ingreso monetario	70
4. Medición de la pobreza con agregación de indicadores de exclusión o vulnerabilidad	74
5. Consideraciones finales	79
C. Distribución del ingreso	80
Bibliografía	84
Anexo	86
Capítulo II	
Pobreza infantil en América Latina y el Caribe	93
A. Enfoque de derechos y pobreza en la infancia	95
1. Introducción	95
2. Enfoque de derechos y medición multidimensional de la pobreza en la infancia	96
3. La medición de la pobreza infantil en América Latina y el Caribe	97
B. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe	100
1. Evolución de la pobreza infantil en el período 2000-2011	105
2. Evolución de las privaciones en América Latina	107
3. Contribución de las privaciones en los niveles de pobreza infantil	115
4. La pobreza infantil en el Caribe	118
5. Pobreza infantil e infancia en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza monetaria	121
6. La distribución territorial de las privaciones	124
C. Consideraciones finales	129
Bibliografía	131
Capítulo III	
Algunas dimensiones soslayadas del bienestar en América Latina	133
A. Aspectos conceptuales y metodológicos	135
1. ¿En qué está la discusión?	135
2. Iniciativas en curso	136
3. Bienestar, desigualdad y malestar	138
4. Propuesta de análisis sobre la base de algunas dimensiones principales del bienestar	139

B. Espacio	141
1. Contaminación atmosférica en las ciudades latinoamericanas.....	142
2. Exposición a la contaminación atmosférica como causa de mortalidad.....	143
3. Crecimiento del parque automotor y contaminación atmosférica	145
C. Tiempo	147
1. La jornada laboral	147
2. Tiempo de trabajo remunerado, no remunerado y tiempo libre.....	149
D. Convivencia.....	152
1. La violencia	152
2. La violencia doméstica.....	155
E. Consideraciones finales	158
Bibliografía	160

Capítulo IV

Hitos discursivos sobre protección social en América Latina y mapeo de la cobertura

de los sistemas de salud y pensiones: una sinopsis	163
A. Algunos hitos, mutaciones, desplazamientos e iteraciones discursivas sobre protección social relevantes para la región: ¿desde el reduccionismo hacia la heterodoxia?.....	166
1. Reduccionismo en política social	167
2. La universalidad como conjunto de prestaciones y la polémica en torno a la impugnación dicotómica del financiamiento contributivo	167
3. Evolución del planteamiento sobre el piso de protección social y planteamientos sobre la cobertura universal de salud	170
4. La CEPAL y la protección social como derecho ciudadano	172
B. Un mapeo de la cobertura de la protección social en salud y pensiones en América Latina en el mercado laboral y tras la vida activa	173
1. Un vistazo a escala regional.....	174
2. Algunos aspectos de la afiliación a sistemas de salud en los países	176
3. Algunos aspectos de la afiliación a sistemas de pensiones en los países	181
4. El acceso a pensiones y sus montos.....	183
5. Determinantes de la afiliación a sistemas de pensiones de los trabajadores: un análisis multivariado	183
Bibliografía	191

Capítulo V

Tendencias recientes del gasto social dentro del gasto público y del gasto de los hogares en salud.....

A. Tendencias recientes y de largo plazo del gasto público social.....	197
1. Evolución reciente del gasto social.....	197
2. Evolución de largo plazo del gasto social en los países	199
3. Evolución del gasto sectorial	200
B. Evolución del gasto público en salud.....	203
C. Algunas características del gasto de bolsillo en salud en la región	208
1. Definición y alcance del gasto de bolsillo en salud.....	208
2. Niveles de gasto según niveles de ingresos, empobrecimiento y gasto reprimido	212
D. Un rápido y sostenido aumento del gasto en salud: proyecciones para el Brasil, Chile y México en el período 2010-2060.....	215
1. Un modelo para proyectar el gasto en salud como proporción del PIB	215
2. Envejecimiento de la población, rapidez del crecimiento económico y aumento sostenido del gasto en salud.....	217
3. Consideraciones finales.....	220
Bibliografía	221
Publicaciones de la CEPAL	223

Cuadros

Cuadro I.1	América Latina (20 países): evolución de algunos indicadores socioeconómicos, 2000-2012	50
Cuadro I.2	Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza sobre la base de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas.....	65
Cuadro I.3	América Latina (17 países): índice de recuento (H), intensidad (A) e índice de pobreza ajustado (M0), 2011	68
Cuadro I.4	Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición multidimensional de la pobreza con el método híbrido	72
Cuadro I.5	América Latina (17 países): cambios en el índice multidimensional de pobreza con y sin el ingreso, 2011	73
Cuadro I.6	América Latina (17 países): similitud entre la indigencia y las carencias no monetarias, 2011	73
Cuadro I.7	Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza ampliada.....	75
Cuadro I.8	América Latina (16 países): efecto de la inclusión de las dimensiones adicionales en la incidencia (H) de la pobreza, 2011	76
Cuadro I.9	América Latina (16 países): efecto de la inclusión de las dimensiones adicionales en el índice de recuento ajustado (M0), 2011	77
Cuadro I.10	América Latina (16 países): aporte relativo de cada una de las dimensiones a la pobreza ampliada total (M0) por países, 2011	78
Cuadro I.A.1	América Latina (18 países): indicadores de pobreza e indigencia, 1990-2012	86
Cuadro I.A.2	América Latina (18 países): distribución del ingreso de los hogares, 1990-2012.....	88
Cuadro I.A.3	América Latina (18 países): indicadores de concentración del ingreso, 1990-2012	90
Cuadro II.1	Definición de indicadores y umbrales severos y moderados de privación entre los niños.....	98
Cuadro II.2	América Latina (17 países): incidencia de la extrema pobreza y de la pobreza infantil total, alrededor de 2000 y 2011	101
Cuadro II.3	América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años extremadamente pobres, según número de privaciones graves, alrededor de 2000 y 2011	102
Cuadro II.4	América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años pobres, según número de privaciones, alrededor de 2000 y 2011	103
Cuadro II.5	América Latina (17 países): evolución de las privaciones graves en distintas dimensiones constitutivas de la extrema pobreza en la infancia, alrededor de 2000 y 2011	109
Cuadro II.6	América Latina (17 países): evolución de las privaciones moderadas (incluidas las graves) en distintas dimensiones constitutivas de la pobreza en la infancia, alrededor de 2000 y 2011	110
Cuadro II.7	América Latina (17 países): contribuciones de las dimensiones en pobreza extrema infantil, alrededor de 2000 y 2011.....	117
Cuadro II.8	América Latina (17 países): contribuciones de las dimensiones de pobreza infantil, alrededor de 2000 y 2011	118
Cuadro II.9	El Caribe (7 países): incidencia de la pobreza extrema y la pobreza total en la infancia	119
Cuadro II.10	El Caribe (8 países): incidencia de las privaciones moderadas o severas y severas de las personas de 0 a 17 años.....	120
Cuadro II.11	América Latina (14 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según combinación de categorías de pobreza infantil extrema e indigencia, alrededor de 2000 y 2011	122
Cuadro II.12	América Latina (14 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según combinación de categorías de pobreza infantil total y pobreza por ingresos, alrededor de 2000 y 2011	123
Cuadro II.13	América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según situación de pobreza infantil extrema e indigencia por ingresos de sus hogares, alrededor de 2000 y 2011	123

Cuadro II.14	América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según situación de pobreza infantil y pobreza por ingresos de sus hogares, alrededor de 2000 y 2011	124
Cuadro II.15	Costa Rica: cantones con más niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de vivienda.....	127
Cuadro II.16	República Bolivariana de Venezuela: municipios con más del 65% de niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de agua potable	128
Cuadro III.1	América Latina (18 países): preocupación por ser víctima de un delito violento.....	154
Cuadro IV.1	América Latina (18 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según sexo.....	175
Cuadro IV.2	América Latina (18 países): variación de la afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según sexo.....	177
Cuadro IV.3	América Latina (18 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según quintiles de ingreso per cápita	178
Cuadro IV.4	América Latina (18 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según inserción laboral.....	179
Cuadro IV.5	América Latina (15 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los ocupados no asalariados de 15 años y más, según sexo, alrededor de 2002 y de 2011	180
Cuadro IV.6	América Latina (15 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los ocupados no asalariados de 15 años y más, según quintiles de ingreso per cápita.....	182
Cuadro IV.7	América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones y pensionados afiliados a sistemas de salud según sexo, alrededor de 2002 y de 2011	184
Cuadro IV.8	América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones y monto promedio mensual de pensiones por sexo y por quintil de ingreso per cápita, alrededor de 2002 y de 2011	185
Cuadro IV.9	América Latina (17 países): efectos marginales sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, 2011	186
Cuadro V.1	América Latina y el Caribe (21 países): evolución reciente del gasto público en salud y del PIB, 2008-2012	207
Cuadro V.2	América Latina (18 países): indicadores generales relacionados con el gasto de bolsillo en salud.....	209
Cuadro V.3	América Latina (18 países): indicadores de empobrecimiento relacionados con el gasto de bolsillo en salud.....	211

Graficos

Gráfico I.1	América Latina: evolución de la pobreza y de la indigencia, 1980-2013	51
Gráfico I.2	América Latina: personas pobres no indigentes e indigentes y PIB per cápita, 2000-2012	52
Gráfico I.3	América Latina (11 países): variación de las tasas de pobreza e indigencia, 2011-2012	53
Gráfico I.4	América Latina (17 países): variación anual de los indicadores de pobreza.....	55
Gráfico I.5	América Latina (10 países): variación anual del ingreso total per cápita en los hogares pobres, por fuente de ingresos, 2011-2012	56
Gráfico I.6	América Latina (10 países): variación anual de los componentes del ingreso laboral por persona en los hogares pobres, 2011-2012	56
Gráfico I.7	América Latina (13 países): cambios en la pobreza y contribución de los efectos de crecimiento y distribución.....	57
Gráfico I.8	América Latina (16 países): diferencias de las tasas de pobreza según características de la población, 2012	58
Gráfico I.9	América Latina (17 países): índice de recuento ajustado (M0) de la pobreza extrema con distintos umbrales (k), 2011	67
Gráfico I.10	América Latina (17 países): incidencia (H) e intensidad (A) de la pobreza multidimensional, 2011	68

Gráfico I.11	América Latina: índice de recuento ajustado de la pobreza (M0) por sexo, área geográfica y adscripción a pueblos originarios o afrodescendientes, 2011	69
Gráfico I.12	América Latina (17 países): evolución del índice de recuento (H), 2002 y 2011.....	70
Gráfico I.13	América Latina (18 países): comparación entre la pobreza por ingresos y la pobreza por necesidades básicas insatisfechas, 2011.....	71
Gráfico I.14	América Latina (17 países): correlación entre el índice de recuento (h) sin el ingreso y la redundancia promedio del ingreso, 2011	74
Gráfico I.15	América Latina (15 países): peso relativo de dimensiones seleccionadas de la pobreza ampliada total (M0), 2011	78
Gráfico I.16	América Latina (17 países): participación en los ingresos totales de los quintiles más pobre y más rico, 2002 y 2012	80
Gráfico I.17	América Latina (países seleccionados): variación anual de los índices de desigualdad, 2002-2008 y 2008-2012	82
Gráfico I.18	América Latina (15 países): variación anual del coeficiente de Gini del ingreso total y del ingreso laboral.....	83
Gráfico II.1	América Latina (17 países): incidencia de la extrema pobreza y de la pobreza infantil total, y niños en hogares indigentes y pobres (según método del ingreso), alrededor de 2011	100
Gráfico II.2	América Latina (14 países): cambios en la distribución acumulada del número total de privaciones y del número de privaciones graves, 2000 y 2011	106
Gráfico II.3	América Latina (17 países): privaciones moderadas (incluidas las graves) y graves en distintas dimensiones constitutivas de pobreza en la infancia, alrededor de 2011.....	111
Gráfico II.4	América Latina (14 países): evolución de las privaciones graves y moderadas (incluidas las graves) en las dimensiones constitutivas de pobreza infantil, alrededor de 2000 y 2011	113
Gráfico II.5	América Latina (14 países): contribución de las privaciones en diversas dimensiones a la pobreza infantil total y extrema, alrededor de 2000 y 2011	116
Gráfico II.6	El Caribe (7 países): niños pobres y extremadamente pobres de 0 a 17 años, según número de privaciones.....	120
Gráfico II.7	América Latina (14 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según combinación de categorías de pobreza infantil y pobreza por ingresos, alrededor de 2011	122
Gráfico III.1	América Latina y el Caribe (27 ciudades seleccionadas): promedio anual de material particulado MP10, alrededor de 2008-2009.....	143
Gráfico III.2	América Latina y el Caribe (24 países): muertes atribuibles a la contaminación del aire en el exterior, alrededor de 2004 y 2008	144
Gráfico III.3	América Latina y el Caribe (18 países): crecimiento del parque automotor en aproximadamente cinco años.....	146
Gráfico III.4	América Latina y el Caribe (18 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más, alrededor de 2002 y 2011	148
Gráfico III.5	América Latina y el Caribe (17 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más, según sexo, alrededor de 2011.....	149
Gráfico III.6	América Latina y el Caribe (3 países): tiempo destinado por la población ocupada al trabajo remunerado, al trabajo no remunerado y al tiempo libre	150
Gráfico III.7	América Latina y el Caribe (15 países): tasa bruta de homicidios, 2008-2011	153
Gráfico III.8	América Latina (7 países): mujeres de 15 a 49 años, actualmente o anteriormente unidas, que sufren, o han sufrido alguna vez, violencia física por parte de su pareja	156
Gráfico III.9	América Latina (países seleccionados): violencia doméstica contra niños y niñas	157
Gráfico IV.1	América Latina: afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según sexo, quintil de ingreso per cápita, nivel educativo y grupo de edad, alrededor de 2002 y de 2011	176
Gráfico IV.2	América Latina (17 países): efecto marginal de la inserción en el sector informal sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011	186

Gráfico IV.3	América Latina (17 países): efecto marginal del trabajo a tiempo parcial sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011	187
Gráfico IV.4	América Latina (17 países): efecto marginal de la categoría ocupacional sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, 2011.....	187
Gráfico IV.5	América Latina (17 países): efecto marginal del quintil de ingresos del trabajo sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, 2011	188
Gráfico IV.6	América Latina (17 países): efecto marginal del sexo sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011	189
Gráfico IV.7	América Latina (17 países): efecto marginal del tramo etario sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, 2011	189
Gráfico IV.8	América Latina (17 países): efecto marginal del nivel educativo sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, 2011	190
Gráfico IV.9	América Latina (17 países): efecto marginal de la jefatura de hogar sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011	190
Gráfico V.1	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social y de su participación en el gasto público total, 1992-1993 a 2010-2011	197
Gráfico V.2	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público total y tasas de variación bienal, 1992-1993 a 2010-2011	198
Gráfico V.3	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social como proporción del PIB, 1992-1993 a 2010-2011	200
Gráfico V.4	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social per cápita, 1992-1993 a 2010-2011	200
Gráfico V.5	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social, por sectores, 1992-1993 a 2010-2011	201
Gráfico V.6	América Latina y el Caribe (21 países): evolución anual del gasto público en salud y del PIB, 1993-2012	204
Gráfico V.7	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, del gasto público total y del gasto público social, 1992-1993 a 2010-2011	205
Gráfico V.8	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1992-1993, 2000-2001 y 2010-2011	206
Gráfico V.9	América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto per cápita en salud	207
Gráfico V.10	América Latina: monto medio mensual del gasto de bolsillo en salud por hogar, y gasto en medicamentos y en especialidades como porcentaje del gasto de bolsillo en salud, por quintiles de ingreso, alrededor de 2006	212
Gráfico V.11	América Latina (18 países): aumento coyuntural de la pobreza relativa como efecto de los gastos de bolsillo en salud	213
Gráfico V.12	América Latina (promedio simple de 18 países): hogares que efectúan gastos de bolsillo en salud, por quintiles de ingreso, alrededor de 2006	214
Gráfico V.13	América Latina (18 países): incidencia de la pobreza relativa en los hogares con y sin gasto de bolsillo en salud	214
Gráfico V.14	Gasto en salud anual per cápita en países de renta alta y de renta media, por edad	216
Gráfico V.15	América Latina y Europa (países seleccionados): proyección de la proporción de la población de 60 años y más respecto del total de la población, 2010-2060	217
Gráfico V.16	América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del PIB per cápita, 2010-2060	218
Gráfico V.17	América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del gasto en salud como proporción del PIB, 2010-2060	219
Recuadros		
Recuadro I.1	Método utilizado para la medición de la pobreza	54
Recuadro I.2	Indicadores para la medición de la pobreza	54

Recuadro I.3	Medición multidimensional de la pobreza: aplicaciones recientes	60
Recuadro I.4	Una experiencia pionera: el enfoque de necesidades básicas insatisfechas	62
Recuadro I.5	El método de Alkire y Foster.....	66
Recuadro II.1	La medición multidimensional de la pobreza infantil: identificación y agregación	104
Recuadro II.2	El tiempo: una dimensión que contribuye a la comprensión de la pobreza en la infancia.....	114
Recuadro II.3	Los indicadores de pobreza multidimensional como instrumentos para las políticas públicas	130
Recuadro V.1	Actualización del gasto social	202
Recuadro V.2	Uso de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares para el análisis de sus gastos de bolsillo en salud	210

Mapas

Mapa II.1	Costa Rica: niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de vivienda, por cantones, 2011	127
Mapa II.2	República Bolivariana de Venezuela: niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de agua potable, por divisiones administrativas menores, 2011	128

Presentación

En esta edición de 2013 del *Panorama Social de América Latina* se presentan las mediciones oficiales de la CEPAL respecto del análisis de la pobreza por ingresos y se procura ofrecer enfoques novedosos sobre pobreza y bienestar, poniendo especial énfasis en enfoques multidimensionales. Cabe aclarar que estos análisis, justamente por ser exploratorios, no son necesariamente exhaustivos. El criterio para su incorporación responde a la certeza de que, tanto en el ámbito de la política social y de la evaluación del desarrollo social como de las nuevas demandas ciudadanas, emerge la necesidad de analizar, además de la pobreza por ingresos, otros enfoques que proporcionen mayores matices acerca del progreso y el rezago en materia social y permitan un diseño más integral de las políticas públicas.

Como es habitual, en el capítulo I se presentan las cifras actualizadas sobre pobreza e indigencia en América Latina. Los datos de 2012 reafirman la tendencia a la disminución observada a lo largo de los últimos diez años, aun cuando el ritmo de reducción de la pobreza, y en particular de la indigencia, se ha desacelerado en forma paulatina. En lo que respecta a la distribución del ingreso, si bien en 2012 se incrementó levemente el grado de concentración en algunos países, se corrobora la tendencia a la baja que se viene manifestando desde hace algunos años.

En el capítulo I se abordan también otros enfoques para la medición multidimensional de la pobreza. En atención al creciente interés manifestado por los países de la región acerca de estas medidas y su potencial para el análisis de las políticas públicas, se exploran conceptual y empíricamente diferentes dimensiones, umbrales y formas de agregación, para avanzar, todavía de manera exploratoria, en la construcción de un índice de pobreza multidimensional pertinente y factible de aplicar en la región.

Se desarrolla el análisis tomando como base un núcleo de indicadores no monetarios de carencias, utilizados tradicionalmente en el método de las necesidades básicas insatisfechas, se muestran los resultados para distintos indicadores de la pobreza multidimensional y su evolución en el tiempo. Asimismo, se discute el vínculo de la medición por carencias con la medición por insuficiencia de ingresos y se presentan los resultados que se obtienen al agregar al núcleo básico de indicadores una medida monetaria de privación. Posteriormente, se explora la implementación empírica de una definición más amplia de la pobreza, en la que se agregan dimensiones relacionadas con carencias en materia de protección social y afiliación institucional.

En el capítulo II, para analizar la evolución de la pobreza infantil se aplica un método de medición de privaciones múltiples desde un enfoque de derechos. Esta opción, tomada en el marco de un acuerdo entre la CEPAL y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha permitido reconocer las especificidades que asumen la pobreza y la extrema pobreza en la infancia y apela al análisis de diversos niveles de privación material y de acceso a bienes y servicios públicos que afectan derechos infantiles básicos y que son constitutivos de este flagelo¹.

Esta medición se vincula con las medidas más clásicas de indigencia y pobreza por métodos monetarios. No solo se mide la extensión de la pobreza infantil en América Latina y un conjunto de países del Caribe, tanto por ingresos como por privaciones, sino que se distinguen, para cada privación, niveles de intensidad que permiten diferenciar la pobreza de la extrema pobreza entre niños, niñas y adolescentes. En lo referente a las privaciones, se da cuenta de los cambios en su intensidad, de su reducción en diversas dimensiones y de su peso relativo en los actuales niveles de pobreza. El uso de los sistemas de información geográfica permite localizar la pobreza infantil y las privaciones, y facilitar la formulación de políticas públicas a nivel nacional y local.

¹ Por tratarse de un estudio conjunto de la CEPAL y el UNICEF, se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que incluye a la población de 0 a 17 años de edad.

En el capítulo III se plantean dimensiones constitutivas del bienestar desde las cuales es posible obtener una mirada integrada y multidimensional y, en ese marco, se abordan tres dimensiones —espacio, tiempo y convivencia— que han sido soslayadas en las discusiones sobre el bienestar en América Latina.

Por ejemplo, en la dimensión de espacio, un medio ambiente sano es condición necesaria para el bienestar de las personas. Durante las últimas décadas el medio ambiente en América Latina ha estado sometido a impactos de distinto tipo e intensidad. El deterioro de la calidad del aire es una de las transformaciones principales de los entornos urbanos y un factor de creciente malestar. Además, la exposición a la contaminación atmosférica urbana y, en especial, al material particulado (PM10) conlleva un grave un riesgo para la salud de las personas y genera un aumento de la tasa de mortalidad.

En cuanto a la dimensión de tiempo, el equilibrio entre tiempo laboral pagado, tiempo de trabajo doméstico no remunerado y tiempo libre (o tiempo “no obligado”) es otra condición necesaria del bienestar. La duración de la jornada laboral en promedio en América Latina y el Caribe sigue siendo demasiado extensa comparada con la mayor parte de los países de la Unión Europea, y la gran mayoría de las mujeres siguen sosteniendo el grueso de la carga del trabajo de cuidado en los hogares, lo que restringe mucho más su tiempo libre.

También se aborda la dimensión de convivencia del bienestar, que requiere de una convivencia social positiva, democrática y no violenta. En ello sin duda un indicador crítico es la alta tasa de homicidios en la región, que expresa la presencia de alto nivel de violencia en la convivencia pública. Complementariamente, en los hogares persiste un alto nivel de violencia doméstica contra mujeres, niños y niñas.

En el capítulo IV se presenta una visión actualizada de la cobertura de la afiliación a la salud y las pensiones en América Latina por la vía del mercado laboral y tras la vida activa.

Desde muy diversos puntos de partida y en distintas magnitudes según los países, la afiliación a la salud y las pensiones de los asalariados ha crecido en la región, lo cual da cuenta de una dinámica positiva en el mercado laboral. No obstante, en algunos países continúa siendo muy baja y está relativamente estancada; y cuanto más baja es la afiliación promedio, más concentrada está por ingresos. Por una parte, hay amplias brechas de acceso a la afiliación a la protección social por ingresos, niveles educativos y tipos de ocupación. Por otra parte, las brechas de género se han estrechado en los asalariados con mejor inserción laboral. En general, la afiliación a la salud es superior a la de las pensiones. A lo largo del espectro laboral, la afiliación es mayor en el sector público que en las empresas privadas; en los países con los niveles de afiliación más bajos, la situación desventajosa de trabajadores de las microempresas se acentúa. Asimismo, la afiliación de los no asalariados revela grandes desventajas.

En materia de salud, la afiliación de las personas pensionadas muestra niveles altos en los 14 países en que pudo medirse, incluso en países donde la cobertura global de la población está muy rezagada. Sin embargo, en las pensiones efectivas, la mayoría de los 16 países analizados tienen un contingente de personas de 65 años y más con un acceso a pensiones relativamente bajo. La distribución desigual por ingreso es más extrema en los países con las más bajas coberturas de pensionados. Según el país, el valor de las pensiones en términos reales ha experimentado alzas o caídas, que varían por nivel de ingreso. Por sus trayectorias laborales y disposiciones de los sistemas, las mujeres tienen pensiones más bajas.

En el capítulo V se examinan las tendencias recientes del gasto público social y el gasto público en salud, así como los efectos del gasto de bolsillo de salud y del envejecimiento demográfico sobre los gastos en salud.

Hasta el año 2011 el gasto público social seguía en alza, tanto en montos absolutos como en su proporción en el gasto público total y en la del producto interno bruto, aunque con tendencias diferentes según países. Sin embargo, los nuevos datos sobre las ejecuciones presupuestarias en el área social indican que en 2012 se habría iniciado un proceso de contención del aumento de los gastos sociales, a fin de reducir los déficits fiscales registrados recientemente por muchos países de la región. Pero esta reducción relativa del ritmo de crecimiento del gasto público social también es producto de la reducción o eliminación de programas de asistencia social y otras medidas aplicadas para enfrentar los efectos de la crisis financiera internacional de 2008 y 2009 (transferencias, programas públicos de empleo o estímulos fiscales a los sectores económicos para favorecer la generación privada de empleo).

El gasto público social en salud se muestra inestable en los años noventa, y se fortalece al mismo tiempo que el conjunto del gasto público social en la década de 2000. La crisis financiera y sus efectos en las economías no habrían

golpeado significativamente al sector, aunque su crecimiento hacia fines de la década pasada y comienzos de la presente ha seguido un ritmo bastante menor. Por otra parte, se evalúa el gasto de bolsillo en salud, la participación de la población pobre y no pobre en dicho gasto, y sus efectos en el bienestar.

Otro elemento considerado en el capítulo es el impacto de la transición demográfica y su proyección a futuro sobre los costos de la salud. El acelerado envejecimiento previsto para las próximas décadas en muchos países de la región debería ocasionar un aumento considerable del gasto total en salud, que incidiría en su aumento relativo dentro del gasto social total y como proporción del PIB.



Síntesis

- I. La pobreza desde distintas miradas
- II. La pobreza infantil en América Latina y el Caribe: perspectiva multidimensional y con enfoque de derechos
- III. Dimensiones soslayadas del bienestar: espacio, tiempo y convivencia
- IV. La protección social en América Latina: una mirada actualizada a la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones
- V. Tendencias recientes del gasto social y consideraciones económicas, sociales y demográficas sobre el gasto en salud

Bibliografía

Capítulo I

La pobreza desde distintas miradas

En el *Panorama Social de América Latina, 2013*, la pobreza se aborda desde distintas perspectivas y sobre todo con una mirada multidimensional. Tal mirada permite analizar de manera más pormenorizada no solo la magnitud de la pobreza, sino también su intensidad y sus rasgos diferenciales en distintos grupos, además de orientar la formulación de políticas de superación de la pobreza más consistentes con políticas integrales en favor del bienestar.

A. Análisis de la pobreza por ingresos

El producto por habitante de América Latina y el Caribe creció un 4,5% en 2010, un 3,2% en 2011 y solo un 1,9% en 2012, año en que se deterioró la economía mundial. Pero a pesar del crecimiento moderado de la economía, como resultado de la generación de empleos la tasa de ocupación aumentó, absorbiendo el pequeño incremento de la tasa de participación en la actividad económica, y permitió que la tasa de desempleo disminuyera levemente, del 6,7% al 6,4%, situándose en el menor nivel de las últimas décadas (CEPAL/OIT, 2013). El poder adquisitivo de los salarios medios se mantuvo o se incrementó en la mayoría de los países con información disponible, en concordancia con los bajos niveles que presentó la inflación, cuyo promedio simple pasó del 7,1% al 5,4% entre 2011 y 2012.

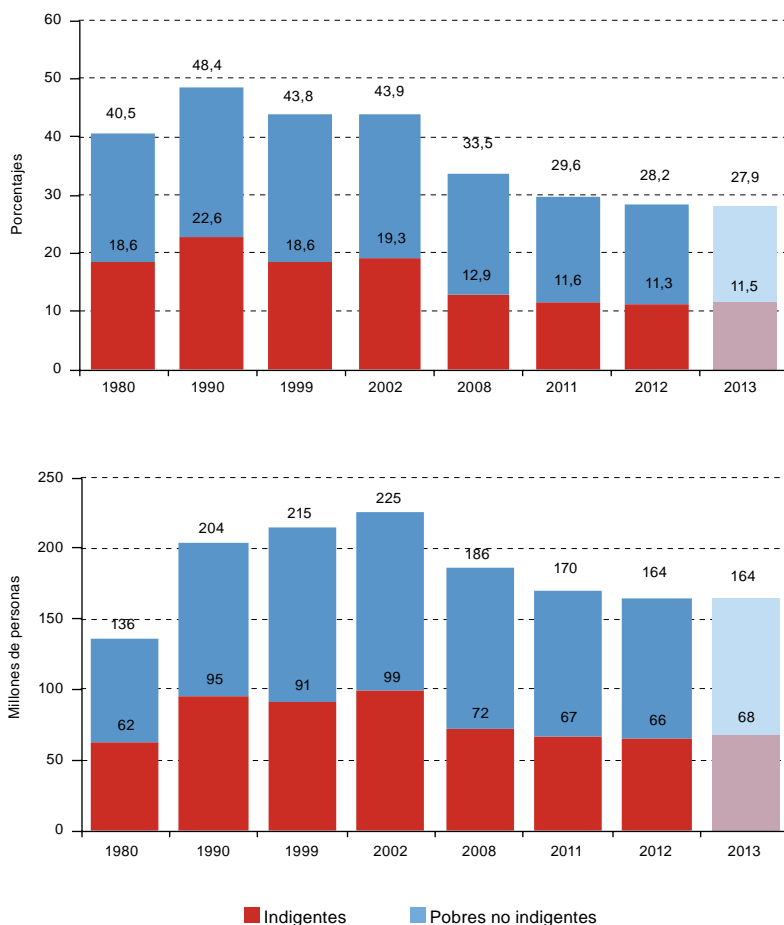
En este contexto, en 2012 un 28,2% de la población de América Latina era pobre y la indigencia, o pobreza extrema, llegaba a un 11,3%. Esto significa que 164 millones de personas son pobres, de las cuales 66 millones son pobres extremos (véase el gráfico 1).

Con respecto a la tasa de pobreza de 2011 (29,6%), estas cifras representan una disminución de 1,4 puntos porcentuales. La pobreza extrema se mantuvo sin cambios apreciables, ya que el valor observado en 2012 es apenas 0,3 puntos porcentuales inferior al de 2011 (11,6%). El número de personas pobres decreció en aproximadamente 6 millones en 2012, mientras que el número de personas indigentes prácticamente se mantuvo constante.

Prácticamente sin excepciones, se ha producido en la región una caída de la pobreza que en promedio llega a 15,7 puntos porcentuales acumulados desde 2002. La pobreza extrema también registra una caída apreciable, de 8,0 puntos porcentuales, aun cuando su ritmo de disminución se ha frenado en los años recientes. En efecto, entre 2002 y 2007 el número de personas pobres se redujo a una tasa del 3,8% anual y el número de personas indigentes a un ritmo del 7,1% anual. En cambio, entre 2007 y 2012 la velocidad con que se ha reducido el número de personas con ingresos insuficientes cayó al 2,5% anual en el caso de la pobreza y al 0,9% anual en el caso de la indigencia.

Observando en forma individual a los once países que cuentan con información al año 2012, se advierte que en seis se registraron disminuciones de los niveles de pobreza (véase el cuadro 1). La República Bolivariana de Venezuela presentó la mayor reducción de la pobreza, de 5,6 puntos porcentuales (del 29,5% al 23,9%), y de la pobreza extrema, de 2,0 puntos porcentuales (del 11,7% al 9,7%). En el Ecuador la pobreza bajó 3,1 puntos porcentuales (del 35,3% al 32,2%) y la indigencia 0,9 puntos porcentuales (del 13,8% al 12,9%). En el Brasil la pobreza disminuyó 2,3 puntos (del 20,9% al 18,6%) y la pobreza extrema 0,7 puntos (del 6,1% al 5,4%). En el Perú se registró una caída de la tasa de pobreza de 2,0 puntos y en la Argentina y Colombia la reducción fue algo superior a 1 punto porcentual. En estos tres países la pobreza extrema no presentó cambios apreciables respecto de los niveles de 2011.

Gráfico 1
América Latina: evolución de la pobreza y de la indigencia, 1980-2013^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 el porcentaje y el número total de personas pobres (indigentes y pobres no indigentes). Las cifras de 2013 corresponden a una proyección.

Por su parte, los niveles de pobreza en Costa Rica, El Salvador, la República Dominicana y el Uruguay se mantuvieron constantes con respecto a la estimación previa. En la mayoría de estos países la pobreza extrema tampoco registró variaciones apreciables, con la excepción de El Salvador, donde disminuyó 3,2 puntos porcentuales. México es el único país con información disponible a 2012 donde los indicadores de pobreza aumentaron, pero las variaciones son de pequeña magnitud (del 36,3% al 37,1% en el caso de la pobreza y del 13,3% al 14,2% en el caso de la pobreza extrema).

Si bien la tasa de pobreza a nivel regional es el resultado de la evolución observada en cada uno de los países, los cambios registrados en los países de mayor población cumplen un papel preponderante. En 2012 tuvieron un peso importante las caídas observadas en el Brasil y en Venezuela (República Bolivariana de), que implicaron una disminución del número de personas pobres de alrededor de 6 millones, así como el aumento observado en México, que significó que alrededor de 1 millón de personas adicionales fueron contabilizadas como pobres.

Para 2013 no se prevén cambios apreciables en los niveles de pobreza e indigencia de América Latina, ya que el crecimiento del producto por habitante será similar al de 2012 y no cabe esperar variaciones importantes en el empleo ni la inflación.

Cuadro 1
América Latina (18 países): personas en situación de pobreza y de indigencia,
alrededor de 2005, de 2011 y 2012^a
(En porcentajes)

País	Alrededor de 2005			Alrededor de 2011			2012		
	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina ^b	2005	30,6	11,9	2011	5,7	1,9	2012	4,3	1,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2004	63,9	34,7	2009	42,4	22,4	...	...	...
Brasil	2005	36,4	10,7	2011	20,9	6,1	2012	18,6	5,4
Chile	2006	13,7	3,2	2011	11,0	3,1	...	...	...
Colombia ^c	2005	45,2	13,9	2011	34,2	10,7	2012	32,9	10,4
Costa Rica ^d	2005	21,1	7,0	2011	18,8	7,3	2012	17,8	7,3
Ecuador	2005	48,3	21,2	2011	35,3	13,8	2012	32,2	12,9
El Salvador	2004	47,5	19,0	2010	46,6	16,7	2012	45,3	13,5
Guatemala	2006	54,8	29,1	...	...	...	...	...	...
Honduras	2006	71,5	49,3	2010	67,4	42,8	...	...	...
México	2006	31,7	8,7	2010	36,3	13,3	2012	37,1	14,2
Nicaragua	2005	61,9	31,9	2009	58,3	29,5	...	...	...
Panamá	2005	31,0	14,1	2011	25,3	12,4	...	...	...
Paraguay	2005	56,9	27,6	2011	49,6	28,0	...	...	...
Perú ^e	2003	52,5	21,4	2011	27,8	6,3	2012	25,8	6,0
República Dominicana	2005	47,5	24,6	2011	42,2	20,3	2012	41,2	20,9
Uruguay	2005 ^b	18,8	4,1	2011	6,5	1,1	2012	5,9	1,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2005	37,1	15,9	2011	29,5	11,7	2012	23,9	9,7

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 La CEPAL está llevando a cabo un proceso de actualización de las estimaciones de pobreza, cuyos resultados se verán reflejados en el *Panorama Social* de 2014.

^b Áreas urbanas.

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

^d Las cifras de 2011 y 2012 no son estrictamente comparables con las de años anteriores.

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

B. Análisis multidimensional de la pobreza

En esta sección se aborda la medición de la pobreza en América Latina desde una perspectiva multidimensional, con un carácter esencialmente exploratorio, sin el propósito de presentar una medida definitiva de pobreza multidimensional de la región, pero incorporando un enfoque que permite complementar la medición convencional. Aun cuando no se han alcanzado consensos metodológicos sobre la medición multidimensional de la pobreza en el contexto regional ni internacional, se considera útil explorar diferentes dimensiones, umbrales y formas de agregación que permitan avanzar en la construcción de indicadores pertinentes y factibles de aplicar en la región.

El análisis empírico se construye sobre la base de un núcleo de indicadores que tradicionalmente han formado parte de las mediciones de necesidades básicas insatisfechas (véase el cuadro 2), a los cuales se añaden posteriormente una medida de privación por ingresos y algunas dimensiones no incluidas habitualmente en el análisis de la pobreza. Se considera pobres a aquellas personas con carencias en al menos dos de los indicadores considerados. La agregación de los resultados en un índice sintético se basa en la metodología propuesta por Alkire y Foster (2009).

Cuadro 2
Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza sobre la base de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas

Dimensiones	Indicadores de carencias
Agua y saneamiento	
Carencia de acceso a fuentes de agua mejorada	Áreas urbanas: cualquier fuente de agua excepto red pública Áreas rurales: pozo no protegido, agua embotellada, fuentes de agua móvil, río, quebrada, lluvia y otros
Carencia de sistema de eliminación de excrementos	Áreas urbanas: no disponer de servicio higiénico o de un sistema de evacuación conectado a red de alcantarillado o fosa séptica Áreas rurales: no disponer de servicio higiénico o tener un sistema de evacuación sin tratamiento
Energía^a	
Carencia de energía eléctrica	Hogares que no tienen electricidad
Combustible para cocinar riesgoso para la salud	Hogares que usan leña, carbón o desechos para cocinar
Vivienda^b	
Precariedad de materiales de la vivienda	Vivienda con piso de tierra, en zonas rurales y urbanas, o precariedad de los materiales del techo y muros
Hacinamiento	Tres o más personas por cuarto, en áreas rurales y urbanas
Educación	
Inasistencia a la escuela	En el hogar, al menos un niño en edad escolar (6 a 17 años) que no asiste a la escuela
No logro de un nivel educativo mínimo	En el hogar, ninguna persona de 20 años o más alcanzó un nivel educativo mínimo. - Personas de 20 a 59 años: no cuentan con baja secundaria completa - Personas de 60 años y más: no cuentan con primaria completa

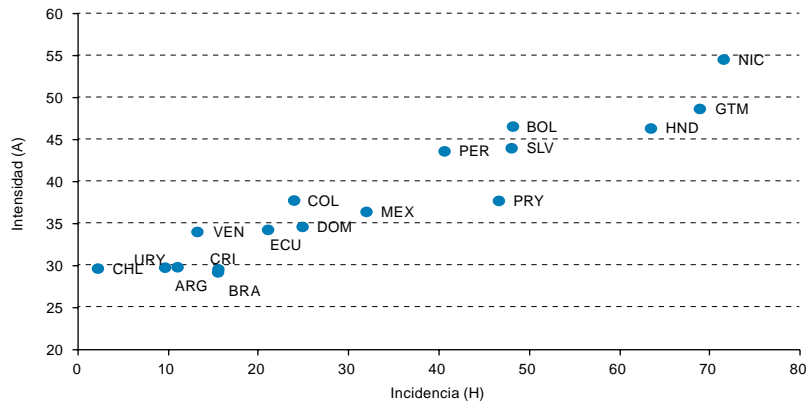
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a En la Argentina solo se cuenta con información sobre el combustible, y en Chile y Venezuela (República Bolivariana de) solo se dispone de datos sobre el acceso a la energía eléctrica. Dado que la privación de combustible suele ser más prevalente que la privación de energía eléctrica, es probable que la carencia total en la dimensión de energía esté subestimada para Chile y Venezuela (República Bolivariana de).

^b En el Brasil solo se cuenta con información sobre los materiales de la vivienda.

En el gráfico 2 se muestra el índice de recuento (H), o porcentaje de personas con al menos dos carencias, y el índice de intensidad (A), que expresa el porcentaje medio de privaciones experimentadas por las personas pobres. Así, por ejemplo, si en Nicaragua la intensidad gira en torno al 55%, esto significa que en promedio los pobres de ese país tienen 4,4 privaciones de las 8 privaciones analizadas. Es posible constatar que el porcentaje de personas pobres presenta un amplio rango de dispersión, que va de un 10% o menos en Chile (2%), el Uruguay (10%) y la Argentina (11%) hasta más del 60% en Nicaragua (71%), Guatemala (69%) y Honduras (63%).

Gráfico 2
América Latina (17 países): índice de recuento (H) e intensidad (A), 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 a 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009). Los datos de la Argentina se refieren a áreas urbanas.

Asimismo, los países con los mayores índices de recuento suelen presentar también las más altas intensidades de pobreza, vale decir, los países con más pobres son también aquellos donde la pobreza es más intensa, vale decir, coexiste entre los pobres un número mayor de privaciones. Pero se observan algunas excepciones. Por ejemplo, hay

mucha similitud en el índice de intensidad de la pobreza entre Bolivia (Estado Plurinacional de) y Honduras, o entre Colombia y el Paraguay, aun cuando el índice de recuento difiere considerablemente entre estos países.

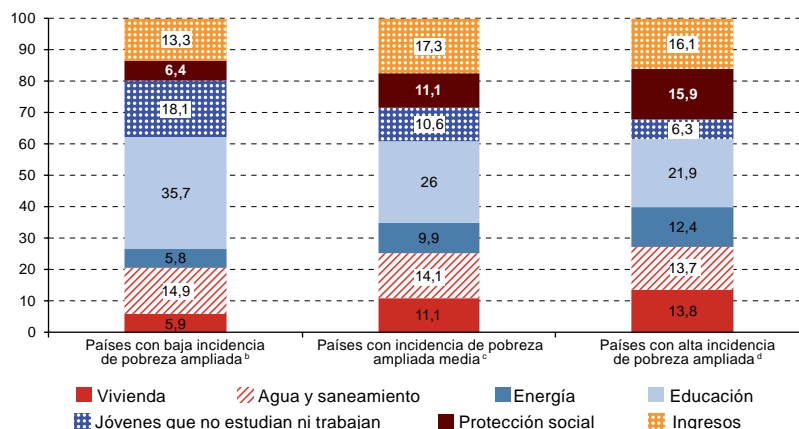
Es necesario evaluar también qué sucede cuando se integra la pobreza por ingresos como una dimensión más en la medición por carencias, en el entendido de que ambas son medidas incompletas del bienestar y su combinación permite reducir los errores de exclusión que surgen de utilizar solo una de estas medidas. Los resultados muestran que la complementariedad entre las medidas de pobreza multidimensional y monetaria es mayor en los países donde la pobreza medida por medio de carencias no monetarias es menos prevalente y, por tanto, es donde tiene mayor potencial para reducir vacíos de información y disminuir los errores de exclusión.

Más allá de ello, en varios países latinoamericanos, particularmente en los que han experimentado un mejoramiento importante en el nivel de vida de su población, las incidencias de pobreza resultantes son bajas y decrecientes en el tiempo. Ello pone de manifiesto que los indicadores clásicos de necesidades básicas pueden no resultar suficientes para identificar a los pobres, y que se hace necesario incorporar información sobre carencias en otros ámbitos para disponer de una evaluación de la pobreza más apropiada a la realidad de estos países (CEPAL, 2010). En este sentido, resultan complementarios algunos aspectos soslayados del bienestar que se evalúan en este *Panorama Social de América Latina, 2013* para un conjunto de países de la región, como el efecto de la contaminación del aire en la salud, la extensión de las jornadas de trabajo remunerado y no remunerado, y los niveles de violencia doméstica y extradoméstica (véase el capítulo III).

Con el fin de integrar la estructura social como elemento explícito de la perspectiva de medición de la pobreza, se incluyen dos ámbitos de carencias relacionados con la exclusión de las instituciones: la falta de acceso a la protección social y la exclusión institucional entre los jóvenes (que no estudian ni tienen trabajo remunerado).

Los resultados de esta medición “ampliada” de la pobreza, en que se agregan los dos ámbitos señalados, muestran que las carencias en vivienda (hacinamiento y pobreza de materiales) y energía (carencias en electricidad y combustible para cocinar) tienen mayor peso relativo en los países donde se registran las mayores incidencias de pobreza; en cambio, es mayor el peso relativo de las carencias en educación (no asistencia de los niños a la escuela y bajo logro educativo de los adultos) en los países donde la incidencia de pobreza es inferior al 50% (véase el gráfico 3).

Gráfico 3
América Latina (16 países): aporte relativo de dimensiones seleccionadas a la pobreza, por grupos de países, 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 La dimensión de vivienda considera los aspectos de materialidad y hacinamiento. La dimensión de energía incluye las carencias en electricidad y combustible para cocinar. La dimensión de protección social abarca la afiliación a sistemas de salud y de pensiones y/o la recepción de pensiones. Los datos corresponden a 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010) y México (2010).

^b Países con baja incidencia de pobreza ampliada: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.

^c Países con incidencia de pobreza ampliada media: Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de).

^d Países con alta incidencia de pobreza ampliada: Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Honduras y Paraguay.

Cabe destacar que la carencia de protección social pesa más en los países con las mayores incidencias de pobreza medida por privaciones, lo que puede atribuirse a la naturaleza de los indicadores incluidos en el análisis, que miden básicamente la afiliación a los sistemas de protección. Para captar mejor esta carencia parece necesario incluir indicadores que capten la calidad de los servicios a los que se tiene acceso en los países que ya cuentan con altos niveles de afiliación. Por su parte, el hecho de que los jóvenes que no estudian ni trabajan contribuyan de modo creciente a la pobreza total en los países con incidencias más bajas plantea la pregunta de si efectivamente se está captando pobreza o vulnerabilidad a la pobreza mediante este indicador.

En suma, los resultados muestran que no solo hay diferencias de magnitud e intensidad de la pobreza multidimensional entre los países, sino que también las dimensiones que más inciden en la pobreza total son distintas. Esto último significa que las configuraciones de política y las arquitecturas y responsabilidades institucionales deberían ser diferentes.

A manera de conclusión, cabe señalar que el renovado interés por emplear una aproximación multidimensional al examen de la pobreza constituye un escenario propicio para debatir qué es lo que se entiende por pobreza y cuáles son las dimensiones del bienestar relevantes para su comprensión. Si bien la exploración desarrollada en esta edición del *Panorama Social* considera algunos de los elementos básicos de una medición de este tipo, son suficientes para ilustrar las potencialidades y los desafíos que conllevan las medidas multidimensionales. Incluso en su aplicación más tradicional, acotada a las necesidades básicas insatisfechas, es posible comprobar que carencias tales como la falta de acceso al agua potable o al saneamiento siguen afectando a un conjunto importante de personas en la región, lo que conduce a preguntarse si las políticas públicas destinadas a la superación de la pobreza están poniendo suficiente énfasis en el logro de estándares mínimos en dimensiones centrales, más allá del ingreso.

Finalmente cabe mencionar que las aproximaciones multidimensionales a la pobreza suponen nuevos desafíos para la región. Por una parte, queda en evidencia el importante reto que representa el desarrollo de fuentes de información, de manera que estas permitan contar con una medición y caracterización más completa y pertinente de la pobreza desde una perspectiva multidimensional. Por otra parte, se enfrenta un desafío relevante en materia metodológica. Es cierto que los datos de pobreza por ingresos se sustentan en una metodología asimilada desde hace mucho tiempo y que sus resultados se apoyan sólidamente en umbrales de ingresos monetarios que delimitan de manera unívoca a la población pobre y, dentro de ella, a los pobres extremos. Frente a ello, la medición de la pobreza con un enfoque multidimensional de privaciones no cuenta aún con los consensos metodológicos que suelen tener las mediciones por insuficiencia de ingresos y no permite una interpretación tan nítida de resultados; sin embargo, complementa el enfoque de ingresos y hace posible captar tanto a poblaciones en que ambos parámetros coinciden como a grupos que padecen privaciones en necesidades básicas sin que necesariamente sus ingresos los ubiquen bajo la línea de pobreza.

C. Distribución del ingreso

La elevada desigualdad en la distribución de los ingresos es uno de los rasgos característicos de América Latina en el contexto internacional. Los datos más recientes disponibles indican que el quintil más pobre (es decir, el 20% de los hogares con menores ingresos) capta en promedio un 5% de los ingresos totales, con participaciones que varían entre menos del 4% (en Honduras, el Paraguay y la República Dominicana) y el 10% (en el Uruguay), mientras que la participación en los ingresos totales del quintil más rico alcanza un promedio del 47%, con un rango que va del 35% (en el Uruguay) al 55% (en el Brasil) (véase el cuadro 3).

Tal como ha sido reseñado en diversas ediciones del *Panorama Social* y recogido en numerosos estudios distributivos sobre la región, la distribución del ingreso ha mostrado una tendencia a la mejora en los últimos diez años. Estos cambios han ocurrido de manera gradual y son apenas perceptibles en las variaciones año a año, pero son evidentes en una comparación de períodos más largos. Tomando como referencia la información en torno a 2002, las cifras más recientes indican que en ocho países la proporción del quintil más pobre en los ingresos totales se incrementó al menos 1 punto porcentual. A su vez, hay nueve países en que la participación relativa del quintil más rico se redujo 5 puntos porcentuales o más. La participación de este grupo sigue excediendo el 50% en seis países, pero en 2002 había once países con esa característica.

Los cambios que se constatan en la participación de los quintiles extremos en los ingresos totales se reflejan también en las variaciones de los índices de desigualdad. Considerando los 13 países con información disponible a 2011 o 2012, se observa en 12 de ellos una reducción del índice de Gini, que en promedio simple cayó un 1% al año. El ritmo de reducción de la desigualdad superó el 1% anual en la Argentina, el Brasil, el Perú, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), y fue de al menos un 0,5% anual en Chile, Colombia, el Ecuador y Panamá.

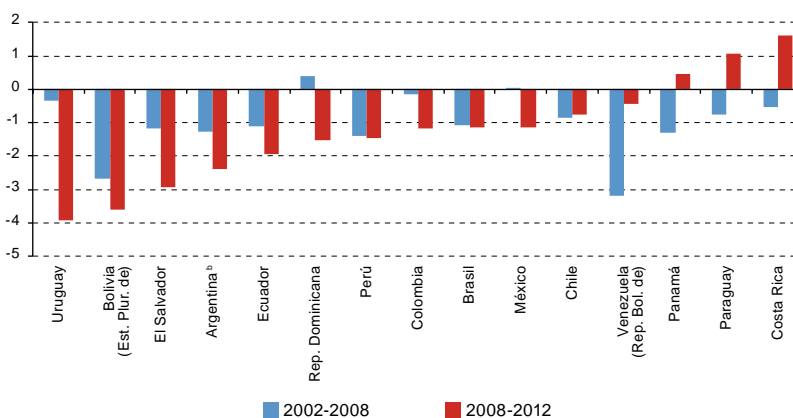
Cuadro 3
América Latina (18 países): distribución del ingreso de los hogares,
por quintiles extremos, alrededor de 2002 y de 2012
(En porcentajes)

	Alrededor de 2002				Alrededor de 2012			
	Año	Participación en el ingreso total (en porcentajes)		Relación del ingreso medio per cápita QV / QI	Año	Participación en el ingreso total (en porcentajes)		Relación del ingreso medio per cápita QV / QI
		Quintil más pobre (QI)	Quintil más rico (QV)			Quintil más pobre (QI)	Quintil más rico (QV)	
Argentina ^a	2002	5,1	55,0	20,6	2012	6,9	43,6	13,2
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	2,2	57,7	44,2	2011	4,4	42,6	15,9
Brasil	2002	3,4	62,3	34,4	2012	4,5	55,1	22,5
Chile	2003	4,9	55,1	18,4	2011	5,5	52,5	15,0
Colombia	2002	4,2	53,3	24,1	2012	4,6	49,8	19,8
Costa Rica	2002	4,2	47,3	17,0	2012	4,7	49,3	16,5
Ecuador ^a	2002	5,1	48,8	16,8	2012	6,4	43,0	10,9
El Salvador	2001	4,1	49,6	20,2	2012	6,9	41,9	10,3
Guatemala	2002	4,8	51,8	19,3	2006	4,3	54,7	23,9
Honduras	2002	3,8	55,2	26,3	2010	3,5	53,7	25,2
México	2002	5,9	49,1	15,5	2012	6,6	46,2	14,0
Nicaragua	2001	3,7	55,5	27,3	2009	5,6	46,0	14,5
Panamá	2002	3,6	52,2	25,8	2011	4,4	48,3	20,3
Paraguay	2001	4,2	51,8	23,2	2011	3,8	52,7	21,3
Perú	2001	4,5	49,6	19,3	2012	5,0	43,7	12,7
República Dominicana	2002	3,9	53,4	20,7	2012	3,9	50,8	19,4
Uruguay ^a	2002	8,8	41,8	10,2	2012	10,0	34,8	7,3
Venezuela (República Bolivariana de)	2002	4,3	48,2	18,1	2012	6,8	39,0	9,4

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.

La tendencia a la reducción de la desigualdad se ha manifestado de manera un poco más pronunciada en los últimos cuatro años del período analizado. Así puede observarse en el gráfico 4, donde se muestra la variación porcentual del índice de Gini en los subperíodos comprendidos entre 2002 y 2008, y entre 2008 y 2012, considerando como punto medio el año 2008, en que se desencadenó la crisis financiera internacional. En efecto, ocho países exhibieron caídas en los índices de desigualdad durante el segundo subperíodo superiores a las registradas en el primer subperíodo. Entre ellos, Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Uruguay presentan las mayores reducciones, sobre el 3% por año. Por otra parte, en Costa Rica, Panamá y el Paraguay la desigualdad se incrementó en el segundo subperíodo, aunque solo en el primer país el balance final da cuenta de un aumento.

Gráfico 4
América Latina (15 países): variación anual del índice de Gini, 2002-2008 y 2008-2012^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 Se incluyen solamente los países con información disponible a 2011 o 2012. Los países están ordenados de acuerdo con la variación en el segundo subperíodo (2008-2012).

^b Áreas urbanas.

Capítulo II

La pobreza infantil en América Latina y el Caribe: perspectiva multidimensional y con enfoque de derechos

Un aspecto preocupante de la evolución de la pobreza monetaria en América Latina y el Caribe es que su incidencia es más elevada en los hogares que tienen un alto nivel de dependencia, lo que deja en una situación de mayor desmedro a los niños, niñas y adolescentes. Ya a mediados de los años noventa se inició en la región el debate sobre la infantilización de la pobreza, concepto cada vez más vigente por la sobrerrepresentación de la infancia y la adolescencia en los índices de pobreza respecto de otros grupos etarios.

Una alta proporción de niños, niñas y adolescentes de la región enfrentan adversidades que los perjudican directamente, repercuten de manera negativa en el resto de sus vidas y se transmiten a las generaciones siguientes. La población infantil y adolescente más afectada suele estar atrapada en situaciones de insuficiencia de ingreso en sus hogares, y de privación de sus derechos de sobrevivencia, abrigo, educación, salud y nutrición, entre otros, es decir, se encuentra privada de activos y oportunidades a las que tienen derecho todos los seres humanos. Además, la pobreza se asocia fuertemente con la exclusión social y la desigualdad.

El análisis de la pobreza que enfrentan los niños, niñas y adolescentes, y la comprensión cabal del fenómeno de la pobreza infantil, requieren una perspectiva comprehensiva. De allí la importancia de avanzar en una medición multidimensional que identifique las privaciones vinculadas a la provisión y calidad de los servicios y bienes públicos que afectan directamente a estos grupos, así como las insuficiencias de ingreso para satisfacer las necesidades de todos los miembros del hogar.

A. Enfoque de derechos y medición multidimensional de la pobreza en la infancia¹

La pobreza infantil es entendida en el trabajo conjunto de la CEPAL y la Oficina Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe como la presencia de privaciones en el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en determinados ámbitos ampliamente reconocidos como constitutivos de pobreza: educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información (CEPAL/UNICEF, 2012).

En el presente capítulo se mide la pobreza infantil a partir de las encuestas de hogares utilizando dos vertientes metodológicas: i) los métodos directos que, basados en la propuesta de la Universidad de Bristol (2003), fueron adaptados para medir privaciones múltiples en la infancia (dos umbrales, que definen la privación grave y la privación moderada en cada dimensión), y ii) los métodos indirectos, representados por la medición de la pobreza absoluta según los ingresos per cápita de los hogares.

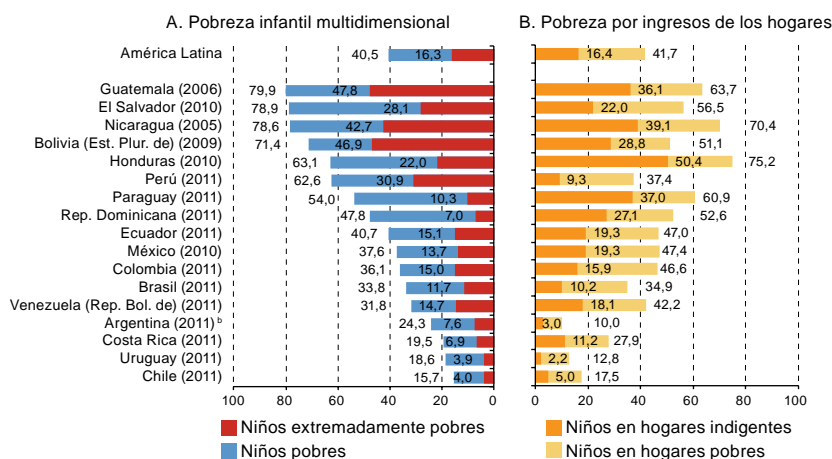
Desde el punto de vista metodológico, las características del enfoque de derechos condicionaron los criterios aquí adoptados. Así, el carácter universal de los derechos implica valorar el derecho o su privación de la misma manera en todos los grupos poblacionales de niños, niñas y adolescentes, sin fijar umbrales distintos para la población urbana y la rural; y la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos conduce a considerar cada privación moderada como indicador de pobreza, debido a que viola o incumple al menos un derecho, y cada privación grave como indicador de extrema pobreza en la infancia.

¹ Por tratarse de un estudio conjunto de la CEPAL y el UNICEF, se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que incluye a la población de 0 a 17 años de edad.

Conforme a lo anterior, en América Latina un 40,5% de los niños, niñas y adolescentes son pobres. Esto implica que en la región la pobreza infantil total afecta a 70,5 millones de personas menores de 18 años. De este total, el 16,3% de los niños, niñas y adolescentes se encuentra en situación de pobreza extrema, entendiendo como tal la existencia de al menos una privación grave. Es decir, uno de cada seis menores es extremadamente pobre, lo que significa que este flagelo afecta a más de 28,3 millones de niños, niñas y adolescentes.

Las realidades difieren mucho según grupos de países. Entre los países con mayor pobreza infantil total (Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú) en promedio un 72% de los niños eran pobres. Entre los países con menor pobreza infantil total (Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador y Uruguay) un 19,5% de los niños se encontraba en dicha situación (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
América Latina (17 países): incidencia de la pobreza infantil extrema y de la pobreza infantil total, y porcentaje de niños en hogares indigentes y pobres (según método del ingreso), 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 Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. En las cifras de niños pobres se incluye a los niños extremadamente pobres, y en las de niños en hogares pobres se incluye a los niños en hogares indigentes. Las cifras del gráfico pueden no coincidir con las del texto, donde se analiza la evolución entre 2000 y 2011, ya que estas últimas solo se refieren a 14 países.

^b Zonas urbanas.

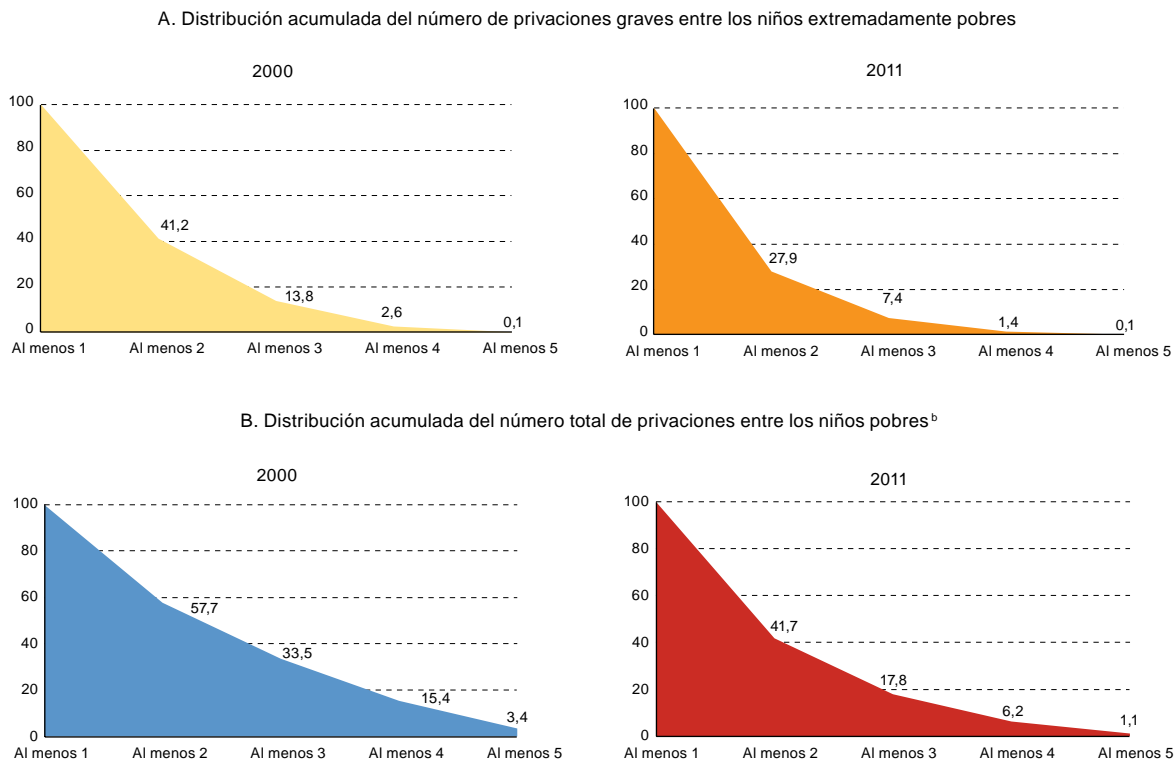
Por otro lado, se presentan mediciones de la pobreza infantil en dos momentos, alrededor de 2000 y de 2011. De acuerdo con estas mediciones, hay una situación auspiciosa, ya que todos los países exhiben un descenso del porcentaje de menores de 18 años privados de algunos de los derechos básicos (pobreza total). En la región (14 países comparables en el tiempo a nivel nacional), la reducción de la pobreza infantil total fue de poco más de 14 puntos porcentuales en el período, pasando del 55,3% de los niños alrededor de 2000 al 41,2% cerca de 2011.

La intensidad de la extrema pobreza (vale decir, la presencia de más privaciones graves a la vez) tiende a ser mayor precisamente donde hay un porcentaje más alto de niños extremadamente pobres. Si bien la existencia de una sola privación grave ya compromete en forma muy seria el desarrollo infantil, la presencia de un “síndrome” de múltiples privaciones alerta sobre una pérdida segura de las oportunidades de aprovechamiento de las potencialidades de los niños y, en definitiva, perpetúa la reproducción intergeneracional de la pobreza. Uno de cada cuatro niños extremadamente pobres sufre un atropello grave en más de un derecho fundamental, y uno de cada tres niños pobres se ve afectado por una privación moderada en más de una necesidad. Es esencial considerar la interacción de privaciones en la formulación de políticas, pues la privación en alguna dimensión suele tener consecuencias sobre la posibilidad y capacidad de ejercer el derecho en una o más de las otras dimensiones (Gordon y otros, 2003; Minujín, Delamónica y Davidziuk, 2006; Kaztman, 2011).

Cabe destacar que en todos los países la reducción de la pobreza y extrema pobreza infantil fue acompañada también de la reducción de su intensidad (porcentaje de niños con múltiples privaciones): en 2000 cerca del 41% de los

niños extremadamente pobres se veían afectados por dos o más privaciones graves y en 2011 este porcentaje se redujo al 28%. Del total de niños pobres, en 2000 el 58% se veían afectados en más de un derecho, porcentaje que en 2011 disminuyó al 42% (véase el gráfico 6). Cabe aclarar que en este análisis la intensidad de la pobreza se representa por el número de privaciones entre pobres (y extremadamente pobres), lo que no necesariamente refleja la gravedad de estas.

Gráfico 6
América Latina (14 países): cambios en la distribución acumulada del número de privaciones graves y del número total de privaciones, 2000 y 2011^a
(En porcentajes)

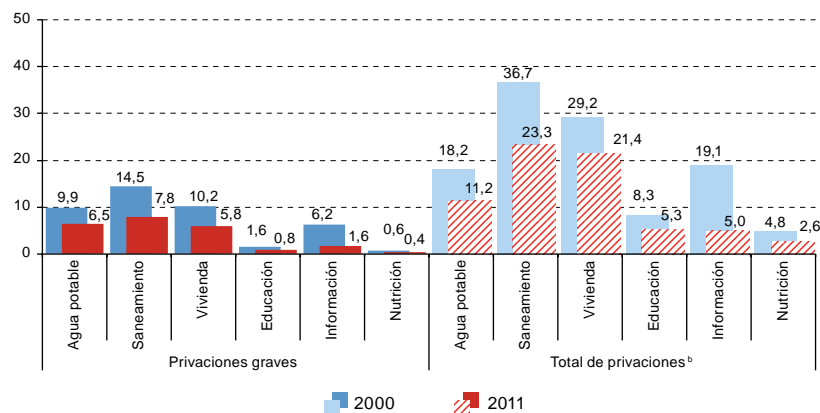


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. En los gráficos se presentan las privaciones en forma acumulada. Por ejemplo, el porcentaje de niños que tienen al menos 3 privaciones incluye a los niños que tienen 4 o 5 privaciones. Los valores iniciales son equivalentes al 100% (niños con al menos 1 privación), ya que las distribuciones fueron calculadas en el universo de niños pobres o extremadamente pobres, según el caso.
^b El total de privaciones corresponde a las privaciones moderadas y graves. Se incluye a los niños en extrema pobreza, cuyas privaciones son graves.

B. Evolución de los niveles de privación por dimensiones en América Latina y en algunos países del Caribe

En América Latina, entre 2000 y 2011 se redujeron en gran medida los niveles de privaciones, tanto moderadas como graves, en todas las dimensiones de la pobreza infantil, sobre todo en saneamiento, vivienda y acceso a la información. Las reducciones menos significativas se observaron en la educación y la desnutrición, dado que a inicios de la década pasada los niveles de privación entre los niños de la región ya eran bajos. La disminución generalizada de las privaciones en todas las dimensiones explica los significativos avances, tanto en la reducción de la pobreza infantil total y extrema como en el descenso de su intensidad (véase el gráfico 7). Las tres dimensiones con mayor peso son las de acceso a servicios sanitarios, calidad de la vivienda y acceso a agua potable, las que incluso no modifican el orden de su contribución entre 2000 y 2011. Sin embargo, al reducirse la extrema pobreza, estas tres dimensiones han cobrado un mayor peso relativo, lo que sugiere que los avances en educación, información y nutrición han tenido una incidencia más importante en su disminución.

Gráfico 7
América Latina (14 países): evolución de las privaciones graves y del total de privaciones en las dimensiones constitutivas de la pobreza infantil, alrededor de 2000 y 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 Promedio de 14 países con información a nivel nacional en ambos momentos. Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad.

^b Incluye las privaciones graves y las privaciones moderadas.

Datos análogos se han podido obtener para siete países del Caribe: Antigua y Barbuda, Belice, Granada, Guyana, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Suriname; para Jamaica se muestra la información disponible sobre algunas privaciones. Las estimaciones fueron elaboradas sobre la base de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y en el caso de Antigua y Barbuda, Granada y Santa Lucía, de las Encuestas de Condiciones de Vida. Estas encuestas se llevaron a cabo entre los años 2005 y 2008. Elaboradas con la misma metodología aplicada para América Latina, estas estimaciones permiten comparar la pobreza infantil con enfoque multidimensional en países del Caribe con la del resto de la región, algo que hasta ahora no era posible con las estadísticas de pobreza monetaria, que se construyen con metodologías diferentes.

Las estimaciones revelan que en estos siete países caribeños se registran niveles de pobreza infantil total de entre el 10% y el 74%, y niveles de pobreza infantil extrema de entre el 1% y el 46% (véase el cuadro 4). Se observa una diferencia marcada entre los países continentales (Belice, Guyana y Suriname) y los insulares (Antigua y Barbuda, Granada, Santa Lucía y Trinidad y Tabago). Belice, Guyana y Suriname registran una incidencia de la pobreza total de más del 60% y una pobreza extrema de más del 35%. En tanto, los países insulares de esta subregión tienen en promedio una incidencia de la pobreza infantil total del 24%, y en el caso de la pobreza extrema del 6%. Esto se explica, en parte, por el alto nivel de pobreza rural en Belice, Guyana y Suriname. En estos tres países, a diferencia de las islas pequeñas del Caribe, las diferencias entre áreas urbanas y rurales son muy marcadas.

Cuadro 4
El Caribe (8 países): incidencia de la pobreza infantil total y extrema^a
(En porcentajes)

	Incidencia de la pobreza infantil total	Incidencia de la pobreza infantil extrema
Antigua y Barbuda (2005) ^b	10	2
Belice (2006)	71	36
Granada (2007/2008) ^b	32	8
Guyana (2006)	74	46
Jamaica (2005) ^c	25	16
Santa Lucía (2005) ^b	25	6
Suriname (2006) ^c	41	30
Trinidad y Tabago (2006) ^d	28	10

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y de las encuestas de condiciones de vida de los países.

^a Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. Las dimensiones de la estimación multidimensional de la pobreza infantil consideradas son agua potable, saneamiento, vivienda, educación, información y nutrición.

^b No se incluye la dimensión de nutrición.

^c La dimensión de información contiene un nivel de omisión significativo en la encuesta, razón por la cual las privaciones están subestimadas.

^d No se incluye la dimensión de información.

Las distintas privaciones remiten a intervenciones sectoriales pero que deben ser articuladas bajo una visión integral del fenómeno de la pobreza. Al respecto, es preciso estar consciente de que las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los niños también muchas veces implican mejorar la calidad de vida de todos los integrantes de la familia. Además, es preciso considerar que la sola intervención sectorial, si bien puede reducir la privación en una dimensión de la pobreza infantil, no necesariamente asegura el cumplimiento de los restantes derechos fundamentales de los niños, y que en el marco de la cultura de la pobreza, los niños también suelen ver vulnerados derechos no considerados en las medidas de pobreza, como la explotación infantil o la violencia física y psicológica que se ejerce contra ellos. Por ese motivo, la integralidad de las acciones de lucha contra la pobreza infantil no solo refiere a la actuación coordinada de los Estados en distintas políticas y programas de carácter sectorial, sino que también debe considerar aspectos psicosociales y promover dentro de las familias una cultura de reconocimiento y respeto a los derechos de los niños.

Capítulo III

Dimensiones soslayadas del bienestar: espacio, tiempo y convivencia

La visión multidimensional de la pobreza que se ha presentado en dos enfoques alternativos en los capítulos precedentes responde, en última instancia, a la idea de que el bienestar requiere ser pensado también de manera multidimensional. Los indicadores usados comúnmente capturan solo en parte la complejidad del fenómeno. Es el caso del PIB, que se centra en la producción de bienes y servicios sin considerar aspectos como la distribución del ingreso, la justicia, las libertades, la capacidad de las personas de tener una vida con sentido, la satisfacción con la vida y la sustentabilidad del progreso económico.

Desde hace algunos años se están llevando a cabo distintas iniciativas con el fin de consensuar la evaluación de un conjunto de ámbitos para poder contar con una visión más pormenorizada del bienestar. Una de las más importantes es el proyecto global *Midiendo el Progreso de las Sociedades*, liderado por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Esta iniciativa surgió para fomentar el desarrollo de conjuntos de indicadores económicos, sociales y ambientales clave para facilitar la comprensión del bienestar de una sociedad. También intenta motivar el uso de indicadores para informar y promover procesos de toma de decisiones en el sector público, privado y de la organización civil.

Considerando estos antecedentes, en este capítulo se abordan algunas dimensiones constitutivas del bienestar que contribuyen a una mirada integrada y multidimensional. Se trata de tres dimensiones principales —espacio, tiempo y convivencia— que han sido soslayadas en las discusiones sobre el bienestar en América Latina y que van más allá de las necesidades básicas “de primera generación” que remiten a dimensiones sectoriales como la salud, la educación, las condiciones de trabajo, la vivienda o la situación económica.

Esta propuesta adquiere una significación particular en América Latina, en un contexto marcado por tres factores distintos: i) avances importantes en el cumplimiento de las metas globales de desarrollo y, en particular, una reducción significativa de los niveles de pobreza; ii) la persistencia de elevados niveles de desigualdad en la distribución del ingreso así como de un amplio repertorio de desigualdades sociales, y iii) la emergencia y creciente visibilidad de un conjunto de expresiones de malestar social motivadas por cuestiones diversas, entre las cuales destaca el medio ambiente, la educación, el transporte público y las reivindicaciones de poblaciones indígenas.

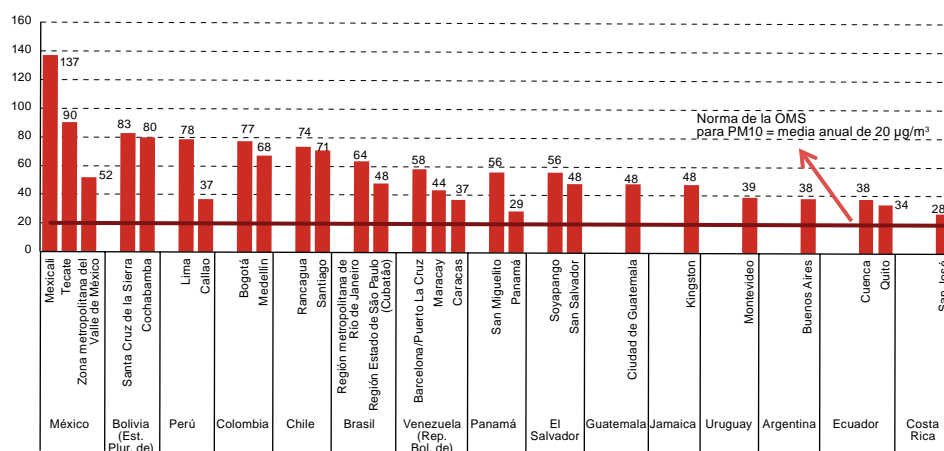
A. El espacio: problemas ambientales en las ciudades

El espacio es una de las dimensiones materiales fundamentales de la vida humana. Remite al medio ambiente que habitamos e incluye el agua, el suelo, el aire, los objetos, los seres vivos, las relaciones entre hombres y mujeres, y elementos intangibles como los valores culturales. Un espacio (o medio ambiente) saludable es una condición necesaria para que las personas puedan alcanzar niveles dignos de bienestar.

Durante las últimas décadas, el medio ambiente en América Latina ha estado sometido a impactos de distinto tipo e intensidad como resultado del modelo de desarrollo. Todas estas transformaciones inciden en el bienestar de las personas. El deterioro de la calidad del aire es una de las transformaciones que más afectan el bienestar de las poblaciones urbanas de la región.

Los países han realizado esfuerzos significativos para implementar programas de gestión de la calidad del aire. Sin embargo, los niveles de contaminación atmosférica en muchas ciudades siguen siendo preocupantes: amplios sectores de la población de América Latina están expuestos a niveles de contaminación atmosférica que exceden los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al menos 27 ciudades de la región superaban en 2007-2008 los límites de material particulado PM10 recomendados por la OMS, entre las cuales hay diez ciudades capitales.

Gráfico 8
América Latina y el Caribe (ciudades seleccionadas): promedio anual de material particulado (PM10), alrededor de 2008-2009
 (En microgramos por metro cúbico)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de Organización Mundial de la Salud (OMS), "Outdoor air pollution in cities" [en línea] http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/

La exposición a la contaminación atmosférica urbana, y en particular al PM10, conlleva un grave riesgo para la salud de las personas y genera un aumento de la tasa de mortalidad (y de morbilidad). Se ha señalado que en América Latina y el Caribe al menos 100 millones de personas están expuestas a la contaminación atmosférica a niveles superiores a los límites recomendados por la OMS (Cifuentes y otros, 2005). Los grupos más vulnerables a los efectos de la contaminación del aire son los niños, los adultos mayores, las personas con ciertas condiciones de salud preexistentes y quienes se encuentran en situación de pobreza.

La exposición al material particulado aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como el cáncer de pulmón. En aproximadamente cuatro años (2004-2008), menos de un tercio de los países (7 de 24) han presentado una disminución de las muertes por causas relacionadas con la contaminación atmosférica. Por cierto, ello no se condice con el grado de urgencia con que se debería actuar frente a muertes que son evitables utilizando estrategias de salud pública y ambientales preventivas, en especial si se considera que según la OMS una reducción de la contaminación por PM10 de 70 a 20 microgramos por metro cúbico permite reducir alrededor de un 15% de las muertes vinculadas a la mala calidad del aire. Es muy importante tomar conciencia de que la exposición a la contaminación atmosférica se ha transformado en una de las principales causas de mortalidad, sobre la cual es imperativo actuar mediante políticas públicas eficaces.

B. El tiempo: tiempo disponible, trabajo remunerado y trabajo no remunerado

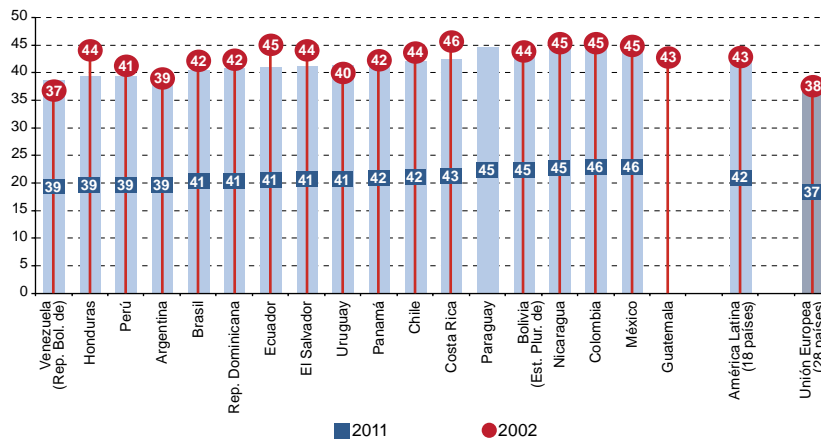
El tiempo es otra de las dimensiones fundamentales de la vida humana. El bienestar presente de las personas depende en gran medida de lo que hacen y pueden hacer y, por tanto, del tiempo que pueden dedicar a distintas actividades. Sin embargo, la vida cotidiana de cada uno está sujeta a diversas restricciones que limitan esa libertad. El tiempo es, pues, un recurso limitado a lo largo de la vida de una persona.

El tiempo laboral pagado, que se destina a generar recursos monetarios para cubrir diversas necesidades, es parte esencial en la vida de la mayoría de las personas. Mientras mayor es la cantidad de tiempo laboral pagado, menor es la cantidad de tiempo con que cuentan las personas para realizar otras actividades, como las vinculadas a las responsabilidades familiares y el descanso. Mediante la reducción de la jornada de trabajo, que ha sido una de las reivindicaciones más constantes del movimiento laboral durante gran parte del siglo XX, se ha buscado preservar la salud de los trabajadores y trabajadoras, incluida su salud mental.

Existen significativas diferencias en la duración de la jornada laboral que se encuentran asociadas a factores como la edad, el sexo y el tipo de empleo. Sin embargo, la jornada laboral media en América Latina sigue siendo muy extensa. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países europeos –donde las personas trabajan en promedio 37 horas semanales– en América Latina y el Caribe la jornada laboral sigue siendo muy superior al límite de 40 horas semanales y no se observa una tendencia hacia su reducción.

Pero no todo el valor que se crea mediante el trabajo es remunerado. De hecho, una proporción importante de lo que se produce en la sociedad no se valoriza monetariamente. Todo el trabajo en los hogares que realizan las personas, en su mayoría mujeres, como las tareas de cocina, limpieza y cuidado de otras personas, se efectúa sin remuneración y sin que un contrato regule la remuneración, las responsabilidades y los beneficios que conllevan dichas tareas.

Gráfico 9
América Latina (18 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011
(En horas semanales)



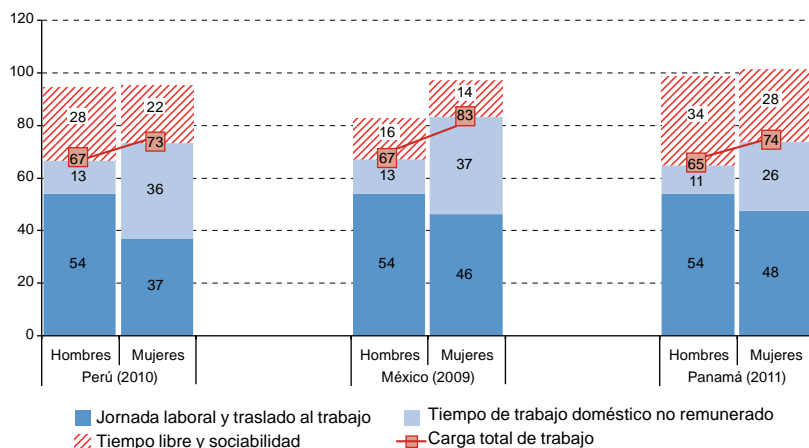
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

De acuerdo con la información disponible, las mujeres dedican muchas más horas al día al trabajo doméstico no remunerado que los hombres. Eso significa que la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no ha sido compensada por una mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico. En otras palabras, en América Latina la división sexual del trabajo se ha transformado en forma parcial y desigual.

La carga global de trabajo se refiere a la suma de las horas destinadas al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, incluido el cuidado de niños, familiares ancianos y enfermos.

Según la información de que se dispone, la carga total de trabajo de las mujeres ocupadas es superior a la de los hombres. Esta sobrecarga de trabajo afecta seriamente el bienestar de las mujeres ocupadas, en particular de aquellas que viven en pareja y que tienen niños menores en edad preescolar. Las mujeres jefas de familia también tendrían una elevada carga de trabajo. Todas ellas sufrirían “pobreza de tiempo”, lo que implica una escasa disponibilidad de tiempo para el descanso, el ocio, las actividades recreativas, la convivencia familiar y la sociabilidad.

Gráfico 10
América Latina (países seleccionados): tiempo destinado por la población ocupada al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado y tiempo libre^a
 (En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas sobre uso del tiempo de México, 2009; Panamá, 2011 y Perú, 2010.

^a Las encuestas sobre uso del tiempo que se han realizado en América Latina tienen diferencias metodológicas en su diseño y ejecución. Además, no se dispone de un clasificador estandarizado y homologable, lo que dificulta las comparaciones entre ellas. Se han seleccionado las encuestas de México, Panamá y el Perú para ilustrar los usos del tiempo, dado que son semejantes en la cobertura de actividades que contemplan. Estas incluyen jornada laboral, trabajo doméstico no remunerado, tiempo libre y sociabilidad, necesidades personales y trabajo voluntario.

C. La convivencia: altos niveles de violencia en América Latina

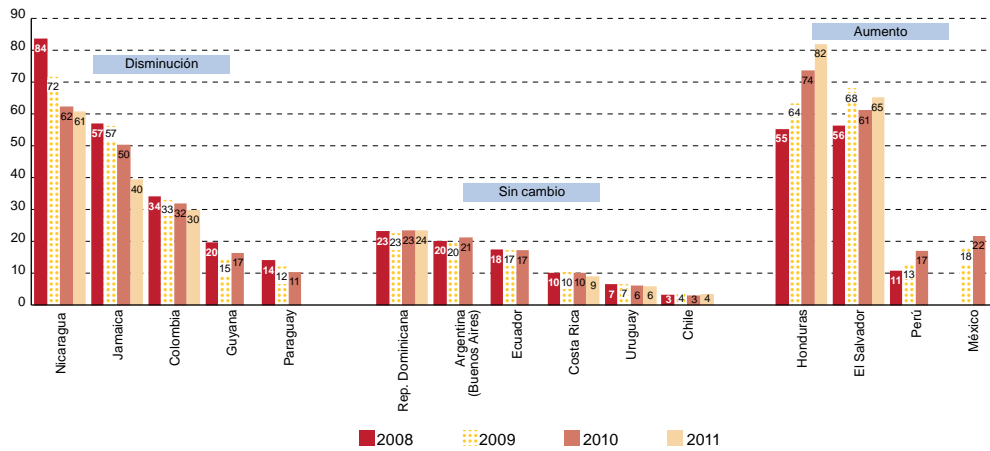
La convivencia es otra dimensión fundamental de la vida humana. El bienestar de las personas requiere que ellas participen en ese proceso continuo de construcción de un sentido de pertenencia a una vida en común que otorga sentimientos de seguridad y proyección vital. El bienestar debiera incluir, por tanto, formas de convivencia social positivas y pacíficas, en que todos puedan sentirse parte de la sociedad.

Sin embargo, los procesos de modernización y urbanización acelerada que han tenido lugar en América Latina durante las últimas dos décadas han generado diversos problemas de convivencia. Uno de los principales es la violencia, en su doble vertiente de violencia en espacios públicos y violencia doméstica.

La tasa de homicidios es uno de los indicadores más relevantes de inseguridad ciudadana o violencia en espacios públicos. Según el *Estudio mundial sobre el homicidio, 2011* realizado por las Naciones Unidas, en 2010 el 31% del total de homicidios cometidos en el mundo ocurrieron en el continente americano, que ocupa el segundo lugar después de África (36%) (UNODOC, 2011). La tasa de homicidios en el continente americano (15,6 por cada 100.000 habitantes) es más del doble de la tasa media mundial (6,9 por cada 100.000 habitantes).

La elevada tasa media de homicidios en el continente americano oculta importantes diferencias entre países. Por otro lado, el homicidio ha presentado distintas tendencias en la región en los últimos años. Así, en algunos países —como Honduras, El Salvador, el Perú y México— se registra un fuerte aumento mientras que, a la inversa, en Nicaragua, Jamaica y Colombia la tasa ha disminuido (véase el gráfico 11).

Gráfico 11
América Latina y el Caribe (15 países): tasa bruta de homicidios
por cada 100.000 habitantes, 2008-2011^a
(En número por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) [en línea] http://www.seguridadyregion.com/images/Indicadores/muertes%20por_homicidio.pdf.

^a En el Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) se define el homicidio como las “lesiones intencionales ocasionadas por una persona a otra que causan la muerte” (esto excluye las muertes por lesiones de tránsito y otras lesiones no intencionales). Los casos considerados son “toda víctima de homicidio conocida por las autoridades ocurrida en cualquier sitio del país”. Se incluyen los femicidios. El Brasil está en proceso de integración al SES, razón por la cual no se incluye información sobre este país.

Otra forma de violencia prevalente es aquella en el ámbito doméstico (o familiar). El porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de una pareja varía entre un 33%, registrado en Colombia, y un 14%, en Haití. Así, según los datos estadísticos disponibles, un alto porcentaje de mujeres en la región sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de su pareja.

Finalmente, es importante resaltar el fenómeno de la violencia doméstica contra niños y niñas en América Latina y el Caribe. Al considerar las formas de castigo más usadas por ambos padres con sus hijos o hijas, destacan las reprimendas verbales. Sin embargo, el porcentaje de niños y niñas que son castigados con golpes —incluidas palmadas— es muy alto, lo que indica que la violencia física hacia los menores es una realidad que persiste de forma masiva y cotidiana en la región.

En una última reflexión se debe considerar la sinergia existente entre los distintos aspectos del bienestar aquí abordados. Sin duda los buenos usos del espacio en el marco de políticas urbanas que proyecten espacialmente la convivencia ampliada pueden tener efectos positivos en la reducción de la violencia. De manera recíproca, un grado menor de violencia urbana contribuye a mejorar la disposición de la ciudadanía a usar la ciudad de modos más constructivos y sostenibles. La relación entre descongestión espacial y descongestión en el uso del tiempo es también directa, precisamente porque la congestión urbana redundando en una mayor absorción de tiempos de desplazamiento, entre otros aspectos. Así, es importante, al momento de diseñar las políticas, valorar las sinergias potenciales que pueden lograrse al gestionar distintas dimensiones del bienestar.

Capítulo IV

La protección social en América Latina: una mirada actualizada a la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones

Diversos riesgos tales como la enfermedad, las restricciones para satisfacer las necesidades de cuidado de niños y de personas frágiles o con discapacidad, los episodios de desempleo y subempleo, y la pérdida o radical disminución de ingresos en la vejez son factores determinantes del bienestar presente y futuro de todas las personas. Tales factores las afectan con diversa duración e intensidad. Aunque están determinados de manera crucial por las asimetrías propias de sus condiciones socioeconómicas, escapan en distinta medida a su control. Así, la gama de riesgos frente a los cuales se debiera estar protegido es muy amplia y evoluciona conforme se transforman las sociedades.

En este marco, una clave fundamental para evaluar las políticas de protección social, ya sean financiadas con recursos fiscales o contributivos, consiste en determinar cómo responden a las dinámicas de riesgos y a su distribución social. En tal sentido, es fundamental identificar cómo se brindan los servicios, cuál es la diversidad de riesgos frente a los cuales otorgan protección y cómo se especifican los beneficios. A continuación se analizarán dos de estas dimensiones que son esenciales en la protección social, la afiliación a los sistemas de salud y de pensiones.

Como lo ha planteado la CEPAL, la protección social debe regirse por los siguientes principios²:

- **El principio de universalidad:** a todos los ciudadanos, como miembros de la sociedad, se les deben garantizar, en calidad de derechos, determinadas protecciones o beneficios (con ciertas características en cuanto a cantidad y calidad) que son necesarios para su participación plena en la sociedad. En términos del aseguramiento, este principio se orienta a que todos los miembros de la sociedad cuenten con la certeza de un nivel y una calidad de bienestar, que deben ser los máximos que permita el desarrollo económico en un momento dado. Ello no significa que todo beneficio sea universalizable, sino que la sociedad establece, a partir de pactos, los estándares de calidad y de cobertura que deben garantizarse a todos sus miembros.
- **El principio de solidaridad:** las personas deben participar en el financiamiento de la política social de acuerdo con la capacidad económica de cada una, para coadyuvar de ese modo a asegurar la universalidad y la equidad en el acceso a las prestaciones sociales. En este principio se asume también que, dadas las externalidades del bienestar individual, existe una estrecha interrelación entre el bienestar individual y el bienestar social.
- **Los criterios de selectividad:** son criterios tendientes a asegurar que los servicios sociales lleguen a la población más pobre. Para atender al carácter multidimensional y heterogéneo de la pobreza, debe existir una interacción benéfica entre las políticas universales e integrales, y las selectivas y diferenciadas.
- **El principio de eficiencia:** para que la igualdad sea mayor y sustantiva, el uso de los recursos públicos debe ser eficiente de manera de potenciar los principios de universalidad y solidaridad, sin contraponerlos. Este principio no debe entenderse exclusivamente en términos de sus efectos macro y microeconómicos sino, en última instancia, como vinculado a la capacidad de alcanzar los objetivos sociales definidos.

De acuerdo con lo anterior, los principales retos que se les plantean a los sistemas de protección social en la región son: i) avanzar hacia la universalidad de la protección social y de sus beneficios, lo que a su vez requiere promover pactos sociales para asegurar su prioridad y mejorar las capacidades para su ejecución; ii) nivelar las

² Véase al respecto CEPAL, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile, 2006.

condiciones existentes en el ámbito productivo, reduciendo la heterogeneidad de la estructura productiva, lo que permitirá lograr un mejor financiamiento de la protección social y optimizar el impacto de las políticas sociales; iii) avanzar en materia de institucionalidad laboral, ya que el desarrollo histórico de la protección social se vincula con la legislación laboral y con las regulaciones de las condiciones de trabajo y de los despidos, de las negociaciones colectivas, de las políticas de capacitación y educación, y de las capacidades de supervisión del cumplimiento de las normativas, y iv) superar la fragmentación y la segmentación de la protección social, en el marco de una solidaridad integral, en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos.

A. Una primera mirada a la cobertura

La afiliación a los sistemas de salud y de pensiones que se registra en las encuestas de hogares es una aproximación válida a la trayectoria de la protección social, aunque no es indicativa de la calidad o del rango de los servicios de salud a los que efectivamente tienen acceso las personas. En el caso de la población pensionada, sí pueden medirse mediante las encuestas los ingresos recibidos por este concepto, lo que brinda indicios sobre las trayectorias laborales de las personas y sobre los sistemas de pensiones vigentes.

Entre los años 2002 y 2011, la cobertura de la protección social en salud y pensiones de los asalariados ha crecido en América Latina, aunque ciertamente en distintas magnitudes y desde muy diversos puntos de partida. En materia de la afiliación, esa evolución refleja una dinámica positiva del mercado laboral, más reveladora aún si se considera que tuvo lugar en el marco de la crisis financiera y económica mundial, la más grave acontecida desde la Gran Depresión, que en algunos planos ha tenido efectos en la región. De todas formas, en algunos países la cobertura continúa siendo muy baja.

Con la excepción de Honduras, la afiliación de los asalariados a sistemas de salud es mayor que a sistemas de pensiones (véanse los gráficos 12 y 13). Por la alta correlación que existe entre estas dos coberturas, en los países donde se registra baja cobertura esta se observa en ambas dimensiones. Por otro lado, los países que cuentan con mayores niveles de afiliación a sistemas de pensiones (del 76% en promedio) muestran un nivel de afiliación a salud de alrededor del 90% y varios de ellos tienen sistemas de salud que tienden a la universalización mediante mecanismos contributivos y no contributivos. Los países con cobertura intermedia de afiliación a pensiones ostentan niveles más variados de afiliación a la salud, que alcanzan un promedio de casi un 65% y se distribuyen en un rango entre el 49% y el 75%; la gran excepción a este grupo es Colombia, cuya cobertura en salud aumentó del 53% en 2002 al 92% en 2011, mientras que la de pensiones experimentó un aumento importante pero menor (de 16 puntos porcentuales).

Como promedio de 16 países de la región, las diferencias por género favorecen a las mujeres asalariadas en ambos puntos del tiempo (2002 y 2011) y las mejorías del acceso en ambos indicadores las han beneficiado en mayor proporción. Sin embargo, se registran importantes excepciones a esta tendencia: en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Perú, la República Dominicana y el Uruguay –grupo en que se incluyen algunos de los países de más alta cobertura–, ellas registran menores niveles de afiliación a sistemas de pensiones, lo que no ocurre en el caso de los sistemas de salud, con la única excepción de la República Dominicana. Por otro lado, las mejoras en ambos indicadores han favorecido proporcionalmente más a los hombres en Chile, Colombia, Guatemala y Honduras.

Se observan en el acceso a los sistemas de pensiones y de salud notorias disparidades por quintiles de ingresos. Del mismo modo, existen profundas brechas según niveles educativos, aunque con tendencias a la disminución, sobre todo en salud. Entre las categorías extremas —asalariados con educación universitaria frente a asalariados con educación primaria incompleta— las diferencias de los niveles de afiliación a los sistemas de pensiones y de salud son de 55 y 40 puntos porcentuales, respectivamente. En cuanto a las tendencias de acceso por grupos de edad, si bien en todos los grupos se registró un aumento de la afiliación tanto a pensiones como a salud, el acceso en ambos indicadores se puede describir como una curva en U invertida, porque tanto al comienzo como hacia el final de la vida activa los niveles de afiliación son menores. Esto resulta problemático pues indica que entre los trabajadores más jóvenes se postergan los ahorros para pensiones y que los adultos mayores no reciben una plena atención de salud.

La distribución de la falta de cobertura en la región provee una base argumentativa para fortalecer políticas universales y con financiamiento solidario, pues la desprotección afecta a sectores sociales a lo largo de todo el espectro de ingresos, aunque claramente en magnitud y profundidad muy diversas. Este tema pone de manifiesto la necesidad de velar por la eficiencia y la calidad de los sistemas de seguridad social y por la existencia de vínculos adecuados entre los beneficios y su financiamiento, de manera de hacer atractivos los beneficios para que sean valorados.

B. Algunos aspectos de la afiliación a los sistemas de salud en los países

La afiliación a los sistemas de salud como promedio de los países de América Latina aumentó en torno a 12 puntos porcentuales entre 2002 y 2011. Las excepciones las constituyen El Salvador, que anotó un leve retroceso, y el Uruguay (áreas urbanas) que, con un nivel ya muy alto en 2002 (más del 98%), prácticamente no registró mejorías. Los avances más significativos se observaron en Colombia, el Ecuador (áreas urbanas), el Perú y la República Dominicana, donde se registraron aumentos de entre 21 y 39 puntos porcentuales.

Destacan también la Argentina (áreas urbanas), Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay (áreas urbanas), que exhiben las mayores coberturas de salud en ambos puntos del tiempo. Colombia logró un avance considerable a lo largo de diez años, hasta alcanzar una de las afiliaciones más altas de la región. Se observan asimismo esfuerzos muy notables de ampliación en el Ecuador (áreas urbanas), México, el Perú y la República Dominicana, que ostentan afiliaciones intermedias dentro del conjunto de países; incrementos importantes en la Argentina (áreas urbanas) y Bolivia (Estado Plurinacional de), y más moderados en el resto de los países. El Salvador muestra una evolución negativa anterior a la reforma de salud que está en marcha y en Honduras hay un virtual estancamiento del bajo nivel de afiliación. Lamentablemente, en las encuestas consultadas no era posible distinguir la afiliación en salud en el Brasil, que cuenta con un sistema universal.

Al observar por separado la situación de los países en que existe alta, media o baja afiliación de los asalariados, se comprueba que cuanto más baja es la afiliación global de estos trabajadores, más rezagados se encuentran, en términos relativos, aquellos que laboran en microempresas o en el servicio doméstico.

En cuanto a los sectores de empleo, se advierte que la afiliación es mayor entre los empleados públicos que entre aquellos de la empresa privada, lo que remite entre otras causas a problemas de evasión y a fallas de supervisión de los mercados laborales. La afiliación a los sistemas de salud de los profesionales y técnicos de microempresas se redujo (junto con la afiliación a los sistemas de pensiones) en cuatro de los países que tienen los niveles de afiliación más bajos. La afiliación a la salud del servicio doméstico (mayor que su afiliación al sistema de pensiones) es claramente desventajosa, pero muestra incrementos notables en Colombia, el Ecuador, México y el Perú, y más discretos en otros cinco países.

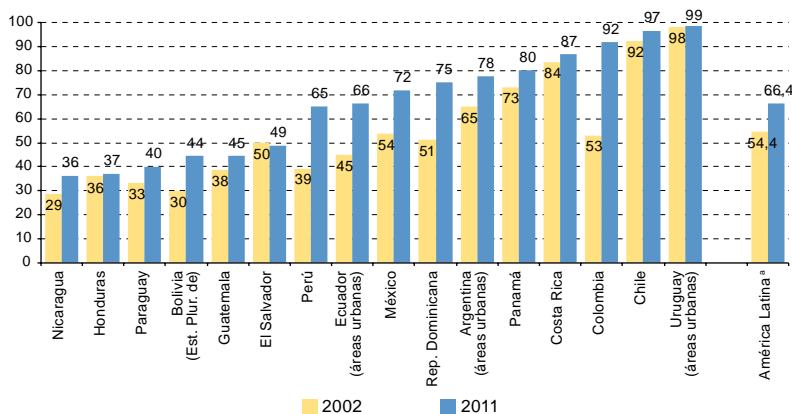
En los 15 países en que se pudo analizar la afiliación a los sistemas de salud de los no asalariados, resalta su enorme retraso respecto de los asalariados. Las situaciones más favorables se observan en Chile, Colombia, Costa Rica y el Uruguay. Pero aún dentro de ese marco global de claro rezago —con la excepción de los países más desaventajados del conjunto— la afiliación de los no asalariados ha crecido en los últimos años; los avances más notorios se registran en Colombia y el Perú. La afiliación de las mujeres exhibe una situación de desventaja que es menor en el caso de los sistemas de salud que en los de pensiones.

Al considerar la distribución socioeconómica de la afiliación, se observa la desigualdad existente en materia de protección social entre los no asalariados. Son muy notorios los contrastes entre el primer y el quinto quintil de ingresos, en la afiliación tanto al sistema de pensiones como de salud. Pero incluso entre los asalariados se observa que cuando la afiliación media es más baja, está más concentrada por ingresos. Las brechas entre niveles de ingresos de la afiliación a los sistemas de salud son menores que las de la afiliación a pensiones y tienden a reducirse: la diferencia de acceso entre el quinto quintil y el primer quintil era de casi 36 puntos porcentuales en 2011, mientras que en 2002 llegaba a casi 44 puntos.

Aunque los gradientes de no afiliación se reducen conforme los ingresos son mayores, incluso en el quintil de mayores ingresos un contingente de la población no está afiliada a ningún sistema de salud, tal como ocurre en los demás quintiles. Esto tiene lugar en una magnitud algo menor que en el caso de las pensiones y con grandes variaciones entre países, y puede deberse a cierto tipo de contratos laborales o bien puede expresar la autoselección de quienes se restan voluntariamente de afiliarse porque se aseguran por vía del mercado o incurren en gastos de bolsillo. Si la seguridad social carece de barreras de entrada y actúa como reaseguro de los mercados privados, algunas personas pueden tratar de migrar a la seguridad social cuando requieren prestaciones de salud indispensables que no son cubiertas por sus pólizas o cuando los gastos de bolsillo se elevan en exceso.

En cuanto a las personas pensionadas, en los 14 países comparados destaca su alta afiliación a los sistemas de salud, incluso en aquellos países donde la cobertura global de la población muestra un alto rezago. Con solo una excepción, la afiliación a la salud de los pensionados también se incrementó entre 2002 y 2011.

Gráfico 12
América Latina (16 países): afiliación a sistemas de salud de los asalariados de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011
(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 simple de 16 países.

C. Algunos aspectos de la afiliación a los sistemas de pensiones en los países

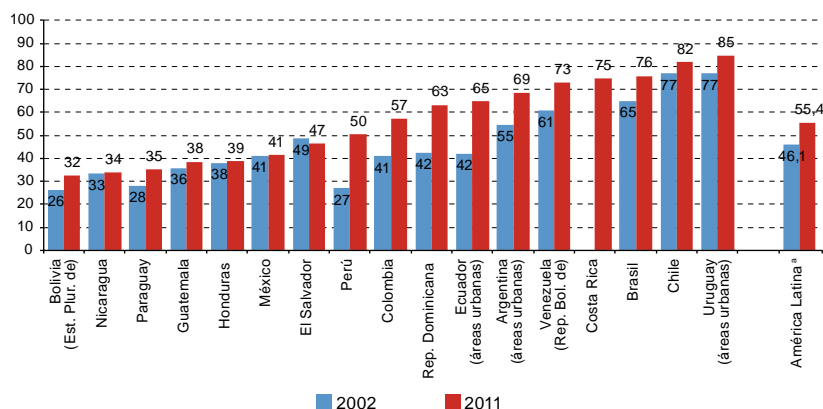
De acuerdo con los niveles actuales de afiliación de los asalariados a los sistemas de pensiones, pueden distinguirse tres grupos de países. El de mayor cobertura está compuesto por la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Uruguay (áreas urbanas) y Venezuela (República Bolivariana de), cuyos niveles de afiliación fluctúan entre el 68% y el 85%. En el segundo grupo se incluyen Colombia, el Ecuador (áreas urbanas), El Salvador, México, el Perú y la República Dominicana, países donde los niveles de afiliación varían entre el 41% y el 65% de los asalariados. Finalmente, Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay exhiben menores niveles de cobertura, que fluctúan entre el 30% y el 40%.

En América Latina, el acceso de los asalariados a los sistemas de pensiones mostró entre 2002 y 2011 un aumento relativamente moderado, de poco más de 9 puntos porcentuales, y llegó al 55,4% (promedio simple de 16 países). Los incrementos fueron especialmente significativos en las áreas urbanas de la Argentina, Colombia, las áreas urbanas del Ecuador, el Perú y la República Dominicana, donde alcanzaron entre 14 y 23 puntos porcentuales. Solo en El Salvador se registra una disminución de 2 puntos porcentuales, y en Honduras, México y Nicaragua las variaciones no son estadísticamente significativas (véase el gráfico 13).

Las notables diferencias que exhiben los niveles de afiliación a los sistemas de pensiones según la inserción laboral de los asalariados expresan diferencias de la calidad del empleo. La afiliación es generalizada entre los empleados

públicos: como promedio alcanza casi un 88% en los sistemas de pensiones y poco más de un 90% en los sistemas de salud, situación que era relativamente similar alrededor de 2002 (si bien se registraban 7 puntos porcentuales menos en cada caso). Entre los asalariados del sector privado que trabajan en empresas pequeñas, medianas o grandes la afiliación baja al 66% si se trata de los sistemas de pensiones y al 73% en el caso de los sistemas de salud, aunque muestra una mejoría mayor entre 2002 y 2011. Entre los asalariados de microempresas, se registran niveles aun menores (del 20% y el 39%, respectivamente) y una mejoría insignificante a lo largo del período que se analiza. Se observa un rezago incluso mayor en el servicio doméstico, compuesto principalmente por mujeres. En contraste con el acceso a los sistemas de salud, los avances en la afiliación a los sistemas de pensiones de las categorías de empleo más precario no han sido significativos.

Gráfico 13
América Latina (17 países): afiliación a sistemas de pensiones de los asalariados de 15 años y más, alrededor de 2002 y de 2011
(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 simple de 16 países. Se excluyen aquellos que no cuentan con información para los dos años considerados.

En el grupo de países en que pudo medirse la situación de los no asalariados, se comprobó que la afiliación a las pensiones es claramente excluyente y más desventajosa para las mujeres; aun así se observan incrementos de esta cobertura. Los países donde existe un mayor nivel de afiliación de este segmento de la población son el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay. Destaca un incremento importante de la afiliación masculina en el Perú.

Como es previsible, hay diferencias notorias en el acceso tanto a sistemas de pensiones como de salud según quintiles de ingresos. En 2011, la diferencia entre los niveles de afiliación a pensiones de los trabajadores asalariados pertenecientes al quinto quintil y al primer quintil de ingresos, como promedio de los países de América Latina, era de casi 49 puntos porcentuales y mostraba un incremento leve respecto de 2002.

Sin embargo, los cambios revelan que la distribución socioeconómica de la afiliación a pensiones se ha vuelto un poco menos regresiva en varios países, incluidos México y El Salvador. Costa Rica, seguida de lejos por el Uruguay, es el país donde un mayor porcentaje de asalariados de menores ingresos están afiliados a pensiones. En otros países se observa también una importante ampliación relativa de la cobertura de los sectores de menores ingresos, como ocurre en la Argentina, el Brasil, Chile, el Ecuador, el Perú y la República Dominicana. En el Ecuador, los aumentos son más parejos en los distintos quintiles, mientras que en el Estado Plurinacional de Bolivia la participación del primer quintil en relación con el de mayores ingresos también aumenta. Por el contrario, en seis países aumentó la desigualdad en esta materia.

Si bien se observan grandes variaciones cuando se comparan los países, sobresale el hecho de que incluso en el quintil superior hay un contingente que no está afiliado a ningún sistema de pensiones. También se advierte una falta de acceso relativa en este ámbito en los quintiles segundo, tercero y cuarto, en que los gradientes de desprotección varían mucho según la condición socioeconómica, pero que en ningún caso es comparable a la del primer quintil de ingresos.

La afiliación a los sistemas de pensiones se ha vuelto menos regresiva en la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, El Salvador, México, el Perú y la República Dominicana; en Costa Rica y el Ecuador el incremento es bastante parejo a través de los quintiles de ingresos, lo mismo que en la República Dominicana, donde se observa una mayor progresividad si se consideran los quintiles extremos. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador, el Paraguay y el Perú, se observan avances importantes del acceso de los sectores intermedios. En Guatemala y el Uruguay, se ha reducido levemente la participación del quintil de menores ingresos.

D. Determinantes de la afiliación de los trabajadores a los sistemas de pensiones: un análisis multivariado

Como objeto de investigación y de referencia para las políticas públicas, es importante conocer los factores determinantes de la afiliación a los sistemas de pensiones. Con ese fin se realizó un ejercicio para individualizar el efecto de una gama de variables explicativas de la afiliación de los trabajadores de entre 15 y 64 años de edad, consideradas conjuntamente mediante estimaciones a partir de modelos *probit* corregidos por sesgos de selección.

Al analizar los determinantes de la afiliación de los trabajadores a los sistemas de pensiones, se observan patrones comunes entre los países, pero también heterogeneidades. En términos generales, se identifica el papel determinante de las características de los puestos de trabajo. La pertenencia al sector informal, el desempeño de un trabajo a tiempo parcial y la condición de trabajador por cuenta propia o del servicio doméstico muestran una menor probabilidad de afiliación que la ocupación en el sector formal.

También surgen patrones nítidos cuando se consideran las ramas de actividad: los trabajadores de la construcción, el comercio y la agricultura exhiben, en la mayoría de los países, una probabilidad de afiliación significativamente menor que los trabajadores industriales (categoría omitida). En varios países centroamericanos, se identifica también un efecto negativo del sector de los servicios.

En cuanto a las características personales de los trabajadores, no se detecta un patrón claro de diferencias entre hombres y mujeres (controlando por otras características personales y del puesto de trabajo). La probabilidad de afiliación es considerablemente menor en el grupo etario más joven (entre 15 y 29 años de edad) en relación con los trabajadores de 45 años y más, en casi todos los países. Por último, la asociación entre probabilidad de afiliación y nivel educativo resulta claramente positiva en casi todos los países (mientras mayor es el nivel de educación, más probabilidades de afiliación existen), pero hay diferencias entre ellos en términos de la magnitud y significación de los efectos por tramos de nivel educativo.

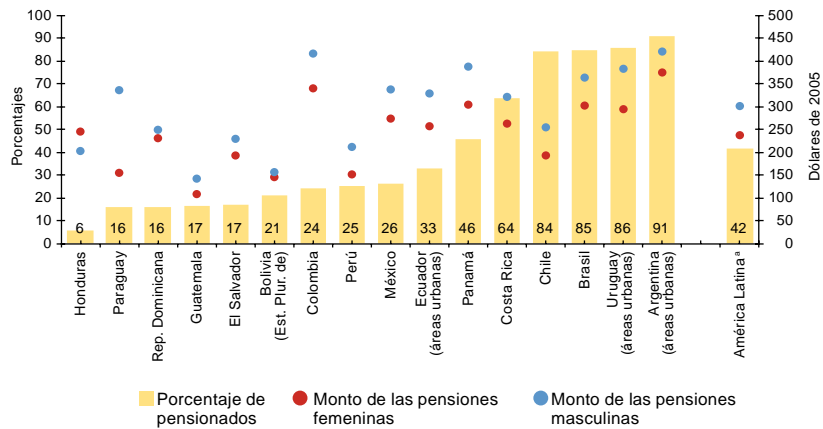
E. El acceso efectivo a pensiones y sus niveles

En la mayoría de los 16 países analizados, se observa que la proporción de personas de 65 años de edad y más que tienen acceso a pensiones es relativamente baja, y varía mucho de uno a otro. Honduras constituye un caso extremo. La Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay son los países donde este universo de personas está más protegido, y Panamá ocupa un lugar intermedio. Se aprecia además una distribución desigual según quintiles de ingresos, que es mucho más extrema en los países que ostentan las más bajas coberturas de pensionados. En las edades más avanzadas, el porcentaje de pensionados generalmente se incrementa.

En cuanto a los montos de las pensiones, medidos en dólares de 2005, se observa que en el quintil más pobre las mayores alzas se producen en el Brasil, el Ecuador, la República Dominicana y el Uruguay, mientras que en seis países se registran caídas. En el quintil más rico llaman la atención las disminuciones que tienen lugar en Chile y la República Dominicana, posiblemente por la exposición al riesgo financiero de los sistemas de capitalización individual; en Chile también se ven afectados en forma negativa los montos de las pensiones del segundo, tercer y cuarto quintil, tendencia sistemática que no se observa en ningún otro país.

Las mujeres reciben pensiones más bajas que los hombres, lo que puede atribuirse a las trayectorias laborales desventajosas y al diseño de los sistemas de pensiones, por ejemplo, a la aplicación de cálculos actuariales que por mayor esperanza de vida de la mujer reducen la tasa de reemplazo de sus pensiones.

Gráfico 14
América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones, tanto contributivas como no contributivas, y monto medio mensual de las pensiones, por sexo, alrededor de 2011
 (En porcentajes y dólares de 2005)



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 simple de 14 países que cuentan con información de 2002 y 2011.

Capítulo V

Tendencias recientes del gasto social y consideraciones económicas, sociales y demográficas sobre el gasto en salud

A. El gasto público social en América Latina y el Caribe

Hasta mediados de la década de 2000, la evolución del gasto público social fue altamente procíclica. En la segunda mitad de la década, se iniciaron en varios países esfuerzos sistemáticos por reforzar los programas sociales, en particular los orientados a la lucha contra la pobreza, hecho que marcó un primer punto de inflexión en el comportamiento del gasto social. Esta tendencia ya se había iniciado parcialmente a mediados de los años noventa en países que se apartaron de la visión más ortodoxa acerca de las medidas de reducción del gasto fiscal promovidas en el Consenso de Washington (principalmente el Brasil y México).

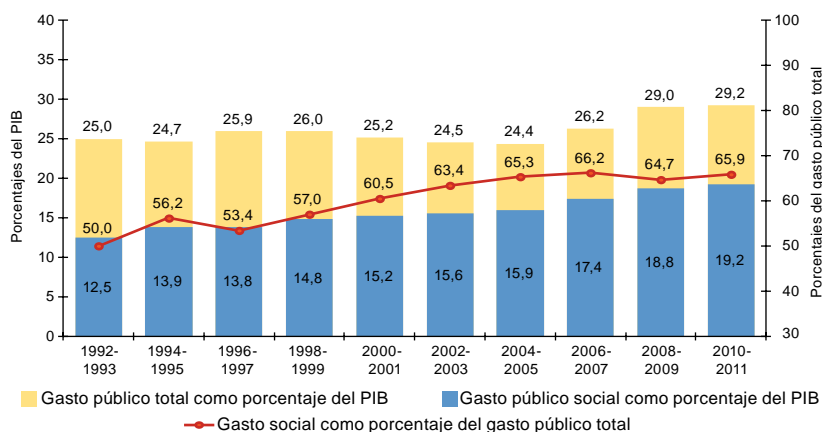
El crecimiento más acelerado del gasto social en el segundo quinquenio de la década de 2000 se debió sobre todo a políticas aplicadas para contrapesar diversos choques externos: el fuerte aumento de los precios de los alimentos y combustibles en 2008; el alza de los precios de productos básicos importados y exportados que se había iniciado en 2003; la crisis financiera mundial, con sus mayores manifestaciones y consecuencias entre fines de 2008 y 2009; y la más reciente incertidumbre en el contexto externo, como consecuencia de la desaceleración del crecimiento económico mundial, que aún se refleja en una tasa de crecimiento muy baja en los países de la Unión Europea y en la mantención de los estímulos por parte de la Reserva Federal de los Estados Unidos, a la espera de la disminución de la tasa de desempleo.

Los tres momentos señalados influyeron en diversa medida en la política fiscal y la política social. Al reforzamiento 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.

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 crecimiento de la prioridad fiscal del gasto social dentro del gasto público total, que pasó del 50% en el período 1992-1993 al 60,5% en el período 2000-2001 y al 65,9% en el período 2010-2011. Sin embargo, algunas fluctuaciones e incrementos 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.

Gráfico 15
América Latina y el Caribe (21 países): evolución de la participación del gasto social en el gasto público total y del gasto público total en el PIB, 1992-1993 a 2010-2011^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.

A partir de 2010, se iniciaron en diversos países reformas fiscales, tanto por el lado de los ingresos como del gasto, para consolidar las finanzas públicas, ya que, después de varios años (2003-2008) de generación de superávits primarios y reducción de la deuda pública, las medidas que involucraron el aumento del gasto público produjeron déficits en las cuentas públicas. Aunque las cifras de 2010 muestran que 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 de 2011 y los escasos datos disponibles de 2012 (en su mayoría de presupuestos y no de ejecuciones) evidencian un freno de la expansión del gasto social, pero que no necesariamente significaría una disminución absoluta de los recursos destinados a los sectores sociales.

B. Evolución del gasto público en salud

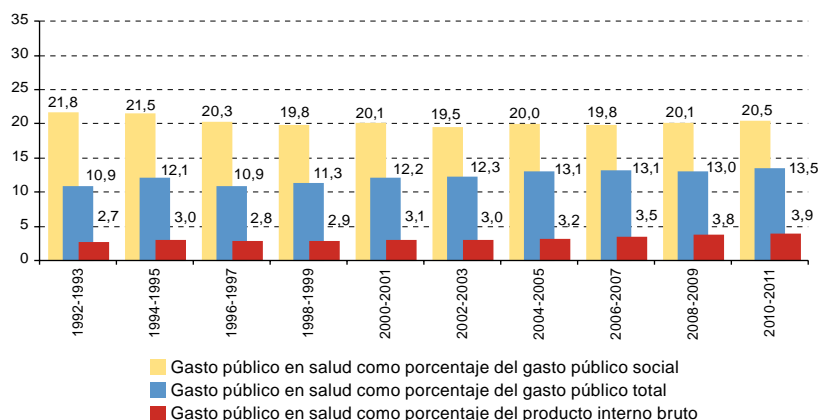
Durante los años noventa, el gasto público en salud, al igual que la mayoría de los componentes del gasto público social —con la sola excepción del gasto en seguridad social—, fue afectado por variaciones significativas, vinculadas a la alta volatilidad del crecimiento en gran parte de dicho período.

Para el conjunto de 21 países de la región, las oscilaciones asociadas a los vaivenes del ciclo económico de los países entre 1993 y 2000 se tradujeron en que un tercio de las ejecuciones presupuestarias fueran inferiores al gasto del año anterior (45 episodios de caída del gasto y 90 de aumento absoluto del gasto). Aun cuando no en todas las ocasiones se registró una caída del producto interno bruto, sino más bien una disminución del ritmo de crecimiento, lo cierto es que en la década de los noventa el gasto público en salud estuvo muy ligado al ciclo económico; sus reducciones o estancamientos se produjeron debido a que tendió a utilizarse como sector presupuestario de ajuste ante las necesidades de contraer el gasto público o de mantenerlo frente a caídas reales o proyectadas de la

recaudación fiscal. Las disminuciones afectaron no tanto el gasto corriente (remuneraciones o reposición de insumos) como el componente de inversión (construcción y mantención de hospitales y consultorios, adquisición de nuevas tecnologías, entre otros).

A nivel regional, como saldo de la década de 1990 la prioridad macroeconómica del gasto público en salud (es decir, como porcentaje del producto interno bruto) aumentó del 2,7% en el período 1992-1993 al 3,1% en el período 2000-2001. Pero sufrió una reducción notable en el período 1996-1997 (al caer del 3,0% del PIB en el período 1994-1995 al 2,8%), como puede apreciarse en el gráfico 16. Estas variaciones negativas a nivel regional se registraron aun en un contexto de mantención o aumento del gasto público total, de modo que la participación del gasto en salud en dicho gasto se redujo en varias ocasiones (es decir, disminuyó su prioridad fiscal). Por otro lado, como las reducciones del gasto público en salud no se debieron fundamentalmente a disminuciones del gasto público social, los recursos destinados a salud perdieron participación dentro del gasto social en forma significativa, incluso en contextos de expansión de otros gastos sociales como educación y seguridad social (véase el gráfico 16).

Gráfico 16
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, del gasto público total y del gasto público social, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En porcentajes)



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

^a Promedio ponderado de los países.

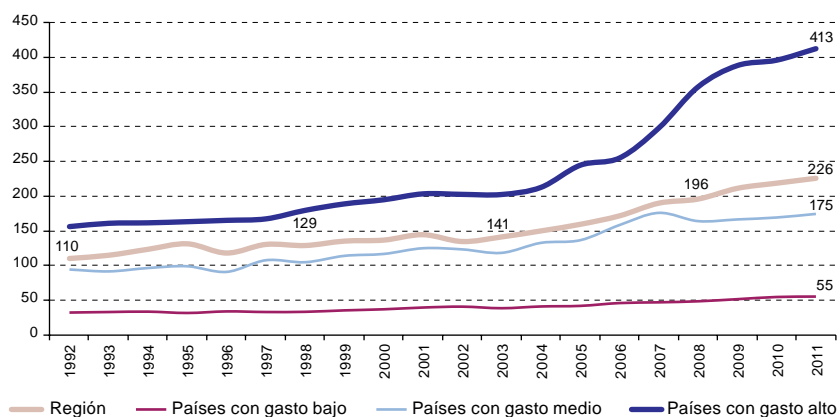
Desde mediados de la década de 2000, en el marco de un aumento del gasto social y de su defensa frente a vaivenes económicos, el gasto público en salud ha ido ganando estabilidad (es decir, perdiendo prociclicidad) para volverse más inercial, principalmente en países con mayor recaudación fiscal, mayor gasto total y, por tanto, mayor gasto social. Así, desde comienzos de la década de 2000 se ha ido incrementando la prioridad macroeconómica del gasto en salud, hasta llegar en el período 2010-2011 al 3,9% del PIB, aumento que ha fortalecido la participación del gasto en salud tanto dentro del presupuesto total, como de aquel destinado a los sectores sociales.

Frente a la crisis financiera y su impacto en las economías reales de la región, el sector público en salud no fue mayormente castigado (solo 10 eventos de reducción presupuestaria de un total de 53 en los 21 países, entre 2008 y la última información disponible). Si bien no se le inyectaran recursos producto de una política contracíclica explícita (por ejemplo, de generación de empleo mediante un aumento del gasto en inversión), el sector fue protegido de tal forma que incluso aumentó su participación tanto en el PIB como en el gasto público.

Sin embargo, ese aumento no debe hacer perder de vista la gran heterogeneidad que existe entre los niveles de gasto de los países. Alrededor de 2011, el promedio del gasto en salud bordeó los 226 dólares anuales por habitante, pero en los países de gasto alto (sobre 300 dólares per cápita), como la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tabago y el Uruguay, llegó a 413 dólares. En los países de gasto intermedio (entre 100 y 300 dólares per cápita), como el Brasil, El Salvador, México, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de),

este valor fue de alrededor de 175 dólares y en los países de gasto bajo (menos de 100 dólares per cápita) solo se destinaron como promedio alrededor de 55 dólares por persona (Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana). Mientras en el grupo de países con gasto per cápita en salud más bajo se registró un crecimiento anual de este gasto del 4,1% entre 2000 y 2011, en el grupo de gasto intermedio el ritmo de aumento anual fue del 4% y en el de gasto más alto del 7,4%, lo que ha ampliado la brecha entre los países en cuanto a los recursos públicos por persona que se destinan al sector (véase el gráfico 17).

Gráfico 17
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto per cápita en salud, 1992-2011
 (En dólares de 2005)



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

C. El gasto de bolsillo en salud y sus efectos en el bienestar

De acuerdo con la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los gastos en servicios de salud que realizan los hogares son de dos tipos. Los directos, denominados gastos de bolsillo en salud, abarcan los desembolsos de los hogares en rubros como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos, y son de carácter neto; es decir, se deducen de ellos los reembolsos que se reciben del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado. Los gastos indirectos, por su parte, se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público.

Los hogares realizan los pagos directos de manera fragmentada, generalmente al prestador del servicio. Estos gastos dependen de la capacidad de pago de cada hogar, de modo que son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos. Por lo tanto, son una de las formas menos equitativas de financiar la salud. La población es vulnerable en diversas medidas ante el evento de tener que incurrir en gastos de bolsillo en salud que afectan sus condiciones socioeconómicas. La vulnerabilidad es función tanto de la magnitud del gasto de bolsillo como de la capacidad de gasto del hogar.

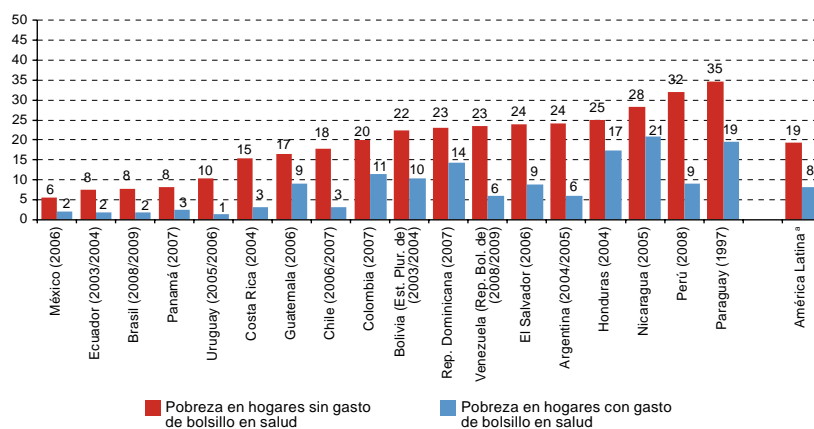
La proporción que los gastos de bolsillo en salud representan dentro del presupuesto familiar y su composición relativa, así como las comparaciones entre grupos de ingresos, aportan valiosa información sobre las opciones de gasto de los hogares y brindan señales sobre lo que ocurre en países con sistemas de salud muy diferentes. El análisis sobre cómo se relacionan los patrones de estos gastos con las formas diversas de financiamiento es un terreno aún poco explorado.

Las encuestas evidencian la desigual capacidad con que cuentan los hogares para enfrentar gastos que no están cubiertos por el aseguramiento, en caso de eventos de morbilidad agudos o crónicos. Los gastos de bolsillo en salud en que incurren las familias en un momento dado pueden empobrecerlas, aspecto que se cuantifica en el capítulo.

Otro indicador útil para establecer relaciones entre condiciones socioeconómicas y gastos de bolsillo en salud se refiere a la incapacidad de efectuar este tipo de gastos en los hogares pobres. Por cierto que la ausencia de gastos en salud en los hogares puede obedecer a muy diversas razones, tanto positivas como negativas: una buena cobertura de salud mediante sistemas públicos o privados, ausencia de eventos de morbilidad en el período, precariedad de los ingresos del hogar y falta de acceso a crédito que impiden realizar gastos en episodios de morbilidad aun cuando se carezca de cobertura adecuada. Si un hogar tiene limitadas posibilidades de gasto por las últimas razones, no se observa el valor que expresaría su necesidad real de gasto en salud.

En este sentido, llama la atención que la incidencia de la pobreza (medida en comparación con la línea de subsistencia) sea mayor entre los hogares donde no se registra gasto de bolsillo, sobre todo en los países con bajas coberturas de aseguramiento en salud. Si se tiene presente que estos hogares por sus condiciones socioeconómicas adversas no suelen corresponder a una población muy saludable, ello parece denotar que un contingente de los pobres tiene reprimida su capacidad de incurrir en gastos de bolsillo en salud.

Gráfico 18
América Latina (18 países): incidencia de la pobreza en hogares con y sin gasto de bolsillo en salud
(En porcentajes)



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.

* Promedio simple de los países.

Considerando su carácter ajeno a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos, sus efectos negativos en el bienestar y, en algunos casos, su incierta eficiencia (por ejemplo, cuando se originan en los altos precios de los medicamentos en determinados mercados), es importante que la reducción de los gastos de bolsillo en salud sea visualizada como parte de los desafíos que los países deben abordar en el horizonte de una protección social más universal y solidaria.

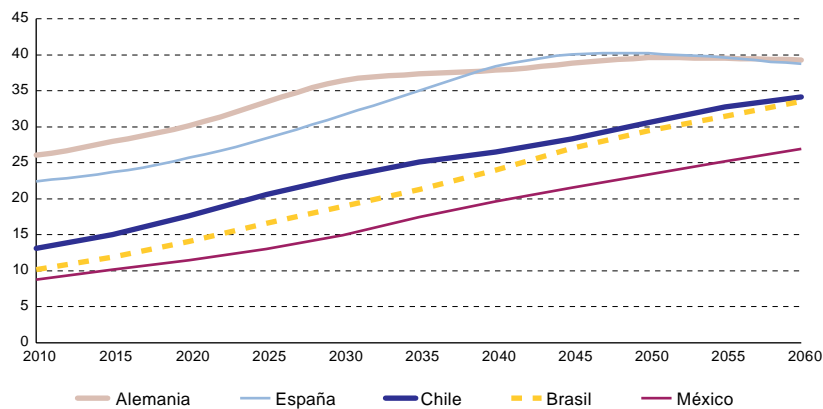
D. Envejecimiento de la población y trayectoria futura del gasto en salud

En América Latina, el proceso de envejecimiento de la población comenzó después que en Europa, pero en forma más acelerada. A la vez, en los países de la región se está alcanzando un nivel de crecimiento comparativamente alto, lo que permite que aumente el gasto en salud para todos, pero en especial para la población de más edad.

Las cuentas nacionales de transferencia son una desagregación por edad, sexo y estatus socioeconómico de las cuentas nacionales, que permite medir los flujos entre grupos de población y determinar el papel que cumplen el mercado, el Estado y las familias en estas relaciones económicas. Utilizando esta metodología, la medición de cuánto se está gastando y se gastará por tramos de edad evidencia cuánto presionará el envejecimiento poblacional al alza del gasto destinado a salud, lo que incidirá en un mayor peso relativo de este gasto.

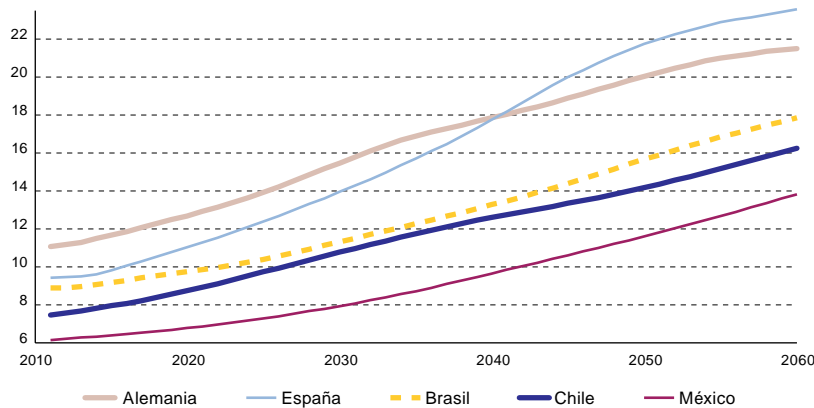
En los gráficos 19 y 20 se presentan proyecciones que alertan al respecto. Puede observarse que países de la región relativamente avanzados en su transición demográfica, como el Brasil, Chile y México, tendrán hacia 2060 una proporción de personas mayores de 60 años, respecto del total de la población, superior a la que hoy exhiben países como Alemania y España, que están entre los ubicados en la “frontera” del envejecimiento (véase el gráfico 19). Si se consideran las implicancias de esta evolución en términos de gastos potenciales en salud, se puede proyectar en estos tres países de la región un gasto en salud, medido como proporción del PIB, que hacia 2060 prácticamente duplicará el nivel proyectado a 2015 (véase el gráfico 20).

Gráfico 19
América Latina y Europa (países seleccionados): proyección de la proporción de la población de 60 años y más respecto del total de la población, 2010-2060
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Nueva York, 2012.

Gráfico 20
América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del gasto en salud como proporción del PIB, 2010-2060
 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los resultados del modelo desarrollado según el método de R. Lee y A. Mason (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: a Global Perspective*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2011.

Bibliografía

- Alkire, Sabine y James Foster (2009), "Counting and multidimensional poverty measurement. Revised and updated", *OPHI Working Paper*, N° 32 [en línea] <http://www.ophi.org.uk/working-paper-number-32>.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2013), "Avances y desafíos en la medición del trabajo decente", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 8 (LC/L.3630), Santiago de Chile, mayo.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2012), "Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes", *Documentos de Proyecto*, N° 477 (LC/W.477), Santiago de Chile.
- _____(2010), "Pobreza infantil en América Latina y el Caribe" (LC/R.2168), Santiago de Chile, diciembre.
- Cifuentes, L. y otros (2005), *Urban Air Quality and Human Health in Latin America and the Caribbean*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Gordon, David y otros (2003), *Child Poverty in the Developing World*, Bristol, The Policy Press.
- Kaztman, Ruben (2011), "Infancia en América Latina: privaciones habitacionales y desarrollo de capital humano", *Documentos de Proyecto*, N° 431 (LC/W.431), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Minujin, Alberto, Enrique Delamónica y Alejandra Davidziuk (2006), "Pobreza infantil. Conceptos, medición y recomendaciones de políticas públicas", *Cuaderno de Ciencias Sociales*, N° 140, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2005), *Estado mundial de la infancia. La infancia amenazada*, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.XX.1.
- UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) (2011), *Estudio mundial sobre el homicidio, 2011. Tendencias, contextos, datos*, Viena.



La pobreza desde distintas miradas

A. Análisis de la pobreza por ingresos

1. Contexto económico
2. Evolución reciente de la pobreza
3. Características de los cambios en la pobreza
4. La pobreza en distintos grupos de la población

B. Análisis multidimensional de la pobreza

1. Conceptos preliminares
2. Medición multidimensional de la pobreza a partir de un núcleo de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas
3. Medición multidimensional de la pobreza con inclusión del ingreso monetario
4. Medición de la pobreza con agregación de indicadores de exclusión o vulnerabilidad
5. Consideraciones finales

C. Distribución del ingreso

Bibliografía

Anexo

A. Análisis de la pobreza por ingresos

Continuando con la tendencia que ha caracterizado a la región durante un decenio, el año 2012 presentó una disminución de la tasa de pobreza a nivel regional. La evolución de la pobreza extrema muestra un menor dinamismo, con lo cual el número de personas en situación de indigencia prácticamente no ha variado en los últimos años.

1. Contexto económico

El año 2012 se caracterizó por un deterioro de la economía mundial, en que se combinaron la recesión europea, particularmente en la zona del euro, la desaceleración de la economía china y un moderado crecimiento de los Estados Unidos. En este contexto, el crecimiento del producto de América Latina alcanzó un 3,0%, cifra que si bien es más baja que la de los dos años previos, también muestra un mejor desempeño que el promedio mundial, que creció un 2,2%, gracias a que la expansión de la demanda interna contribuyó a contrarrestar la menor contribución de las exportaciones (CEPAL, 2012b).

El producto por habitante creció un 1,9%, muy por debajo de las tasas registradas en 2010 (4,5%) y 2011 (3,2%), que se estaban recuperando tras la contracción del 3,0% experimentada en 2009. Este desempeño se debe principalmente a la desaceleración de la Argentina y el Brasil, cuyas tasas de crecimiento por habitante bajaron del 7,9% y el 1,9%, respectivamente, en 2011 al 1,0% y el 0,1% en 2012. De hecho, si no se consideran estos países, el crecimiento del producto per cápita regional es apenas 0,3 puntos porcentuales inferior al que tuvo la región sin incluir esos países en 2011 (CEPAL, 2012b).

Trece países presentaron una tasa de crecimiento del PIB por habitante superior al promedio regional, entre los que se destaca Panamá (8,8%), junto con el Perú (5,1%), Chile (4,6%) y Venezuela (República Bolivariana de) (4,0%). Además de ellos, el producto por habitante se incrementó un 3,0% o más en Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Cuba, el Ecuador, Nicaragua y el Uruguay. A su vez, el Paraguay fue el único país que experimentó una disminución del producto por habitante (-2,8%), mientras que el Brasil (0,1%) y Guatemala (0,5%) crecieron menos del 1%.

A pesar del crecimiento moderado de la economía, los indicadores del mercado laboral no se han deteriorado. La generación de empleos resultó en un incremento de la tasa de ocupación (del 55,4% al 55,8%), que absorbió la leve alza de la tasa de participación en la actividad económica (de 0,2 puntos porcentuales) y permitió reducir la tasa de desempleo del 6,7% al 6,4%, con lo que esta última se situó en el menor nivel de las últimas décadas (CEPAL/OIT, 2013). La evolución de las tasas de desempleo fue heterogénea. Nueve países exhibieron variaciones de 0,5 puntos porcentuales o más, tanto a la baja, en el Brasil, Chile, Honduras, Panamá y el Perú, como al alza, en Cuba, Guatemala, el Paraguay y la República Dominicana.

El poder adquisitivo de los salarios medios se mantuvo constante o se incrementó en la mayoría de los países con información disponible. El mayor incremento se registró en Venezuela (República Bolivariana de) (6%), seguida por el Brasil, Guatemala y el Uruguay (4%), y Chile y Panamá (3%). Solamente en El Salvador se registró una caída del salario medio real.

Estos resultados concuerdan con los bajos niveles de inflación, que en la mayoría de los países de la región fueron inferiores a los de 2011. La tasa de inflación (en promedio simple) pasó del 7,1% al 5,3%, y el número de países con tasas de inflación inferiores al 5% subió de 6 a 12 entre 2011 y 2012. La reducción fue particularmente visible en la República Bolivariana de Venezuela (del 29,0% al 19,5%), pese a lo cual dicho país presenta la mayor inflación de la región. Los precios de los alimentos también mostraron una desaceleración del crecimiento, aunque menos pronunciada que en el caso de los demás productos. En consecuencia, el alza del precio de los alimentos superó a la inflación general en 15 países, especialmente en Chile, México y la República Dominicana.

Se estima que en 2013 el crecimiento del producto por habitante se encontrará en torno al 2,0%, nivel similar al de 2012. De acuerdo con la evolución de los indicadores hasta el primer semestre del año, no cabe esperar variaciones importantes en el empleo y es posible que la inflación aumente ligeramente (CEPAL, 2013b).

Cuadro I.1
América Latina (20 países): evolución de algunos indicadores socioeconómicos, 2000-2012
 (En porcentajes)

País y año	PIB per cápita	Desempleo	Salario medio real ^a	Índice de precios al consumidor ^b	País y año	PIB per cápita	Desempleo	Salario medio real ^a	Índice de precios al consumidor ^b
	(tasa media anual de variación) ^c	(promedio simple del período) ^d	(tasa media anual de variación)			(tasa media anual de variación) ^c	(promedio simple del período) ^d	(tasa media anual de variación)	
Argentina					Honduras				
2000-2010	2,9	12,5	...	9,1	2000-2010	2,2	5,8	...	7,7
2011	7,9	7,2	...	9,5	2011	1,7	6,8	...	5,6
2012	1,0	7,2	...	10,8	2012	1,3	5,6	...	5,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)					México				
2000-2010	1,9	7,7	-0,5	5,0	2000-2010	0,9	4,8	2,0	4,9
2011	3,6	5,8	-1,3	6,9	2011	2,7	6,0	0,9	3,8
2012	3,6	...	...	4,5	2012	2,7	5,9	0,2	3,6
Brasil					Nicaragua				
2000-2010	2,3	9,1	-0,6	6,6	2000-2010	1,8	9,0	0,7	9,3
2011	1,9	6,0	2,4	6,5	2011	4,0	...	0,1	8,6
2012	0,1	5,5	3,7	5,8	2012	3,7	...	0,4	7,1
Chile					Panamá				
2000-2010	2,8	9,0	1,9	3,3	2000-2010	4,0	11,9	-0,3	2,6
2011	4,9	7,1	2,5	4,4	2011	9,0	5,4	0,1	6,3
2012	4,6	6,4	3,2	1,5	2012	8,8	4,8	3,4	4,6
Colombia					Paraguay				
2000-2010	2,4	14,7	1,4	5,7	2000-2010	1,0	9,4	0,6	8,0
2011	5,2	11,5	9,2	3,7	2011	2,6	6,5	2,7	4,9
2012	2,6	11,2	-7,2	2,4	2012	-2,8	6,1	0,7	4,0
Costa Rica					Perú				
2000-2010	2,3	6,3	1,1	10,1	2000-2010	4,1	8,8	1,1	2,4
2011	3,0	7,7	5,7	4,7	2011	5,7	7,7	...	4,7
2012	3,7	7,8	1,4	4,5	2012	5,1	6,8	...	2,6
Cuba					República Dominicana				
2000-2010	5,1	2,6	4,8	2,6	2000-2010	3,8	5,8	...	11,6
2011	2,8	3,2	0,3	1,3	2011	3,1	5,8	...	7,8
2012	3,0	3,8	0,3	2,0	2012	2,6	6,5	...	3,9
Ecuador					Uruguay				
2000-2010	1,9	8,8	...	12,2	2000-2010	2,7	12,0	0,1	8,4
2011	5,7	6,0	...	5,4	2011	6,2	6,6	4,0	8,6
2012	3,3	4,9	...	4,2	2012	3,6	6,7	4,2	7,5
El Salvador					Venezuela (República Bolivariana de)				
2000-2010	1,5	6,4	-1,3	3,4	2000-2010	1,4	11,9	-2,5	21,9
2011	1,4	6,6	-2,9	5,1	2010	2,6	8,3	3,0	29,0
2012	1,1	6,2	-2,8	0,8	2012	4,0	8,1	5,8	19,5
Guatemala									
2000-2010	0,9	5,0	-0,5	6,6					
2011	1,7	3,1	0,4	6,2					
2012	0,5	4,0	4,0	3,4					
Haití					América Latina				
2000-2010	-1,3	...	...	13,6	2000-2010	2,0	9,2	...	7,8
2011	4,3	...	...	8,3	2011	3,2	6,7	...	7,1
2012	1,5	...	...	7,6	2012	1,9	6,4	...	5,3

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

^a 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.

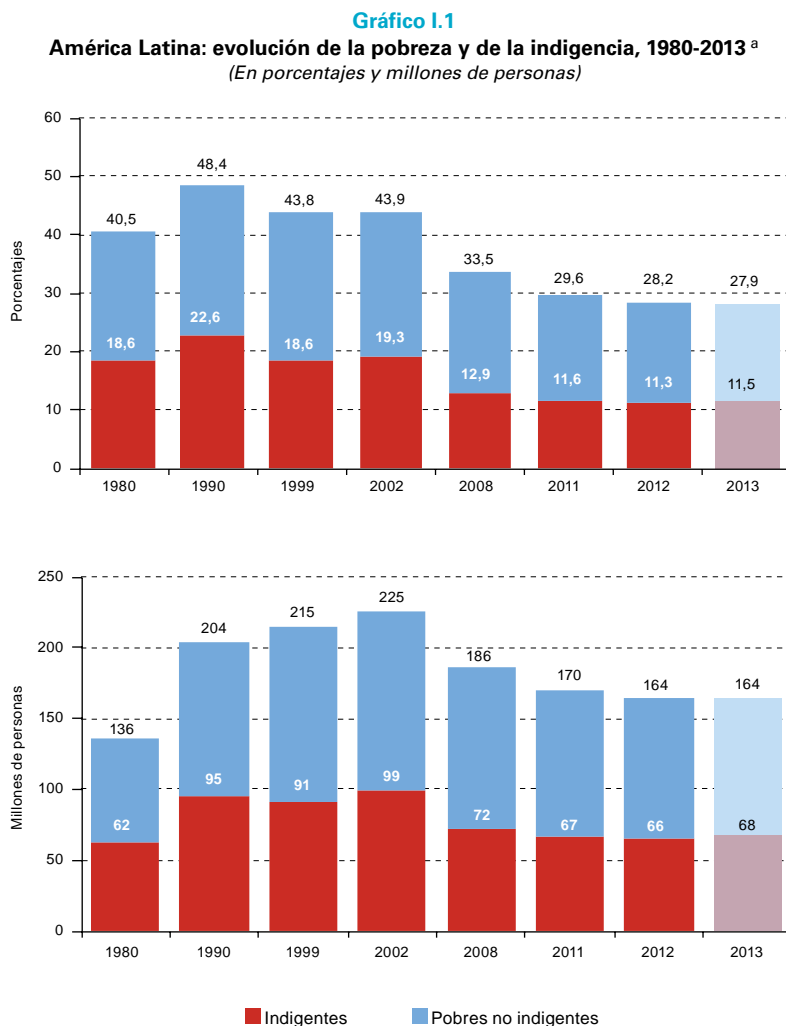
^b Variaciones interanuales tomando diciembre como mes de referencia. El agregado regional corresponde al promedio simple de las variaciones.

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

^d En el período 2000-2010, de Guatemala solo se dispuso de datos sobre el trienio 2002-2004 y 2010. Para Honduras, sobre el período 2000-2010 constan datos a partir de 2001. Los datos de desempleo del Perú corresponden a los de la ciudad de Lima.

2. Evolución reciente de la pobreza

En 2012 la tasa de pobreza de América Latina fue del 28,2% de la población; la indigencia, o pobreza extrema, se ubicó en un 11,3%. Estos porcentajes equivalen a 164 millones de personas en situación de pobreza, de las cuales 66 millones son pobres extremos (véase el gráfico I.1).



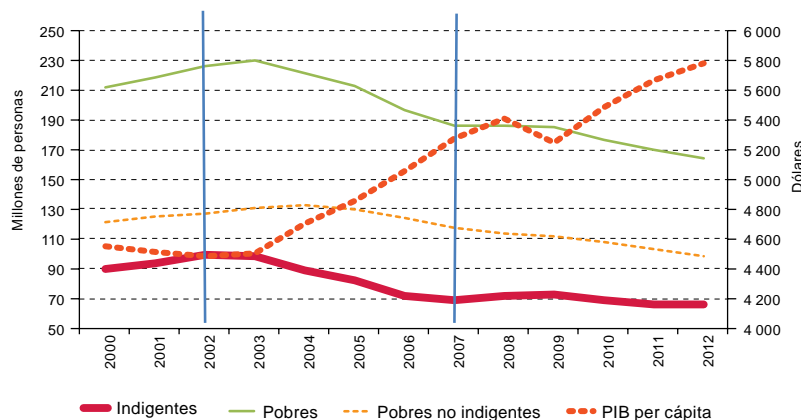
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras que aparecen sobre las secciones superiores de las barras representan el porcentaje el número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes). Las cifras relativas a 2013 corresponden a una proyección.

Estos valores representan una disminución de la tasa de pobreza con respecto a 2011, de alrededor de 1,4 puntos porcentuales. La pobreza extrema se mantuvo sin cambios apreciables, ya que el valor observado en 2012 es apenas 0,3 puntos porcentuales inferior al de 2011. Ello implicó que el número de personas pobres decreciera en aproximadamente 6 millones en 2012, mientras que el número de personas en situación de indigencia se mantuvo prácticamente constante.

De esta manera, la pobreza ha acumulado una caída de 15,7 puntos porcentuales desde 2002, como resultado de descensos casi sin excepciones durante los últimos diez años. La pobreza extrema también registra una caída apreciable con respecto a 2002, de 8,0 puntos porcentuales, aun cuando en este caso el ritmo de disminución se ha frenado en los años recientes, principalmente debido a un aumento del costo de los alimentos superior a la inflación general.

El gráfico 1.2 muestra que en la trayectoria de la pobreza y la indigencia desde principios de la década de 2000 a la fecha se pueden reconocer dos subperíodos. El primero, que abarca de 2002 a 2007, se inició con niveles de pobreza elevados que se redujeron rápidamente; el número de personas pobres descendió a una tasa del 3,8% anual y el número de personas indigentes bajó a un ritmo del 7,1% anual. En el segundo subperíodo, que comienza en 2007, disminuye la velocidad con que se ha reducido el número de personas con ingresos insuficientes, que cayó al 2,5% por año en el caso de la pobreza y al 0,9% anual en el caso de la indigencia.

Gráfico 1.2
América Latina: personas pobres no indigentes e indigentes y PIB per cápita, 2000-2012
(En millones de personas y dólares constantes de 2005)



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

La desaceleración del proceso de reducción de la pobreza está estrechamente relacionada con el desempeño macroeconómico de la región. En efecto, entre 2002 y 2007, el PIB per cápita creció a un 3,3% anual, mientras que entre 2007 y 2012 lo hizo al 1,8% anual.

Ahora bien, aun cuando el crecimiento del segundo subperíodo fue menor, la caída de la pobreza por cada punto porcentual de crecimiento fue un poco más alta. Entre 2002 y 2007 el crecimiento acumulado del producto por habitante fue del 17,6% y la cantidad de personas pobres en la región se redujo un 17,4%, lo que implica que cada punto porcentual de crecimiento sacó de la pobreza a un 1% de la población. Entre 2007 y 2012, el crecimiento acumulado por habitante totalizó un 9,6% y el número de personas pobres disminuyó un 12,0%, con lo cual la elasticidad-crecimiento fue de 1,3.

A diferencia de lo que sucedió con la pobreza, la relación entre el crecimiento y la variación de la indigencia muestra un deterioro evidente en el segundo subperíodo. La elasticidad-crecimiento, que en el primer subperíodo fue de 1,7, incluso superior a la de la pobreza total, bajó a 0,4 en el subperíodo 2007-2012.

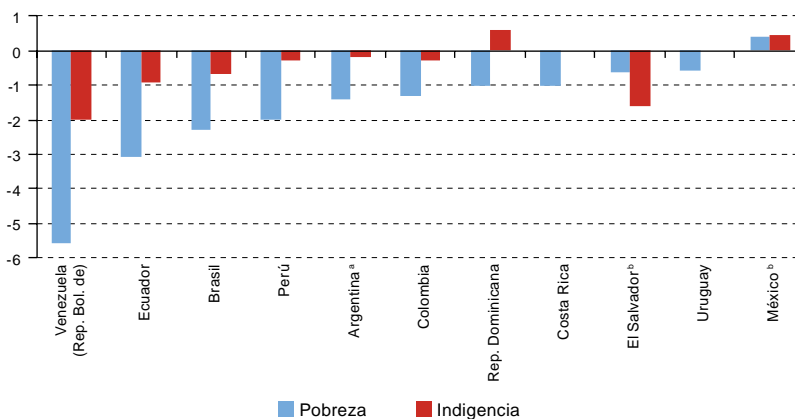
Tal como se ha reseñado en ocasiones anteriores, la dificultad para lograr una reducción adicional de la indigencia se relaciona en gran medida con las diferencias de incremento entre los precios de los alimentos y los correspondientes a los demás bienes y servicios. Si bien las mayores diferencias se registraron en 2007 y 2008, cuando los precios de los alimentos se incrementaron 2,3 veces más que los de los bienes no alimentarios, a partir de entonces ha sido usual que se mantenga una brecha entre la inflación de los alimentos y la de los bienes no alimentarios. En 2012, la diferencia mencionada fue de 1,5 veces (considerando el promedio simple de las variaciones de los índices de precios de cada país).

En lo que respecta a las previsiones para 2013, dado que el crecimiento del producto por habitante será similar al de 2012 y que no cabe esperar variaciones importantes en el empleo ni en la inflación, no se prevén cambios apreciables en los niveles de pobreza e indigencia a nivel regional.

Considerando en forma individual a los 11 países que cuentan con información al año 2012, se observa que en 6 se registraron disminuciones de los niveles de pobreza. La República Bolivariana de Venezuela presentó la mayor reducción de la pobreza, de 5,6 puntos porcentuales (del 29,5% al 23,9%), y de la pobreza extrema, de 2,0 puntos porcentuales (del 11,7% al 9,7%). En el Ecuador la pobreza bajó 3,1 puntos porcentuales (del 35,3% al 32,2%) y la indigencia 0,9 puntos porcentuales (del 13,8% al 12,9%). En el Brasil la pobreza disminuyó 2,3 puntos (del 20,9% al

18,6%), mientras que la pobreza extrema lo hizo en 0,7 puntos (del 6,1% al 5,4%). En el Perú se registró una caída de la tasa de pobreza de 2,0 puntos y en la Argentina y Colombia la reducción fue algo superior a 1 punto porcentual. En estos tres países la pobreza extrema no presentó cambios apreciables respecto de los niveles de 2011 (véase el gráfico I.3).

Gráfico I.3
América Latina (11 países): variación de las tasas de pobreza e indigencia, 2011-2012
(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.

^b Corresponde a la variación anual entre 2010 y 2012.

Por su parte, los niveles de pobreza en Costa Rica, El Salvador, la República Dominicana y el Uruguay se mantuvieron constantes con respecto a la estimación previa. En la mayoría de estos países la pobreza extrema tampoco registró variaciones apreciables, con la excepción de El Salvador, donde disminuyó 1,6 puntos porcentuales por año (desde 2010). México es el único país con información disponible a 2012 donde los indicadores de pobreza aumentaron, pero las variaciones son de pequeña magnitud (del 36,3% al 37,1% en el caso de la pobreza y del 13,3% al 14,2% en el caso de la pobreza extrema).

Si bien la tasa de pobreza a nivel regional es el resultado de la evolución observada en cada uno de los países, los cambios registrados en los de mayor población cumplen un papel preponderante. En 2012 tuvieron un peso importante las caídas observadas en el Brasil y en Venezuela (República Bolivariana de), que implicaron una disminución del número de personas pobres de alrededor de 6 millones, así como el aumento observado en México, que significó que alrededor de 1 millón de personas adicionales fueron contabilizadas como pobres¹.

Para tener una evaluación más completa de lo que ha ocurrido con la pobreza monetaria es pertinente emplear los índices de brecha de pobreza y brecha al cuadrado. En el cálculo del primero se considera la diferencia media entre el ingreso medio de los pobres y la línea de pobreza, ponderada por el porcentaje de personas pobres; el cálculo del segundo índice es similar, aunque se toma además en consideración la distribución de dicho ingreso entre los pobres (véase el recuadro I.2 y el cuadro I.A.1 del anexo).

La evolución de los tres índices de pobreza (expresada como variación porcentual) ha tendido a ser similar en cada país. Las variaciones porcentuales manifestadas entre 2011 y 2012 en Colombia, el Ecuador, el Perú y la República Dominicana son prácticamente idénticas. En la Argentina, Costa Rica, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de), los índices complementarios se redujeron un poco menos que la tasa de pobreza, dando cuenta de que la distancia media entre los ingresos de los pobres y la línea de pobreza tendió a aumentar, mientras que en el Brasil, El Salvador y México ocurrió lo contrario (véase el gráfico I.4).

Al considerar las variaciones para un período más amplio (2008-2011), se observa que en general los índices de brecha de pobreza y brecha de pobreza al cuadrado se han reducido un poco más que el índice de recuento, particularmente en los países con mayores disminuciones de la pobreza. Ello indica que la disminución se ha producido por una mejora de la situación relativa de todas las personas que se encuentran bajo la línea de pobreza, más que por un aumento de ingresos solamente de las personas situadas más cerca de este umbral.

¹ Debido a que no se dispone de datos de México para 2011, en la estimación regional se aplica una proyección lineal entre los datos de 2010 y 2012 relativos a ese país, con lo cual el impacto de la variación observada se distribuye en dos años.

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 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 de 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 hasta 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 del 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.

Cabe señalar que la CEPAL está llevando a cabo un proceso de actualización de las estimaciones de pobreza, cuyos resultados se verán reflejados en el *Panorama Social de América Latina, 2014*.

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:

$$(2) \quad H = \frac{q}{n}$$

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):

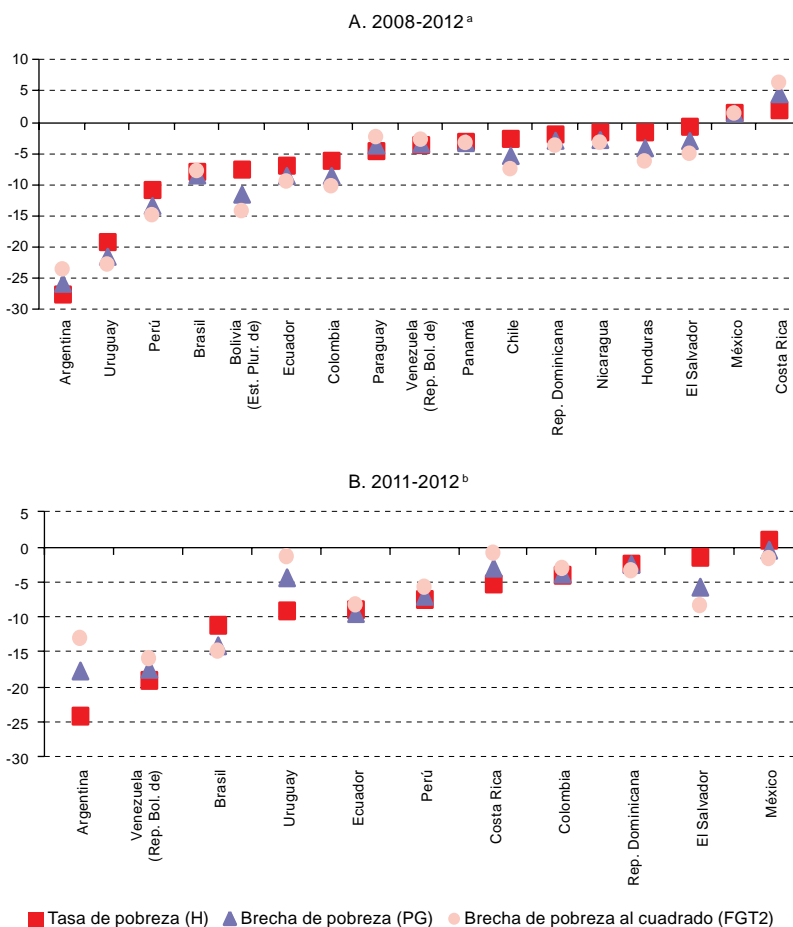
$$(3) \quad PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[\frac{z - y_i}{z} \right]$$

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.

Gráfico 1.4
América Latina (17 países): variación anual de los indicadores de pobreza
 (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 2008-2012, excepto en la Argentina (2009-2012), Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009-2011), Chile (2009-2011), El Salvador (2004-2012), Honduras (2006-2010), Nicaragua (2005-2009) y Panamá (2008-2011).

^b Corresponde al período 2011-2012, excepto en El Salvador y México (2010-2012).

3. Características de los cambios en la pobreza

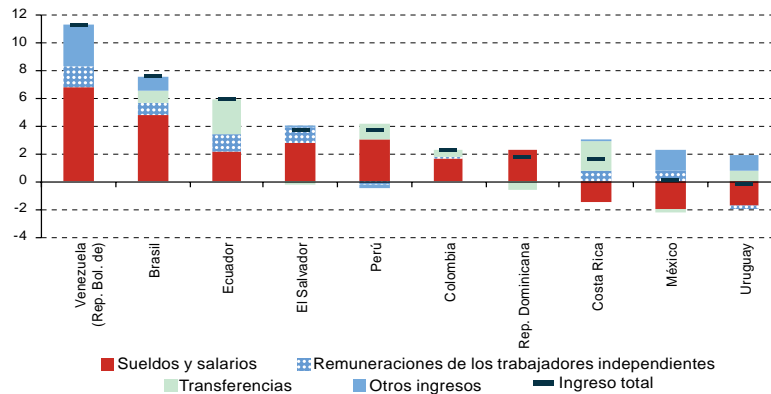
Como forma de aproximarse a los factores que incidieron en la pobreza en 2012, resulta útil realizar un análisis de las variaciones de las distintas fuentes de ingreso que poseen los hogares, para aquel subconjunto de la población que se encontraba en situación de pobreza en el año inmediatamente anterior.

El trabajo es la principal fuente de ingresos de los hogares, ya sea en la forma de sueldos y salarios o percibidos por el trabajo independiente. En los países con información disponible a 2012, esta fuente representó entre un 58% (en México) y un 84% (en Venezuela (República Bolivariana de)) de los ingresos de los hogares en situación de pobreza. En concordancia con su alta participación en el ingreso total, los ingresos laborales tienden a dar cuenta también de una parte importante de las variaciones de la pobreza.

Este hecho se corrobora en 2012, de acuerdo con la información presentada en el gráfico 1.5. En prácticamente todos los países donde se produjeron los mayores aumentos del ingreso de los hogares pobres, un 75% o más del incremento total provino de los ingresos laborales, y de ellos, la mayoría corresponde a sueldos y salarios. La República Bolivariana de Venezuela presentó la mayor alza del ingreso real total, en torno al 11%, de la cual casi 7 puntos porcentuales provienen del incremento de los sueldos y salarios y cerca de 2 puntos proceden de las remuneraciones

de los trabajadores independientes². El Brasil, Colombia, El Salvador y el Perú son también ejemplos de caídas de la pobreza que se vinculan principalmente al aumento de los ingresos laborales. El Ecuador es el único país donde se redujo la pobreza de manera significativa en 2012 y, en este caso, el aporte de los ingresos del trabajo fue inferior al 60%³. En algunos de los países en que la pobreza no tuvo cambios apreciables, como Costa Rica, México y el Uruguay, la falta de cambios se relaciona con una caída de los sueldos y salarios que contrarrestó el incremento de otras fuentes de ingreso.

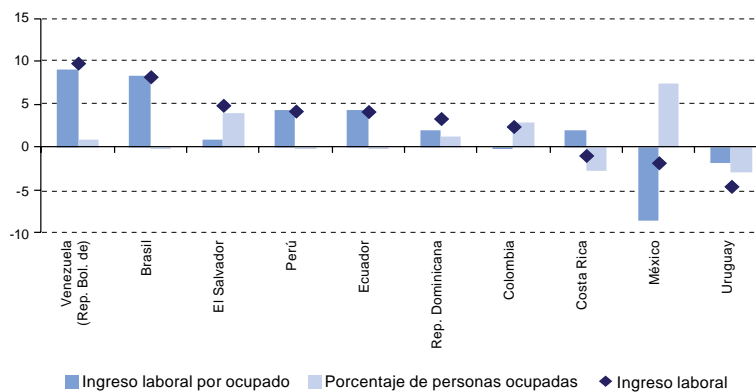
Gráfico 1.5
América Latina (10 países): variación anual del ingreso total per cápita en los hogares pobres, por fuente de ingresos, 2011-2012^a
(En porcentajes)



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 2011 (excepto en El Salvador y México, donde corresponde a 2010).

Los ingresos laborales recibidos por los hogares corresponden al producto entre los ingresos de los ocupados y el número de ocupados. En el período 2011-2012, los mayores incrementos de los ingresos laborales provienen principalmente de un aumento del ingreso laboral por ocupado, ya que el porcentaje de personas ocupadas no registró cambios apreciables, excepto en El Salvador. Cabe destacar que esta variable tuvo un incremento más notable en México, aun cuando la caída del ingreso laboral por ocupado produjo una contracción del ingreso laboral per cápita.

Gráfico 1.6
América Latina (10 países): variación anual de los componentes del ingreso laboral por persona en los hogares pobres, 2011-2012^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 2011 (excepto en El Salvador y México, donde corresponde a 2010).

- ² El notable aumento de los ingresos laborales se relaciona con un alza apreciable del salario mínimo y de algunos beneficios vinculados a los ingresos laborales (por ejemplo, el bono de alimentación), en el contexto de una marcada desaceleración de la inflación respecto de 2011.
- ³ Las transferencias, tanto las jubilaciones y pensiones como el Bono de Desarrollo Humano, jugaron un papel preponderante en el Ecuador, dando cuenta de 2,5 de los 6,0 puntos porcentuales de crecimiento del ingreso de los hogares pobres.

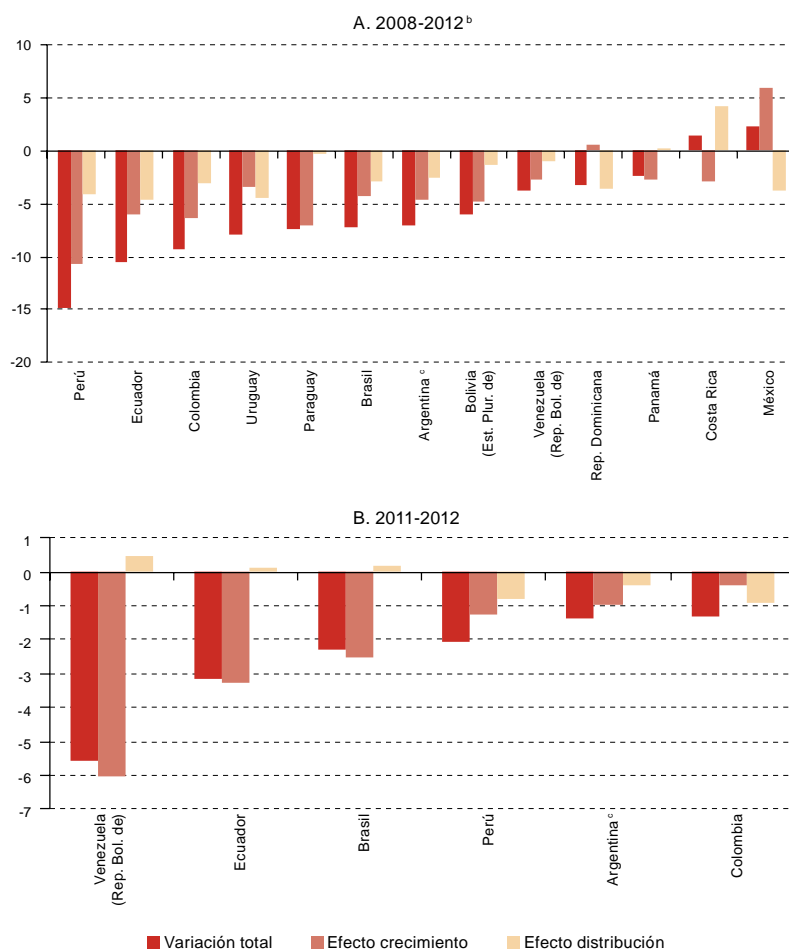
Desde una perspectiva distinta, las variaciones de las tasas de pobreza pueden ser analizadas en función de la contribución de dos elementos: el crecimiento del ingreso medio de las personas (efecto crecimiento) y los cambios en la forma en que se distribuye este ingreso (efecto distribución).

En el caso de los cambios de las tasas de pobreza ocurridos en 2012, es el primero de estos efectos el que predomina. En tres de los seis países cuyas tasas de pobreza se redujeron al menos 1 punto porcentual, el efecto crecimiento explica prácticamente la totalidad de la reducción, sobre todo en los que presentan las disminuciones más marcadas; a su vez, el efecto distributivo predominó solamente en el país con la menor reducción de pobreza.

El peso relativo de los efectos crecimiento y distribución es un poco distinto cuando se considera el período 2008-2012 en su conjunto. Si bien el efecto crecimiento predominó en prácticamente todos los países donde la pobreza se redujo apreciablemente, la contribución del efecto distribución fue superior al 50% en dos países y superior al 25% en otros seis.

Gráfico 1.7

América Latina (13 países): cambios en la pobreza y contribución de los efectos de crecimiento y distribución ^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 Corresponde a los países con variaciones estadísticamente significativas de las tasas de pobreza en los períodos analizados.

^b Corresponde al período 2008-2012, excepto en la Argentina (2009-2012) y Bolivia (Estado Plurinacional de), Panamá y el Paraguay (2008-2011).

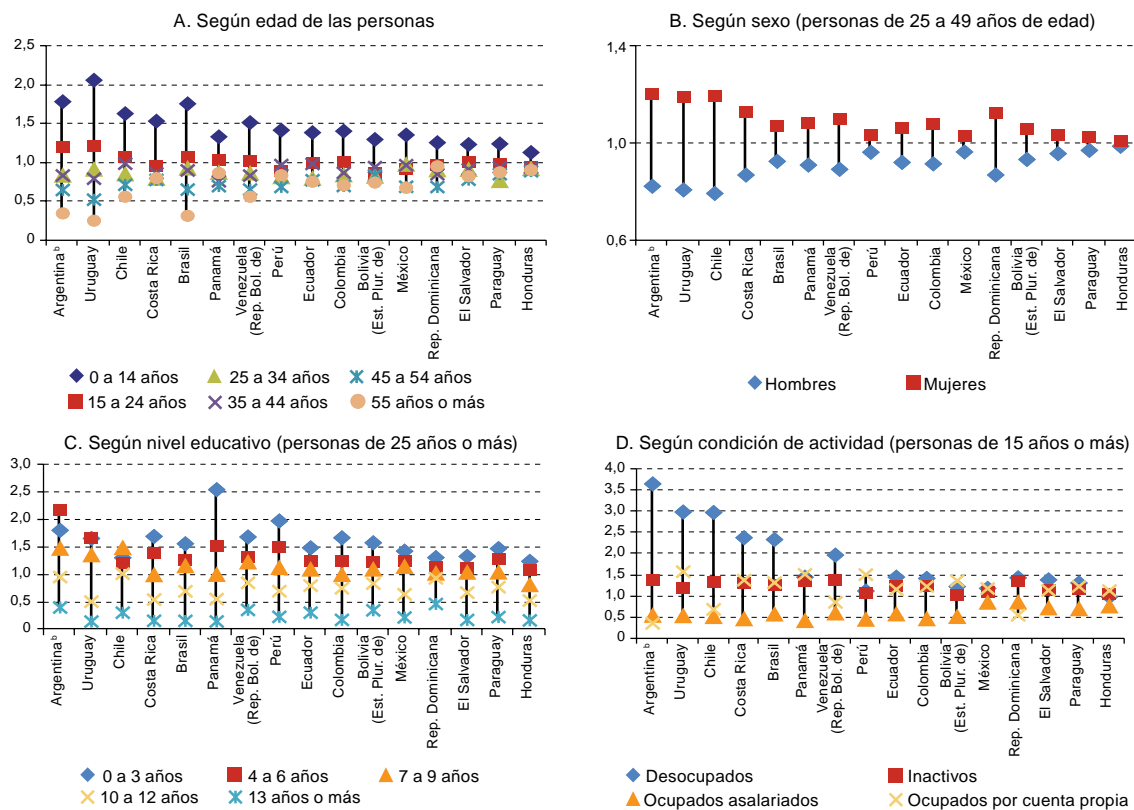
^c Áreas urbanas.

4. La pobreza en distintos grupos de la población

Como se ha señalado en diversas ocasiones, la pobreza afecta de manera distinta a las personas según sus características (véase un análisis de probabilidades de pobreza según características personales en CEPAL, 2013a). Con el fin de complementar la caracterización de la pobreza por ingresos en América Latina, se presentan resultados actualizados sobre algunos grupos de población relevantes para el análisis de la pobreza.

Una de las regularidades empíricas más evidentes en los países de la región es que los niños tienen tasas de pobreza considerablemente superiores a las del resto de las personas. Las tasas de pobreza de los menores de 15 años se ubican entre 1,1 y 2,0 veces por encima de la correspondiente a la población total, registrándose las mayores diferencias en los países con menores niveles de pobreza⁴. Si bien hay varias excepciones, en varios países tiende a primar una relación inversa entre la tasa de pobreza y la edad de las personas. De esta manera, la pobreza entre las personas de 55 años o más tiende a estar por debajo del promedio en la mayoría de los países (véase el gráfico 1.8).

Gráfico 1.8
América Latina (16 países): diferencias de las tasas de pobreza según características de la población, 2012^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 Corresponde al año 2012, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2011), Chile (2011), Honduras (2010), Panamá (2011) y el Paraguay (2011).

^b Áreas urbanas.

Otro rasgo de la pobreza que ha sido analizado en detalle es la mayor incidencia de la pobreza entre las mujeres. Aun cuando las tasas de pobreza no difieren mayormente entre hombres y mujeres al comparar el total de la población, la comparación con las personas adultas que presentan mayor probabilidad de participación en el mercado laboral muestra un resultado distinto. La incidencia de la pobreza entre las mujeres es mayor que la de los hombres en prácticamente todos los países de la región.

⁴ Véase un análisis detallado de la pobreza infantil en el capítulo II.

El nivel educativo guarda una estrecha relación con la pobreza. La incidencia de la pobreza alcanza sus valores más altos entre aquellas personas que no estudiaron más de tres años, y disminuye paulatinamente a medida que aumenta el número de años de estudio de la población. Las personas que estudiaron entre siete y nueve años presentan una tasa de pobreza similar al promedio.

Por último, la condición de actividad de las personas en edad de trabajar también presenta algunas regularidades en lo que respecta a la incidencia de la pobreza. Como cabría esperar, el porcentaje de personas pobres es más alto entre los desocupados que entre los ocupados y los inactivos. A su vez, los ocupados que trabajan como asalariados presentan menores tasas de pobreza que los ocupados por cuenta propia, que en varios países se caracterizan por una incidencia de la pobreza similar a la de los inactivos.

B. Análisis multidimensional de la pobreza

Una medición multidimensional de la pobreza acotada a las necesidades básicas insatisfechas muestra que carencias tales como la falta de acceso al agua potable o a sistemas apropiados de saneamiento todavía afectan a un conjunto importante de personas en la región. Ello conduce a preguntarse si las políticas públicas destinadas a la superación de la pobreza están poniendo suficiente énfasis en el logro de estándares mínimos. Una mirada más amplia a la pobreza, que incluye las carencias en ámbitos como la protección social y los ingresos, permite ilustrar la interrelación entre las distintas dimensiones de privación.

En esta sección se aborda la medición de la pobreza en América Latina desde una perspectiva multidimensional. En particular, se exploran conceptual y empíricamente diferentes dimensiones, umbrales y formas de agregación de las dimensiones, para avanzar en la construcción de un índice de pobreza multidimensional pertinente y factible de aplicar en la región. Asimismo, se intenta identificar las dificultades de disponibilidad y calidad de información, a fin de contribuir a generar mejores datos para la medición multidimensional de la pobreza. Por tanto, los índices que se presentan en esta sección son esencialmente exploratorios y no tienen el propósito de constituir una medida multidimensional definitiva de la pobreza de la región.

La sección se organiza de la siguiente manera: primero se presentan argumentos que justifican el avance hacia una medición multidimensional de la pobreza. A continuación se examinan distintas dimensiones y umbrales, teniendo en perspectiva la selección de las más pertinentes y factibles de medir en el contexto regional. Luego se expone un análisis empírico en el que se utiliza parte de la metodología propuesta por Alkire y Foster (2007 y 2011). El análisis se inicia con un índice construido sobre la base de un núcleo de indicadores de carencias críticas o de necesidades básicas insatisfechas (NBI), prosigue agregando a este núcleo una medida de privación por insuficiencia de ingresos y culmina con la agregación de algunas dimensiones no incluidas habitualmente en el análisis de la pobreza.

1. Conceptos preliminares

En los últimos años, los Estados de la región han manifestado un interés cada vez mayor en las medidas multidimensionales de la pobreza como instrumentos para el análisis de las políticas públicas. Este interés ha sido impulsado por la difusión de nuevos marcos conceptuales sobre el desarrollo y el bienestar, como el enfoque de derechos y la perspectiva de capacidades. Estos enfoques han sido asumidos plenamente por la CEPAL, que ha planteado que vivir en la pobreza no consiste únicamente en no contar con los ingresos necesarios para cubrir las necesidades básicas, sino que es también padecer la exclusión social, que impide una participación plena en la sociedad. “En última instancia, la pobreza es la falta de titularidad de derechos, la negación de la ciudadanía” (Bárcena, 2010, pág.2).

El uso de indicadores multidimensionales de pobreza también puede justificarse en el hecho de que las mediciones basadas en la insuficiencia de ingresos proveen una evaluación incompleta del estándar de vida. En efecto, la insuficiencia de ingresos constituye una aproximación a la capacidad de consumo de las personas por medio del mercado y no refleja adecuadamente el acceso a los bienes no adquiridos con el ingreso, lo que hace que la correlación entre ingreso y bienestar se erosione. Asimismo, la medición de la pobreza es fundamental para el monitoreo de las políticas públicas y, puesto que dichas iniciativas no solo entregan transferencias monetarias, sino que también prestan servicios educativos, de salud, laborales y de protección social, los indicadores monetarios proporcionan una información insuficiente para captar el impacto de las políticas.

Una cuestión ampliamente debatida en torno a las metodologías multidimensionales de medición es la conveniencia de agregar la información provista por los distintos indicadores de pobreza en un índice sintético. Por ejemplo, se ha señalado que los procedimientos de agregación pueden implicar pérdidas de información y están afectados por cierta arbitrariedad en la elección del mecanismo de agregación, con lo cual sería más apropiado manejar la información en un sistema de indicadores (Maurizio, 2010). Sin embargo, un sistema de indicadores no resuelve el problema de la identificación, es decir, de seleccionar quiénes son clasificados como pobres y quiénes no. Además, un índice sintético facilita el análisis conjunto de las carencias, permite un ordenamiento completo (Santos, 2013), produce una ventaja comunicacional al resumir un elevado número de dimensiones y, por ende, facilita la toma de decisiones (Maurizio, 2010; Santos, 2013).

Así, en los años recientes se han desarrollado nuevas metodologías que superan algunos de los obstáculos para la agregación de diferentes dimensiones en un índice de pobreza (véase Bourguignon y Chakravarty, 2003; Alkire y Foster, 2007 y 2011), y que crean mejores condiciones para la realización de estas mediciones, aun cuando no superan las complejidades políticas y las limitaciones de datos que afectan a este tipo de ejercicios. A su vez, se han incrementado sustancialmente los esfuerzos de organismos internacionales y Estados nacionales por proponer nuevos índices multidimensionales de pobreza sobre la base de la aplicación de estas metodologías⁵ (véanse más detalles en el recuadro I.3).

Recuadro I.3

Medición multidimensional de la pobreza: aplicaciones recientes

En los últimos años se ha producido un desarrollo acelerado de los múltiples ámbitos relacionados con la medición multidimensional de la pobreza. En estos procesos, las dimensiones consideradas se han ido expandiendo, pasando de la satisfacción de necesidades básicas a un enfoque más amplio, generalmente relacionado con funcionamientos y capacidades. A su vez, el renovado interés en producir medidas sintéticas, que atiendan de la mejor manera los desafíos de agregación de dimensiones en un indicador, ha dado lugar a la aparición de diversos tipos de índices y metodologías. Las propuestas que han alcanzado una mayor difusión son las que vinculan la tradición axiomática con los enfoques de conteo de privaciones. En este grupo se inscriben propuestas como las de Bourguignon y Chakravarty (2003) y de Alkire y Foster (2007 y 2011). Sobre la base de estas elaboraciones, se han generado aplicaciones prácticas de medición multidimensional de la pobreza a nivel regional e internacional. A continuación se describen algunas aplicaciones oficiales recientes:

El índice de pobreza multidimensional (IPM) utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) fue elaborado por la Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) en colaboración con el PNUD. Este índice, que es una aplicación de la metodología desarrollada por Alkire y Foster (2007), es una medida de pobreza aguda que refleja carencias en el acceso a servicios básicos y en funcionamientos clave en materia de educación, salud y nivel de vida de la población de 104 países, incluidos algunos de América Latina. La unidad de análisis es el hogar. Las personas son identificadas como pobres cuando residen en hogares que tienen tres o más privaciones. La agregación de las dimensiones se realiza por equiponderación (Alkire y Santos, 2010).

Simplificando, la construcción del IPM comprendió los siguientes pasos: i) selección de las dimensiones o indicadores que serán empleados en la medición; ii) determinación de los umbrales para cada indicador o dimensión; iii) aplicación de los umbrales para determinar si las personas o los hogares están privados o no en cada indicador; iv) definición de las ponderaciones para cada una de las dimensiones o indicadores; v) determinación del umbral multidimensional (k), es decir, la proporción de privaciones ponderadas que una persona necesita evidenciar para ser identificada como multidimensionalmente pobre; vi) cálculo del puntaje de privaciones para cada sujeto y determinación, a partir de la comparación entre dicho puntaje y el valor de k , de si es multidimensionalmente pobre o no; vii) determinación de la proporción de las personas que son multidimensionalmente pobres en la población (esta es la tasa de recuento o de incidencia de la pobreza multidimensional (H)); viii) determinación de la intensidad de la pobreza (A) (para ello se obtiene el puntaje ponderado de privaciones de los pobres en todas las dimensiones y se divide este número por el total de personas pobres, y ix) estimación de $M0$ (la tasa de recuento ajustado) (Alkire y Santos, 2013).

Si bien las estimaciones de pobreza aguda para los países de la región que resultan del IPM son en general bajas (América Latina aparece como la segunda región menos pobre, por debajo de los países de Europa Central y Oriental), Roche y Santos (2013) exploran maneras alternativas de hacer el IPM más relevante para la región, captando no solo la pobreza aguda sino también una “segunda capa” de pobreza.

⁵ Véase una revisión de la experiencia regional en la medición multidimensional de la pobreza en Santos (2013).

Recuadro I.3 (conclusión)

Dimensiones, indicadores, umbrales y pesos del índice de pobreza multidimensional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI)

Dimensiones	Indicadores	Umbrales La persona está privada si...	Peso relativo (en porcentajes)
Educación	Años de escolaridad completos	...ningún miembro del hogar completó cinco años de educación.	16,7
	Asistencia de los niños a la escuela	...al menos un niño en edad escolar (hasta grado 8) no asiste a la escuela.	16,7
Salud	Nutrición	...al menos un miembro del hogar está desnutrido.	16,7
	Mortalidad infantil	...uno o más niños del hogar han muerto.	16,7
Estándar de vida	Electricidad	...no tiene electricidad.	5,6
	Saneamiento	...no tiene acceso a saneamiento adecuado.	5,6
	Agua	...no tiene acceso a agua potable.	5,6
	Piso	...habita una vivienda con piso de tierra.	5,6
	Combustible para cocinar	...usa combustible contaminante (estiércol, leña o carbón) para cocinar.	5,6
	Bienes	...no tiene auto, camión ni vehículo motorizado y posee solo uno de los siguientes bienes: bicicleta, motocicleta, radio, refrigerador, teléfono o televisor.	5,6

Fuente: Sabina Alkire y María Emma Santos, *Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries*, 2010 [en línea] http://www.fundacionpobreza.cl/biblioteca-archivos/acute_multidimensional_poverty.pdf.

Un segundo ejemplo es el índice de pobreza multidimensional para Colombia (IPM-Colombia), elaborado en 2011 por el Departamento Nacional de Planeación (DNP). El IPM-Colombia incluye 5 dimensiones y 15 variables, relacionadas con las condiciones educativas del hogar, las condiciones de la infancia y la adolescencia, la salud, el empleo y el acceso a servicios básicos y condiciones de vida en el hogar. Al igual que en el IPM mundial, la unidad de análisis es el hogar. El número de privaciones requerido para ser considerado pobre es de cinco o más. El procedimiento de agregación de las dimensiones es por equiponderación, mecanismo que también se emplea en la agregación de los indicadores dentro de cada dimensión. Los índices de pobreza que se calculan están basados en la metodología de Alkire y Foster (2007) (Angulo, Yadira y Pardo, 2013).

Por su parte, en la elaboración del índice de pobreza multidimensional empleado por México desde 2010, se adopta una perspectiva cercana a la del método bidimensional clásico, puesto que se utilizan complementariamente los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y los de pobreza monetaria. Se contemplan dos dimensiones, una de derechos (carencias) y otra de bienestar (ingresos). La medición de los derechos se hace mediante seis indicadores: el rezago educativo, el acceso a la salud, el acceso a la seguridad social, la calidad de la vivienda, los servicios básicos de la vivienda y el acceso a la alimentación. Sobre la base del argumento de la indivisibilidad de los derechos sociales, se considera que una persona tiene carencia en dicha dimensión cuando presenta al menos una de las seis carencias sociales. La agregación entre las dos dimensiones se hace por medio de una tabulación cruzada (CONEVAL, 2010).

México: tipología de pobreza basada en el índice de pobreza multidimensional

Derechos y bienestar	Hogares con carencias	Hogares sin carencias
Hogares pobres por ingresos	Pobres multidimensionales	Vulnerables por ingreso
Hogares no pobres por ingresos	Vulnerables por carencia social	No pobres y no vulnerables

Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Informe de pobreza multidimensional en México 2008*, 2010 http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/med_pobreza/Informe_pobreza_multidimensional/Informe_de_Pobreza_Multidimensional_en_Mexico_2008_.pdf?view.

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

La realización de un ejercicio de medición multidimensional de la pobreza requiere evaluar si las personas logran umbrales mínimos de bienestar en cada una de las dimensiones consideradas. Esto significa que se deben seleccionar las dimensiones y los indicadores, fijar los umbrales mínimos para cada dimensión y finalmente combinar los resultados obtenidos en las distintas dimensiones en un indicador sintético. Por lo tanto, es necesario formular y explicitar un conjunto de argumentos que justifiquen la selección de dimensiones e indicadores para la identificación de los pobres. Esto no implica llegar a un concepto acabado de pobreza, sino dotarse de criterios que orienten la toma de decisiones en las distintas etapas de medición.

La primera pregunta refiere a lo que se debe medir y tiene respuestas diferentes según el enfoque que se utilice. Desde el enfoque de derechos, los pobres no son seres carentes o necesitados, sino ciudadanos portadores de derechos (en el capítulo II, referido a la medición multidimensional de pobreza infantil, se desarrolla en detalle esta perspectiva). Desde el punto de vista de las capacidades, la medición de la pobreza basada solo en los recursos es insuficiente, puesto que no brinda información sobre las cosas que las personas pueden hacer o hacen con esos medios. En esta lógica, se deben medir las capacidades que las personas tienen para alcanzar determinados funcionamientos, como estar bien nutridas o vivir sin humillación ni vergüenza (Sen, 1985 y 1997).

Aquí se ha optado por incorporar elementos provenientes de las perspectivas de derechos, de capacidades y de necesidades básicas insatisfechas. Esta integración se basa en la idea de que estas tradiciones no deben ser vistas en oposición, sino como enfoques complementarios, que dan cuenta de distintos aspectos de las privaciones. En el enfoque de derechos se describen los medios o garantías institucionales para alcanzar el bienestar, mientras que las necesidades constituyen una forma de conceptualizar los fines (o el contenido) del bienestar⁶. En otras palabras, la vigencia de los derechos contribuye a que las personas satisfagan sus necesidades y alcancen funcionamientos básicos. Asimismo, la insatisfacción de las necesidades y la restricción de la libertad para funcionar limitan las posibilidades de que las personas exijan sus derechos, lo cual profundiza y reproduce la pobreza.

A su vez, aun cuando las nociones de derechos, de capacidades y de necesidades básicas puedan ser asumidas como maneras distintas de conceptualizar el bienestar, los instrumentos disponibles generalmente no permiten establecer distinciones en su cuantificación. La información disponible en las encuestas de hogares hace referencia sobre todo a carencias o privaciones, muchas de las cuales pueden ser interpretadas simultáneamente como aproximaciones a la vulneración de derechos, como restricciones a la satisfacción de necesidades o como obstáculos para el logro de funcionamientos. Una medición directa de estos conceptos requeriría información que muchas veces no puede ser captada de manera adecuada mediante las encuestas o que, cuando puede serlo, en general no está disponible (por ejemplo, el estado nutricional de la población o el consumo real de alimentos) (Santos y otros, 2010).

En el contexto regional, el punto de partida que parece más aconsejable es un núcleo de indicadores de carencias críticas en las condiciones de vida (véase el recuadro I.4), sea porque estos indicadores están disponibles en las encuestas, como también porque constituyen medidas de pobreza relativamente bien establecidas. A partir de este subconjunto de indicadores, se pueden explorar otras privaciones que aportarían a la identificación de los pobres, como aquellas relacionadas con la insuficiencia de recursos monetarios y las que indican carencias de participación social y de vinculación con las instituciones.

La unidad de análisis que se empleará es el hogar, que es la entidad básica donde se toman las decisiones más relevantes para la satisfacción de necesidades y el logro de funcionamientos. No obstante la importancia de las asimetrías en los hogares (no todos los sujetos del hogar son igualmente afectados por las carencias ni tienen los mismos grados de libertad para funcionar), no se las considera por ahora debido a dificultades metodológicas y de datos.

Recuadro I.4

Una experiencia pionera: el enfoque de necesidades básicas insatisfechas

El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) fue introducido por la CEPAL en América Latina a comienzos de los años ochenta para aprovechar la información de los censos en la identificación y caracterización de la pobreza. En esta aproximación se procuraba evaluar directamente si los hogares lograban satisfacer un conjunto de necesidades básicas.

Dadas las restricciones derivadas de la información disponible en los censos, el tipo de necesidades que se podía estudiar era limitado, lo que significó la exclusión de algunos elementos relevantes

del bienestar. En las primeras aplicaciones, la insatisfacción de necesidades se evaluó sobre la base de algunas características de la vivienda —como el tipo de materiales usado en su construcción, el acceso a agua potable, la disponibilidad de un sistema de eliminación de excretas o el número de cuartos— y a ciertos rasgos demográficos del hogar, como el número de miembros, la asistencia escolar de los niños y la edad, educación y condición de ocupación del jefe de hogar.

Necesidades básicas, dimensiones y variables

Necesidades básicas	Dimensiones	Variables censales
Acceso a vivienda	Calidad de la vivienda	Materiales de construcción de piso, paredes y techo
	Hacinamiento	Número de personas y número de cuartos en el hogar
Acceso a servicios sanitarios	Disponibilidad de agua potable	Fuente de abastecimiento de agua en la vivienda
	Sistema de eliminación de excretas	- Disponibilidad de sanitario - Sistema de eliminación de excretas
Acceso a educación	Asistencia de los niños a la escuela	Asistencia de los niños a un establecimiento educativo
Capacidad económica	Probabilidad de insuficiencia de ingresos en el hogar	- Edad de los miembros del hogar - Último nivel educativo aprobado - Número de personas en el hogar - Condición de actividad

Fuente: Juan Carlos Feres y Xavier Mancero, "El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina", *serie Estudios Estadísticos y Prospectivos*, N° 7 (LC/L.1491-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2001. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.31.

⁶ No solo se deben considerar los aspectos legales de los derechos, sino también los mecanismos institucionales que operan para que estos se hagan realmente efectivos.

Recuadro I.4 (conclusión)

En el método de NBI, los pobres eran identificados a través del conteo de las privaciones. Los hogares que presentaban al menos una privación eran clasificados como pobres. La racionalidad de este procedimiento, denominado en la literatura como el enfoque de unión, es que la suficiencia en cada una de las dimensiones es esencial para escapar de la pobreza.

Posteriormente, el método de NBI comenzó a emplearse de modo complementario a las mediciones de pobreza monetaria. Así como el método de línea de pobreza no toma en cuenta el acceso a los servicios públicos gratuitos u otras necesidades cuya satisfacción no se realiza por la vía del gasto, el método de NBI no da cuenta de la posibilidad de satisfacer necesidades mediante

el consumo privado de bienes y servicios. De este modo, se consideró que el método de la línea de pobreza era más apto para identificar situaciones de pobreza reciente o coyuntural, mientras que el método de NBI era más adecuado para captar la pobreza estructural o de largo plazo.

Con estos argumentos, algunos investigadores propusieron metodologías bidimensionales, construidas sobre la base del cruce de resultados generados por los métodos de NBI y de línea de pobreza (Beccaria y Minujin, 1985; Kaztman y Gerstenfeld, 1988). El cruce produce una tipología que identifica cuatro situaciones posibles que se exponen en el cuadro siguiente.

Combinación de resultados entre los métodos de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y de línea de pobreza

	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Hogares pobres	Hogares en situación de pobreza crónica (total)	Hogares en situación de pobreza reciente (pauperizados) (coyuntural)
Hogares no pobres	Hogares con carencias inerciales (estructurales)	Hogares en condiciones de integración social

Fuente: Rubén Kaztman y Pascual Gerstenfeld, "La heterogeneidad de la pobreza: una aproximación bidimensional" (LC/MDV/R.12(Sem.44/7)), Montevideo, oficina de la CEPAL en Montevideo, 1988.

Por su parte, Boltvinik (1990 y 1992) elaboró un método para evitar la duplicación de información entre ambos métodos, eliminando el indicador de capacidad de consumo del índice de NBI. En esta propuesta, los indicadores de NBI debían captar el acceso a bienes provistos por la inversión pública, mientras que el consumo privado debía captarse por medio de los ingresos. Con este método se intentaba captar la profundidad de la privación en cada dimensión, a los efectos de establecer brechas, como ocurre con la línea de pobreza. El puntaje de NBI se agregaba al puntaje de pobreza de ingresos para obtener un puntaje de

pobreza agregado, que se comparaba con el umbral de pobreza total para determinar quién era pobre.

No obstante el aporte del método de NBI, esta aproximación fue criticada porque no permitía establecer la intensidad de las carencias evaluadas, por la discrecionalidad en la definición de la cantidad de carencias que debía presentar un hogar para ser identificado como pobre y por la falta de sustento teórico de las ponderaciones de las distintas necesidades evaluadas (problema de comparabilidad de las dimensiones).

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

2. Medición multidimensional de la pobreza a partir de un núcleo de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas

Los indicadores más empleados en las mediciones multidimensionales de pobreza en América Latina son los que captan carencias en la vivienda (hacinamiento y materialidad), en los servicios básicos (agua y saneamiento) y en la educación, no solo por su relevancia para la identificación de los pobres, sino también porque son los indicadores más disponibles en las encuestas de la región. Ciertamente, una medición multidimensional más completa de la pobreza requiere de datos sobre otros aspectos, como la situación nutricional, el estado de salud y la situación de empleo de las personas (véase una propuesta sobre los aspectos del bienestar que se deberían captar en una medición multidimensional de pobreza en Santos, 2013), pero dicha información no está disponible en un número suficiente de países de la región.

En la dimensión de vivienda, se verifica una privación cuando esta no provee a sus ocupantes un nivel mínimo de habitabilidad. Esto significa, por una parte, que la vivienda no brinda protección contra diversos factores ambientales (por ejemplo, lluvias y humedad) y, por otra, que no proporciona privacidad y comodidad para el desarrollo de actividades biológicas y sociales básicas. Así, se observa una carencia en términos de vivienda cuando esta no garantiza un aislamiento suficiente de los medios natural y social.

La capacidad de la vivienda para aislar a los individuos del medio natural usualmente se evalúa teniendo en cuenta los materiales de construcción empleados en el techo, los muros y el piso. Se debe tener en cuenta que las encuestas de los distintos países suelen captar de modo diferente los materiales empleados en la construcción de la vivienda, debido en parte a las particularidades de los contextos (Feres y Mancero, 2001).

La aptitud de la vivienda para aislar del medio social se establece a través del indicador de hacinamiento, siendo el estándar habitual el de tres o más personas por cuarto para zonas rurales y urbanas. Cabe destacar que hay diferencias entre los países respecto de los espacios de la vivienda que se consideran cuartos. En general, se considera cuarto a toda habitación, con excepción de baños, cocina, pasillos, garaje y habitaciones de negocios, aun cuando en las encuestas de algunos países no se excluyen la cocina ni los baños. Con el fin de minimizar el efecto de las diferencias en la definición de cuarto sobre la comparabilidad de las estimaciones, se realizaron algunos ajustes empleando la metodología de Kaztman (2011).

La importancia del agua y el saneamiento para el bienestar ha sido ampliamente reconocida. En 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas afirmó el derecho humano al agua y el saneamiento, puesto que ambos son esenciales para prevenir la mortalidad, la desnutrición y enfermedades gastrointestinales (Taccari y Stockins, 2013). La norma internacional define como acceso adecuado a fuentes de agua mejorada que cada persona tenga al menos 20 litros diarios de agua limpia procedentes de una fuente situada a menos de 1 kilómetro de su hogar⁷.

En su estado actual, la información de las encuestas no permite medir de manera directa la carencia de acceso a fuentes de agua mejorada tal como se define en la norma internacional, limitación especialmente marcada para las zonas rurales. A su vez, en la norma internacional se considera agua no mejorada a la que se obtiene de vendedores, camiones de agua y pozos o vertientes no protegidos, así como al agua embotellada, y se clasifica al acopio de agua de lluvia como fuente mejorada (UNICEF/OMS, 2012), lo que representa una modificación de los estándares usados en mediciones previas en la región (véase, por ejemplo, CEPAL, 2011).

Estas recomendaciones se pueden adoptar, con la excepción del agua de lluvia, puesto que esta fuente podría no garantizar disponibilidad durante todo el año⁸. Otra dificultad se encuentra en la identificación del tipo de pozo, puesto que en la mayoría de las encuestas no se capta información respecto de si está protegido o no. En todo caso, varias encuestas permiten determinar si el pozo tiene bomba o no, por lo que es posible emplear como criterio de evaluación el esfuerzo para la obtención del agua contenido en la norma internacional⁹.

Una instalación de saneamiento mejorado es aquella que permite separar higiénicamente las heces del contacto humano (Taccari y Stockins, 2013). La carencia de estos sistemas se vincula a una mayor incidencia de mortalidad infantil y a varios problemas de salud (Kaztman y Gerstenfeld, 1988). Una práctica habitual en la evaluación del saneamiento mejorado, al igual que para las fuentes de agua, es la consideración de las particularidades de los entornos. Por ejemplo, en algunas áreas rurales los hogares podrían no disponer de alcantarillado o agua de tubería, con independencia de su condición de pobreza.

La falta de electricidad y el uso de combustible tóxico para cocinar han sido analizados considerando la noción de pobreza de energía, que identifica situaciones en que los hogares tienen una dotación insuficiente de servicios de energía modernos, o en que el consumo de energía de los hogares no alcanza para sus requerimientos diarios y el combustible usado es riesgoso para la salud (Nussbaumer y otros, 2011)¹⁰. Se han vinculado los recursos de los hogares con el nivel de toxicidad y eficiencia energética del combustible que usan, siendo los peor evaluados los residuos, la leña y el carbón, en ese orden¹¹ (Dufflo, Greenstone y Rema, 2008).

La carencia de sistemas adecuados de eliminación de basura también debería incluirse en una evaluación multidimensional de la pobreza, no solo por sus implicaciones sanitarias y ambientales, sino también por sus efectos nocivos para la dignidad de las personas. Sin embargo, no hay una cantidad suficiente de países con datos y la determinación de umbrales es dificultosa. Por ejemplo, no queda claro si se debe considerar como carencia la quema y entierro de basura en zonas rurales. La incineración puede producir emisiones de dioxinas y metales, pero esto depende del tipo de desecho, y la eficacia del entierro depende de la profundidad, el revestimiento y el sellado de la excavación (Banco Mundial, 2005 y 2012).

⁷ Véase el sitio web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/.

⁸ Esto es más acentuado en un escenario de cambio climático.

⁹ Véase una revisión reciente de vacíos y discrepancias en los indicadores de agua y saneamiento, así como de otros indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en Taccari y Stockins (2013).

¹⁰ Véase [en línea] <http://practicalaction.org/energy-poverty-2>.

¹¹ No se crearon umbrales diferenciados por zonas urbanas y rurales respecto del combustible para cocinar, debido a que se consideró que los efectos altamente nocivos del uso de combustible tóxico tienen primacía por sobre las diferencias culturales y de recursos.

Por otra parte, la educación es un requerimiento esencial para que las personas puedan tener las competencias y destrezas necesarias para participar adecuadamente en la vida productiva y social. Asimismo, las carencias educativas también representan grandes obstáculos para escapar de la pobreza y pueden contribuir a su reproducción.

El indicador de asistencia escolar ha sido empleado tradicionalmente en las medidas de pobreza multidimensional de la región. Lo habitual ha sido su cálculo para la población de 6 a 14 años, pero dadas las altas tasas de asistencia a la escuela en la mayoría de los países, se amplió el tramo etario, considerando en esta ocasión a la población de 6 a 17 años. En cuanto a problemas de datos, en algunos países se excluye a la población menor de 7 años, y también en algunas encuestas se consulta por la matrícula y no por la asistencia efectiva.

Dado que el indicador de asistencia a la escuela no es suficiente para establecer la situación educacional de todos los miembros del hogar, también se utiliza un indicador de conclusión educativa para los miembros del hogar de 20 años o más, entendiéndose que el hogar presenta una carencia cuando ninguno de sus miembros alcanza un umbral determinado. Lo habitual ha sido fijar este umbral en la conclusión de la primaria, pero debido a los niveles crecientes de finalización de este nivel en la población latinoamericana (véase CEPAL, 2013a), se utiliza como umbral la conclusión de la baja secundaria para las personas de 20 a 59 años.

En el cuadro 1.2 se exponen las dimensiones, umbrales y ponderaciones empleadas en el ejercicio de medición multidimensional de la pobreza que ocupa principalmente indicadores de NBI clásicos. En línea con la práctica habitual de la investigación que utiliza el enfoque multidimensional (véanse los recuadros 1.3 y 1.5), en este ejercicio se asigna la misma ponderación a las dimensiones utilizadas, atendiendo a la falta de un consenso suficiente que permita asignarles una importancia relativa mayor o menor.

En adelante, el análisis se realiza siguiendo la metodología propuesta por Alkire y Foster (2008 y 2011). En esta aproximación se emplean dos tipos de umbrales: i) umbrales por dimensión, que permiten establecer si los hogares o las personas presentan carencias en cada una de las dimensiones evaluadas, y ii) un umbral multidimensional (denotado con la letra *k*) que expresa la proporción de privaciones que un hogar debe tener para ser identificado como pobre. En este método, los principales indicadores que se reportan son: el índice de recuento (H) o porcentaje de población que es multidimensionalmente pobre; la intensidad de la pobreza (A) o la cantidad promedio de carencias que experimentan los pobres, y el índice de recuento ajustado (M0), que combina la información sobre la incidencia (H) y la intensidad de la pobreza (A) al multiplicar ambos indicadores (véanse más detalles en el recuadro 1.5).

Cuadro 1.2
Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza sobre la base de indicadores clásicos de necesidades básicas insatisfechas

Dimensiones	Indicadores de carencias	Ponderación
Agua y saneamiento		1/4
Carencia de acceso a fuentes de agua mejorada	Áreas urbanas: cualquier fuente de agua excepto red pública Áreas rurales: pozo no protegido, agua embotellada, fuentes de agua móvil, río, quebrada, lluvia y otros	1/8
Carencia de sistema de eliminación de excretas	Áreas urbanas: no disponer de servicio higiénico o de un sistema de evacuación conectado a red de alcantarillado o fosa séptica Áreas rurales: no disponer de servicio higiénico o tener un sistema de evacuación sin tratamiento	1/8
Energía^a		1/4
Carencia de energía eléctrica	Hogares que no tienen electricidad	1/8
Combustible para cocinar riesgoso para la salud	Hogares que usan leña, carbón o desechos para cocinar	1/8
Vivienda^b		1/4
Precariedad de materiales de la vivienda	Vivienda con piso de tierra o precariedad de los materiales del techo o los muros	1/8
Hacinamiento	Tres o más personas por cuarto, áreas rurales y urbanas	1/8
Educación		1/4
Inasistencia a la escuela	En el hogar, al menos un niño en edad escolar (6 a 17 años) que no asiste a la escuela	1/8
No logro de un nivel educativo mínimo	En el hogar, ninguna persona de 20 años o más alcanzó un nivel educativo mínimo - Personas de 20 a 59 años: no cuentan con baja secundaria completa - Personas de 60 años o más: no cuentan con primaria completa	1/8

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

^a En la Argentina solo se cuenta con información sobre el combustible, y en Chile y Venezuela (República Bolivariana de) solo se dispone de datos sobre el acceso a la energía eléctrica. Por esa razón, dichos indicadores tuvieron una ponderación de ¼ en los respectivos países. Dado que la privación de combustible suele ser más prevalente que la privación de energía eléctrica en los países de la región, es probable que la carencia total en la dimensión de energía esté subestimada para Chile y Venezuela (República Bolivariana de).

^b En el caso del Brasil, no se dispone de información sobre el piso de la vivienda.

Recuadro I.5

El método de Alkire y Foster

En el método de Alkire y Foster se vincula la tradición de conteo, que identifica a los pobres contando las privaciones que los afectan, con la tradición axiomática, que establece un conjunto de propiedades deseables que deben cumplir las medidas de pobreza en las etapas de identificación y agregación. En este enfoque, se propone: i) un método de identificación ρ_k que vincula y extiende los enfoques tradicionales de intersección y unión, y ii) una familia de mediciones de pobreza M_α , que son extensiones de las medidas clásicas propuestas por Foster, Greer y Thorbecke (índice (FGT)), pero ajustadas al ámbito multidimensional, y que satisfacen una variedad de axiomas. Este método de identificación y de agregación, así como las medidas básicas que resultan de ambos pasos (el índice de recuento, la tasa de intensidad y el índice de recuento ajustado), son muy adecuados para datos ordinales.

La función de identificación ρ_k clasifica a la persona i como pobre cuando la cantidad de dimensiones j en las que experimenta privaciones es por lo menos k . Como ρ_k depende tanto de las líneas de corte z_j dentro de las dimensiones como de la línea de corte k entre las dimensiones, ρ_k es un método de identificación de línea de corte dual. Aun cuando el método por sí mismo no obliga a usar un valor particular de k , los autores proponen una línea de corte intermedia, que estaría en algún punto entre el enfoque de unión ($k = 1$) y el de intersección ($k = \text{total de privaciones analizadas}$).

El insumo básico de la metodología de Alkire y Foster es una matriz de privaciones $g_0 = [g_{ij}0]$, donde a cada individuo/dimensión se le asigna el valor cero cuando no hay una carencia en aquella dimensión, y el valor uno cuando sí la hay ($y_{ij} < z_j$). Luego la matriz se censura (g_0k), es decir que se ignoran las privaciones de los no pobres (se les asigna un valor igual a cero). A continuación, se construyen los puntajes de privaciones de los individuos a partir de la suma (ponderada) de estas en las distintas dimensiones.

Los indicadores básicos que se calculan en el método de Alkire y Foster son el índice de recuento de pobreza (H), la tasa de intensidad de la pobreza (A) y el índice de recuento ajustado (M0). Seguidamente, se presentan las definiciones respectivas.

El índice de recuento (H) corresponde a la proporción de las personas identificadas como pobres ($H=q/n$) donde q es el número de pobres y n la población total.

La tasa de intensidad de la pobreza (A) es el promedio (ponderado) de las privaciones o carencias que sufre la población identificada como pobre ($A=\sum C_i(k)/dq$).

Para la estimación de A se requiere calcular la proporción de privaciones que experimentan las personas, tomando como referencia el vector de conteo censurado (se ignoran las privaciones de los no pobres), esto es $C_i(k)/d$. Luego, este valor se divide por el número de pobres (q).

El índice de recuento ajustado (M0) resulta de la multiplicación de H por A.

Las medidas H, A y M0 satisfacen el axioma de monotonicidad dimensional, lo que implica que si una persona pobre sufre una privación adicional, la medida de pobreza aumenta. También cumplen con el axioma de foco en la privación (una adaptación del axioma de foco en pobreza), que implica que la medida de pobreza no varía si es que aumentan o disminuyen las carencias en la población no pobre. Igualmente cumplen con la propiedad de "descomponibilidad", que requiere que la pobreza total sea el promedio ponderado de la pobreza de los subgrupos.

Sin embargo, H, A y M0 no son sensibles a la profundidad de las privaciones y, por tanto, no cumplen con el axioma de monotonicidad, que establece que si las privaciones de una persona se hacen más profundas, la pobreza total debe aumentar. Para cumplir con este axioma, se ocupa una matriz censurada $g_1(k)$ de brechas normalizadas y se estima una brecha de pobreza promedio G. Luego se calcula M1, donde $M1 = HAG$. Sin embargo, todavía el aumento en una privación tiene el mismo impacto, independientemente de que la persona sufra una privación moderada o grave en la dimensión, con lo cual no se cumple con el axioma de transferencia. Para resolver este problema, se calcula un índice de severidad media de las privaciones (S). Luego se estima M2, donde $M2=M0*S$.

Cabe destacar que idealmente M1 y M2 requieren de datos cardinales. En el caso de que no se cuente con este tipo de datos, se han sugerido caminos alternativos, como una matriz de privación híbrida y las reponderaciones.

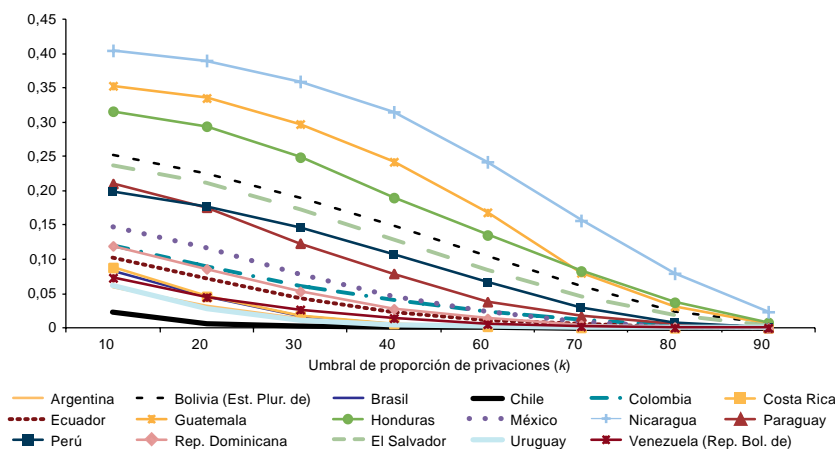
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Sabina Alkire y James Foster, "Counting and multidimensional poverty measurement", *OPHI Working Paper*, N° 7, Oxford, Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), 2007 [en línea] <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp7.pdf>; y "Counting and multidimensional poverty measurement", *Journal of Public Economics*, vol. 95, N° 7-8, Amsterdam, Elsevier, 2011.

Antes de seleccionar el umbral multidimensional y proceder a la identificación de los pobres, se debe establecer si las estimaciones que provee el índice de pobreza son suficientemente robustas. Una forma de determinar la robustez del índice es verificar si el ordenamiento de los países tiende a ser similar ante diferentes valores de k (umbral multidimensional de pobreza).

En el gráfico I.9 se exponen los valores del índice de recuento ajustado (M0) ante distintos k . En general, las posiciones de los países no se alteran sustancialmente al variar el valor de k , y la aplicación de pruebas no paramétricas muestra niveles aceptables de concordancia y correlación¹² entre las posiciones que obtienen los países¹². De esta manera, Nicaragua, Guatemala y Honduras evidencian los mayores niveles de pobreza ajustada (M0) y Chile el más bajo, independientemente de los valores de k . En todo caso, se verifican algunas superposiciones en el ordenamiento de los países, como las existentes entre Guatemala y Honduras ($k=70\%$) y entre el Perú y el Paraguay ($k=20\%$).

¹² Al analizar los valores M0 ante distintos k , la tau de Kendall oscila entre 0,786 y 0,967, mientras que el coeficiente Rho de Spearman fluctúa entre 0,88 y 0,997. Al replicar este procedimiento para el índice de recuento bruto (H), se aprecia que la primera varía entre 0,723 y 0,982, mientras que el segundo fluctúa entre 0,849 y 0,997.

Gráfico 1.9
América Latina (17 países): índice de recuento ajustado (M0) de la pobreza extrema con distintos umbrales (k), 2011^a



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

^a Los datos de la Argentina corresponden a áreas urbanas; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2009; los de El Salvador, a 2010; los de Guatemala, a 2010; los de Honduras, a 2010; los de México, a 2010, y los de Nicaragua, a 2009.

La selección de la proporción o número de privaciones para ser considerado multidimensionalmente pobre (umbral k) es particularmente importante. En el enfoque de NBI (véase el recuadro I.4), el método de agregación utilizado es el de unión, con lo cual basta una privación para que las personas sean identificadas como pobres. Sin embargo, esto incrementa la probabilidad de error de inclusión, puesto que un hogar podría presentar carencias en una dimensión por factores no vinculados a la pobreza. A la vez, el método de intersección, que requiere que las personas o los hogares estén privados en todas las dimensiones, incrementa fuertemente la probabilidad de error de exclusión.

Frente a la decisión sobre cuál tipo de error disminuir (o reducir en mayor medida), entre el error de inclusión y de exclusión, se optó por el segundo, considerando su importancia en el contexto actual de políticas públicas (véase Ocampo, 2008). En consecuencia, se fijó el valor de k en un 20%, lo que significa que se consideran pobres los hogares que presentan dos privaciones o más¹³.

En el cuadro I.3 se presentan la incidencia, la intensidad y el índice de recuento ajustado por países, con un umbral de pobreza multidimensional (k) igual al 20%. Los países con las mayores incidencias de pobreza son Nicaragua (71,4%), Guatemala (68,8%) y Honduras (63,4%), y las menores incidencias se aprecian en Chile (2,2%), el Uruguay (9,6%) y la Argentina (11,0%). Las intensidades más altas se observan en Nicaragua, Guatemala y Bolivia (Estado Plurinacional de), y las más bajas en Chile, el Brasil y Costa Rica. En cuanto al M0, los países con los valores más altos y los más bajos coinciden con los mencionados para las incidencias de pobreza.

En general, los países con las mayores incidencias no ajustadas evidencian las más altas intensidades de pobreza (véase el gráfico I.10). Sin embargo, hay excepciones: por ejemplo, el Estado Plurinacional de Bolivia tiene un índice de recuento (H) mucho más bajo que Honduras (un 48,1% frente a un 63,4%), pero ambos países evidencian una intensidad de la pobreza muy similar (un 46,7% y un 46,4%, respectivamente). A su vez, en el Paraguay el índice de recuento (46,6%) es mucho mayor que en Colombia (23,9%), pero la intensidad de la pobreza en ambos países es muy parecida. Asimismo, la incidencia de la pobreza en el Paraguay es 6,1 puntos porcentuales más alta que en el Perú, pero la intensidad de la pobreza es mayor en el Perú que en el Paraguay, por lo que el índice de recuento ajustado de estos dos países es casi igual. Por su parte, Chile tiene la incidencia más baja de pobreza, pero la intensidad de la pobreza de este país es muy similar a la observada en la Argentina, el Brasil, Costa Rica y el Uruguay.

¹³ López Calva y Ortiz Juárez (2009) observaron una amplia variabilidad en la magnitud del error de exclusión dependiendo del criterio seleccionado para identificar a los pobres (unión frente a intersección). Este ejercicio se realizó a partir de una medida de insuficiencia de ingresos.

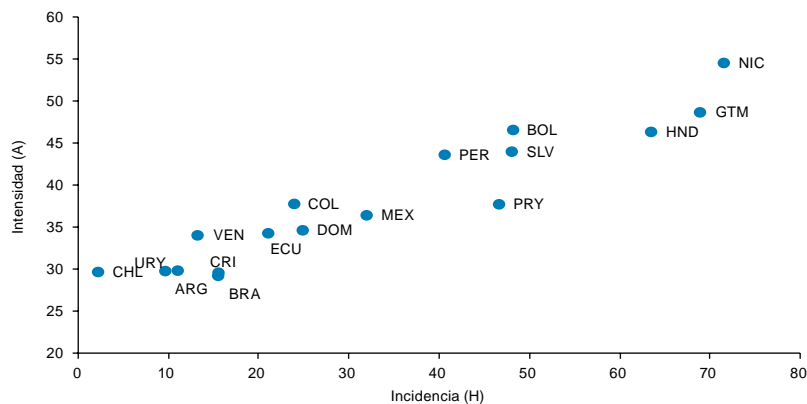
Cuadro I.3
América Latina (17 países): índice de recuento (H), intensidad (A) e índice de pobreza ajustado (M0), 2011^a
(En porcentajes)

Países	H	A	M0
Chile	2,2	29,8	0,6
Uruguay	9,6	29,9	2,9
Argentina	11,0	29,9	3,3
Venezuela (República Bolivariana de)	13,2	34,1	4,5
Brasil	15,5	29,3	4,5
Costa Rica	15,5	29,7	4,6
Ecuador	21,0	34,4	7,2
República Dominicana	24,8	34,7	8,6
Colombia	23,9	37,9	9,0
México	31,9	36,5	11,6
Paraguay	46,6	37,8	17,6
Perú	40,5	43,7	17,7
El Salvador	48,0	44,1	21,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	48,1	46,7	22,5
Honduras	63,4	46,4	29,4
Guatemala	68,8	48,8	33,6
Nicaragua	71,4	54,6	39,0

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

^a Los datos de la Argentina corresponden a áreas urbanas; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2009; los de Guatemala, a 2010; los de Honduras, a 2010; los de México, a 2010; los de Nicaragua, a 2009, y los de El Salvador, a 2010.

Gráfico I.10
América Latina (17 países): incidencia (H) e intensidad (A) de la pobreza multidimensional, 2011^a
(En porcentajes)



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

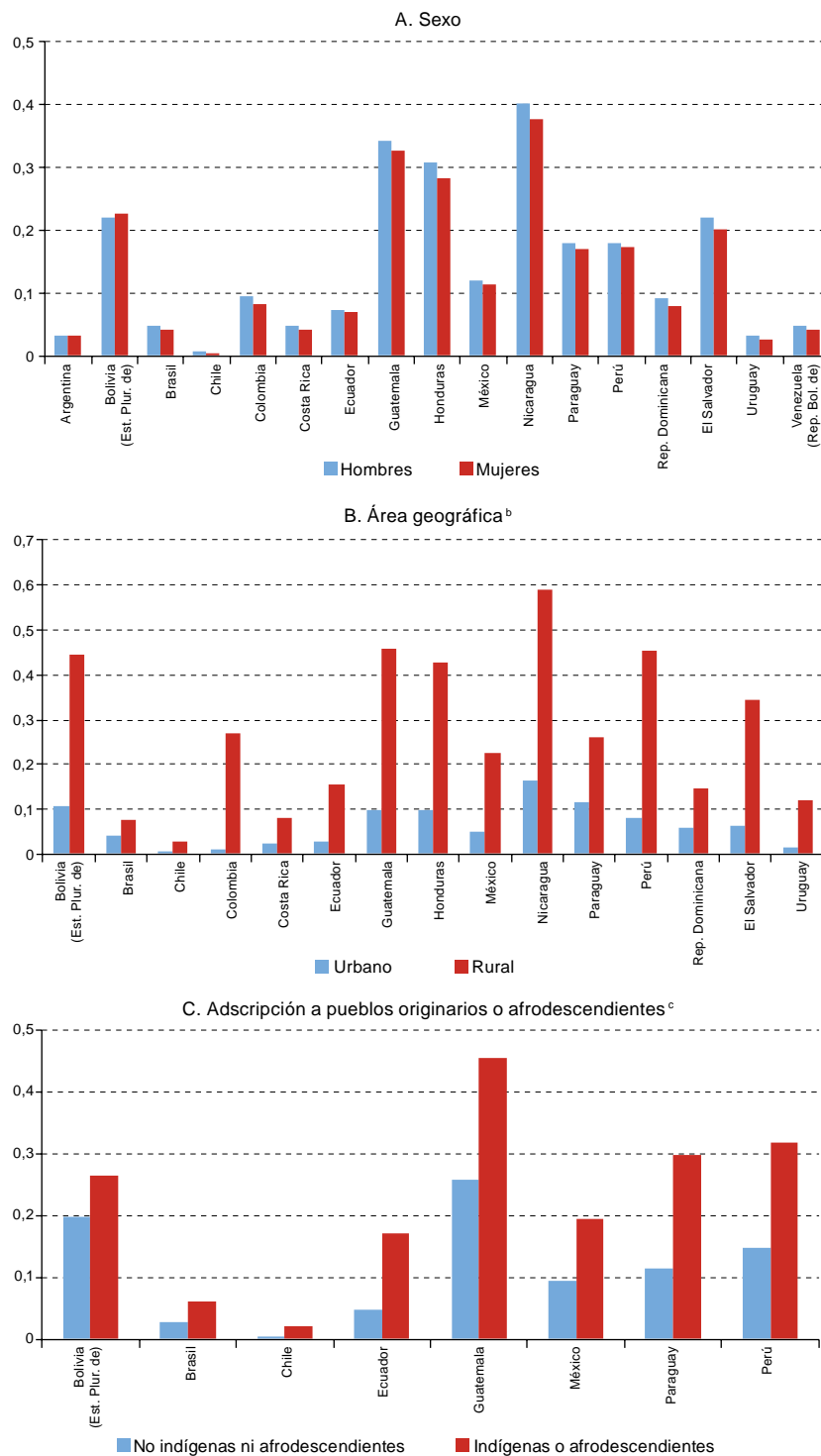
^a Los datos de la Argentina corresponden a áreas urbanas; los de Bolivia (Estado Plurinacional de), a 2009; los de El Salvador, a 2010; los de Guatemala, a 2010; los de Honduras, a 2010; los de México, a 2010, y los de Nicaragua, a 2009.

Por otra parte, la pobreza multidimensional tiende a ser mayor entre quienes residen en zonas rurales y entre las personas adscritas a pueblos originarios o afrodescendientes, mientras que no se aprecian diferencias importantes según el sexo (véase el gráfico I.11). En lo que se refiere a la zona de residencia, los valores del M0 son más altos en las zonas rurales de Nicaragua, Guatemala y el Perú, mientras que en lo que alude a la adscripción étnica, el M0 alcanza sus mayores valores entre la población indígena de Guatemala, el Perú y el Paraguay.

La menor disparidad en la incidencia de la pobreza por adscripción a pueblos originarios o afrodescendientes se aprecia en Bolivia (Estado Plurinacional de), donde el índice de recuento ajustado es 1,3 veces más alto en la población indígena que en la no indígena. Por su parte, las mayores disparidades se verifican en Chile (4,3 veces), el Ecuador (3,4 veces) y el Paraguay (2,6 veces).

Gráfico I.11

América Latina: índice de recuento ajustado de la pobreza (M0) por sexo, área geográfica y adscripción a pueblos originarios o afrodescendientes, 2011^a
(En proporciones)



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

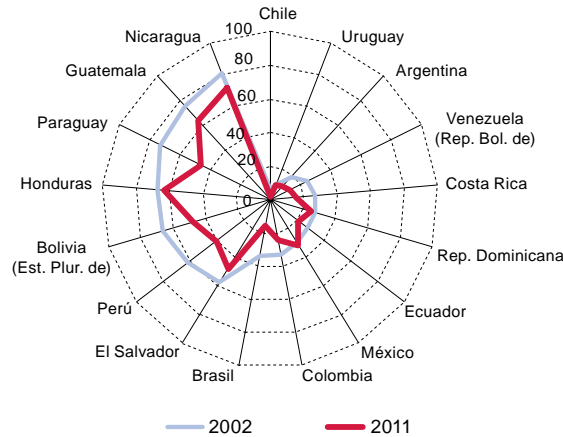
^a Corresponde a 2011, excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

^b El área urbana corresponde a Bogotá en Colombia, a San Salvador en El Salvador, a la zona urbana metropolitana en Guatemala, al Distrito Central en Honduras, a Managua en Nicaragua y a Montevideo en el Uruguay.

^c En el Brasil se incluyen afrodescendientes y pardos.

En cuanto a la evolución de la pobreza multidimensional medida a partir de los indicadores de NBI clásicos, al considerar el índice de recuento (H), se verificó una importante caída de la incidencia de la pobreza multidimensional entre 2002 y 2011 en casi todos los países de la región, con excepción del Uruguay (donde se mantiene) y México, que registra un leve aumento (véase el gráfico I.12).

Gráfico I.12
América Latina (17 países): evolución del índice de recuento (H), 2002 y 2011^a



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

^a Los datos de la Argentina refieren a áreas urbanas. Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

Entre los países que mejoraron su situación destacan el Paraguay, el Perú, Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Brasil, en ese orden, con caídas absolutas en la incidencia de pobreza multidimensional de entre 26 y 18 puntos porcentuales. Un segundo grupo de países (Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Venezuela (República Bolivariana) mostró caídas absolutas de entre 12 y 7 puntos porcentuales aproximadamente. Finalmente, un tercer grupo de países registró una caída inferior al 5% (Chile, Honduras y República Dominicana)¹⁴.

3. Medición multidimensional de la pobreza con inclusión del ingreso monetario

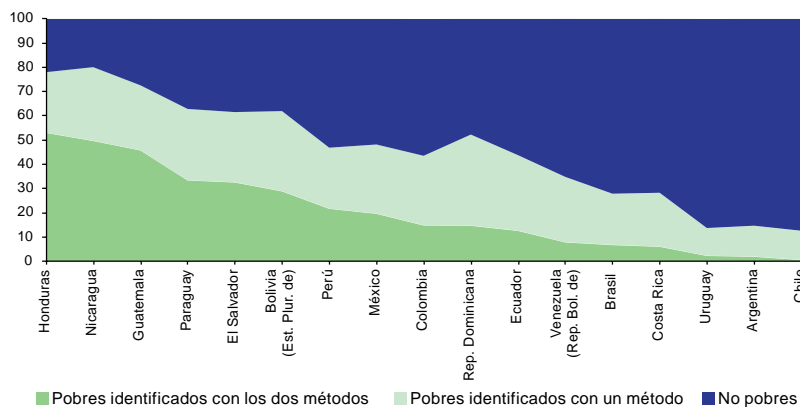
La práctica habitual en América Latina ha sido la construcción de índices separados para las carencias monetarias y no monetarias. En la actualidad, distintos países de la región cuentan con una medición de NBI (véase, por ejemplo, Calvo y otros, 2013), la que en ocasiones es cruzada con la pobreza monetaria en una tabla de contingencia, como se hacía con el método bidimensional clásico. La selección de los indicadores de NBI normalmente se ha realizado en función de su correlación con el ingreso y según la disponibilidad de datos (Battistón y otros, 2013).

Las razones para la institucionalización de la práctica de medir por separado la pobreza monetaria y la no monetaria se deben rastrear décadas atrás. La evidencia empírica inicial para la región, obtenida mediante el método bidimensional, mostró que la medida por ingresos y el índice de NBI identificaban como pobres a diferentes segmentos de la población (véase el recuadro I.4). De esta manera, se estableció de manera generalizada la consideración de que la pobreza por NBI y la pobreza por ingresos constituyen dos tipos diferentes de pobreza, captables por medio de métodos complementarios.

¹⁴ La comparación temporal de los indicadores presenta limitaciones debido a la propia evolución de los cuestionarios de encuesta. En particular, en el Uruguay debió volver a ponderarse el indicador agregado de carencias en 2002 dado que el cuestionario no incluyó la dimensión "material de la vivienda". En otros países debieron adaptarse las definiciones para hacerlas más comparables, a partir de las diferencias en las categorías relevadas en uno y otro momento.

En los últimos años algunos autores han planteado la necesidad de integrar los dos tipos de mediciones en un índice multidimensional. Esto se debe a que ambas medidas serían aproximaciones incompletas al bienestar y además tendrían correlaciones bajas entre sí, lo cual podría dar lugar a errores de exclusión cuando se utiliza solo una de ellas para identificar a los pobres (Santos y otros, 2010; Battistón y otros, 2013). Este argumento parece ser especialmente válido para los países que presentan las menores incidencias de pobreza por ambos métodos, puesto que allí las discrepancias entre la población identificada como pobre por medio de la medida monetaria y la identificada mediante el índice de NBI son más altas¹⁵ (véase el gráfico I.13).

Gráfico I.13
América Latina (17 países): comparación entre la pobreza por ingresos y la pobreza por necesidades básicas insatisfechas, 2011^a
(En porcentajes)



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

^a Se considera la pobreza monetaria total. Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

Por tanto, la agregación de una medida monetaria a un índice de pobreza construido a partir de indicadores clásicos de NBI sería justificable porque permitiría mejorar la identificación de los pobres. Siguiendo esta línea, Santos y otros (2010) analizaron la pobreza multidimensional en seis países de América Latina a través de un método híbrido, que consistió en agregar la medida de 2,15 dólares per cápita del Banco Mundial a un conjunto de indicadores de NBI.

En este apartado se aplica el método híbrido para analizar la incidencia de la pobreza multidimensional en 16 países de América Latina. Al núcleo básico de indicadores de NBI se agrega el indicador de ingresos inferiores a la línea de indigencia, con el objetivo de determinar cuánto aporta la agregación de esta última medida a la identificación de los pobres en los distintos países. Esto se efectúa: i) comparando las diferencias entre las estimaciones multidimensionales de pobreza que resultan de agregar una dimensión monetaria y un índice basado en los indicadores de NBI clásicos y ii) mediante un análisis de redundancia entre la dimensión monetaria y las dimensiones no monetarias en los distintos países.

Una de las razones por las cuales se prefirió utilizar el indicador de indigencia es que el uso de la medida de pobreza monetaria total podría incrementar la posibilidad de doble conteo, dado que la parte de la medición de pobreza por ingresos que no corresponde a la indigencia es una aproximación a la capacidad de los hogares para satisfacer necesidades no alimentarias, entre las cuales están la vivienda y la educación (Feres y Mancero, 2001), que ya se captan en el núcleo de indicadores de NBI. A su vez, los indigentes tienen una alta probabilidad, dados sus bajos ingresos, de no satisfacer sus necesidades nutricionales, siendo esta última una dimensión muy relevante del bienestar sobre la cual no hay información disponible en las encuestas¹⁶.

El análisis de los ordenamientos entre países ante distintos umbrales de privación muestra que la agregación del ingreso no reduce la robustez del índice, puesto que, en general, los ordenamientos se mantienen constantes ante diferentes valores de k (aun cuando hay algunos cambios menores en el orden de los países).

¹⁵ Se refiere al peso o incidencia relativa de las discrepancias. En los países con mayores incidencias de pobreza, aunque las incidencias relativas de las discrepancias sean menores, estas pueden cubrir a un segmento relevante de la población.

¹⁶ Sin embargo, se entiende que la disponibilidad de recursos para consumir alimentos no significa necesariamente consumo efectivo de estos (ni tampoco garantiza que las personas estén bien nutridas).

Cuadro 1.4
Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición multidimensional de la pobreza con el método híbrido

Dimensiones	Indicadores de carencias	Ponderación
Agua y saneamiento		
Carencia de acceso a fuentes de agua mejorada	Áreas urbanas: cualquier fuente de agua excepto red pública Áreas rurales: pozo no protegido, agua embotellada, fuentes de agua móvil, río, quebrada, lluvia y otros	1/5 1/10
Carencia de sistema de eliminación de excretas	Áreas urbanas: no disponer de servicio higiénico o de un sistema de evacuación conectado a red de alcantarillado o fosa séptica Áreas rurales: no disponer de servicio higiénico o tener un sistema de evacuación sin tratamiento	1/10
Energía^a		
Carencia de energía eléctrica	Hogares que no tienen electricidad	1/5 1/10
Combustible para cocinar riesgoso para la salud	Hogares que usan leña, carbón o desechos para cocinar	1/10
Vivienda^b		
Precariedad de materiales de la vivienda	Vivienda con piso de tierra o precariedad de los materiales del techo y los muros	1/5 1/10
Hacinamiento	Tres o más personas por cuarto, áreas rurales y urbanas	1/10
Educación		
Inasistencia a la escuela	En el hogar, al menos un niño en edad escolar (6 a 17 años) que no asiste a la escuela	1/5 1/10
No logro de un nivel educativo mínimo	En el hogar, ninguna persona de 20 años o más alcanzó un nivel educativo mínimo - Personas de 20 a 59 años: no cuentan con baja secundaria completa - Personas de 60 años o más: no cuentan con primaria completa	1/10
Ingresos^c		
	El hogar no cuenta con los recursos suficientes para comprar una canasta básica de alimentos	1/5 1/5

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

^a En la Argentina solo se cuenta con información sobre el combustible, y en Chile y Venezuela (República Bolivariana de) solo se provee información sobre la energía eléctrica. Por esa razón, los indicadores tuvieron una ponderación de 1/5 en los respectivos países. Dado que en general la privación en materia de combustible es más prevalente que la privación en energía, es probable que la carencia total en la dimensión de energía esté subestimada en los casos de Chile y Venezuela (República Bolivariana de).

^b En el Brasil no se cuenta con información sobre el piso de la vivienda.

^c En el caso del Perú, se utiliza la estimación oficial del país. El resto corresponde a estimaciones de la CEPAL.

Para evaluar adecuadamente el efecto de la inclusión de la dimensión de insuficiencia de ingresos, se mantuvo el valor del umbral multidimensional (k) en un 20%. Con este umbral se sigue cumpliendo el hecho de que una persona que reside en un hogar con dos o más privaciones será identificada como pobre. En este punto, se debe observar que: i) la probabilidad de que una persona tenga dos privaciones o más aumenta en comparación con el ejercicio limitado a los indicadores de NBI, dado el incremento en la cantidad de dimensiones, y ii) la intensidad de la pobreza debería caer (en general), como efecto del menor peso de las dimensiones e indicadores, lo que podría amortiguar el aumento del índice de recuento ajustado (M_0) que debería ocurrir por la agregación de una dimensión.

En el cuadro 1.5 se observa que, en términos absolutos, con la agregación del ingreso, el promedio simple regional del índice de recuento sube 4 puntos porcentuales (un 32,4% sin el ingreso frente a un 36,4% con el ingreso), mientras que la intensidad de la pobreza disminuye de 0,37 a 0,34. En términos relativos, el promedio regional de incremento del índice de recuento llega al 24,3%, mientras que la caída de la intensidad de la pobreza alcanza al 8,7%. Por su parte, el índice de recuento ajustado (M_0) aumenta un 12,7%, al parecer, debido a la mayor variación relativa del índice de recuento no ajustado (H) que de la intensidad de la pobreza (A).

El efecto de la agregación del ingreso tiende a ser menor en los países que presentaban la mayor incidencia e intensidad de la pobreza en la medición que solo incluye las NBI, y es más importante en los países en la situación opuesta. Así, en los países cuyos índices de recuento (H) que solo contemplan las NBI son superiores al 30%, el efecto de introducción del ingreso nunca supera el 12% (variación porcentual), mientras que en los países donde esos índices son inferiores al 30%, el aumento medio es del 40%, aunque se deben considerar las excepciones de la Argentina y el Uruguay (variaciones porcentuales inferiores al 12%).

Una forma alternativa de analizar cuánto aporta la incorporación de una dimensión monetaria a un índice de privaciones no monetarias es aplicar la prueba P , que representa la similitud o la fuerza de las concordancias entre dos dimensiones utilizadas para medir la pobreza¹⁷. En términos de interpretación, un valor de P muy alto significa que los dos indicadores tienden a identificar como pobre a la misma población, mientras que un P muy bajo significa que los dos indicadores tienden a identificar como pobre a población distinta.

¹⁷ Véanse más detalles sobre el índice de similitud en Alkire, Ballón y Vaz (2013).

Cuadro 1.5
América Latina (17 países): cambios en el índice multidimensional de pobreza con y sin el ingreso, 2011^a

País	Incidencia (H)			Intensidad (A)			Incidencia ajustada (M0)		
	Sin ingreso	Con ingreso	Variación porcentual	Sin ingreso	Con ingreso	Variación porcentual	Sin ingreso	Con ingreso	Variación porcentual
Chile	2,2	5,1	134,9	0,298	0,243	-18,3	0,006	0,012	92,1
Uruguay	9,6	10,2	6,5	0,299	0,250	-16,3	0,029	0,026	-10,8
Argentina	11,0	12,3	11,8	0,299	0,249	-16,7	0,033	0,031	-6,1
Venezuela (República Bolivariana de)	13,2	20,9	58,4	0,341	0,302	-11,4	0,045	0,063	40,3
Brasil	15,5	18,4	19,0	0,293	0,262	-10,7	0,045	0,048	6,3
Costa Rica	15,5	19,9	28,7	0,297	0,274	-7,6	0,046	0,055	18,9
Ecuador	21,0	28,4	35,1	0,344	0,315	-8,3	0,072	0,089	23,9
Colombia	23,9	27,9	16,7	0,379	0,346	-8,8	0,090	0,096	6,5
República Dominicana	24,8	36,7	47,8	0,347	0,315	-9,3	0,086	0,116	34,1
México	31,9	35,4	10,9	0,365	0,344	-5,8	0,116	0,122	4,5
Perú	40,5	40,8	0,6	0,437	0,379	-13,3	0,177	0,155	-12,7
Paraguay	46,6	52,1	12,0	0,378	0,386	2,0	0,176	0,201	14,2
El Salvador	48,0	50,3	4,9	0,441	0,405	-8,1	0,211	0,204	-3,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	48,1	53,0	10,3	0,467	0,430	-8,0	0,225	0,228	1,5
Honduras	63,4	68,6	8,3	0,464	0,474	2,1	0,294	0,325	10,5
Guatemala	63,6	65,9	3,6	0,437	0,429	-1,9	0,278	0,283	1,6
Nicaragua	71,4	73,7	3,1	0,546	0,506	-7,4	0,390	0,373	-4,5
Promedio simple	32,4	36,4	24,3	0,378	0,348	-8,7	0,137	0,143	12,7

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

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

Así, se calculó el grado de similitud (P) entre el ingreso y las distintas dimensiones no monetarias consideradas en el índice que incluye solo las NBI. En el cuadro 1.6 se verifica que, en general, la redundancia del ingreso con respecto a las dimensiones no monetarias tiende a ser baja. En solo el 13,5% de las combinaciones (18 de 133 celdas con información), el valor de P supera el 70%.

Cuadro 1.6
América Latina (17 países): similitud entre la indigencia y las carencias no monetarias, 2011^a
(Valor P de similitud, en porcentajes^b)

	Vivienda	Hacinamiento	Agua	Saneamiento	Electricidad	Combustible	Logro educativo	Asistencia a la escuela	Promedio
Chile	7	24	7	7	12	-	25	6	13
Uruguay	9	19	3	12	2	7	75	25	19
Argentina	9	22	19	24	-	6	32	7	17
Venezuela (República Bolivariana de)	32	34	25	35	28	-	48	21	32
Brasil	26	18	15	35	30	22	67	12	28
Costa Rica	35	25	15	13	48	24	75	16	31
Ecuador	33	38	27	36	30	39	62	26	36
Colombia	37	36	24	34	35	49	68	20	38
República Dominicana	38	49	39	33	43	36	47	27	39
México	38	49	31	35	52	50	80	26	45
Perú	88	31	55	32	47	95	72	10	54
Paraguay	66	68	35	43	69	77	60	52	59
El Salvador	46	53	32	45	40	64	83	32	49
Bolivia (Estado Plurinacional de)	49	37	58	52	53	56	63	30	50
Honduras	78	62	66	62	79	84	86	62	73
Guatemala	67	74	47	40	59	14	95	46	55
Nicaragua	59	54	47	76	51	86	76	42	61
Promedio simple	42	41	32	36	42	47	66	27	41

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

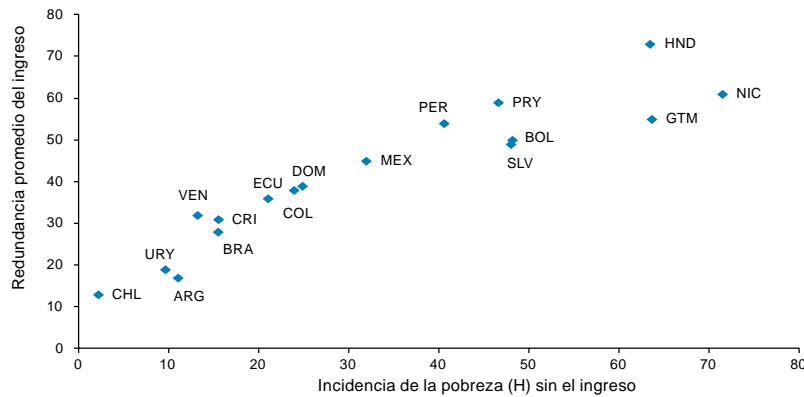
^a Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2006), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

^b Un valor de P igual a 10 indica que el 10% de las personas que se consideran privadas en el indicador con la tasa de incidencia bruta más baja también se consideran privadas en el otro indicador.

En promedio, la dimensión no monetaria más redundante respecto del ingreso es el logro educativo de los adultos (66%), y las dimensiones menos concordantes son la asistencia a la escuela (27%), el agua (32%) y el saneamiento (36%).

A su vez, en el gráfico I.14 se verifica que la redundancia del ingreso con respecto a las dimensiones no monetarias, medida como promedio simple regional, es mayor en los países cuyos índices de recuento que contemplan solo las NBI son más altos (correlación no paramétrica Rho de Spearman=0,953).

Gráfico I.14
América Latina (17 países): correlación entre el índice de recuento (H) sin el ingreso
y la redundancia promedio del ingreso, 2011^a
(En porcentajes)



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

^a Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

En síntesis, la redundancia entre el ingreso y las dimensiones no monetarias es baja, lo que indica que la agregación de una dimensión monetaria a un índice multidimensional de pobreza tiene potencial para reducir vacíos de información y disminuir los errores de exclusión. Este potencial es mayor en los países donde la pobreza medida a través de un índice multidimensional basado en los indicadores de NBI clásicos es menos prevalente.

4. Medición de la pobreza con agregación de indicadores de exclusión o vulnerabilidad

Se ha visto en las secciones previas de este capítulo que algunos países de la región presentan incidencias multidimensionales de pobreza bajas y decrecientes en el tiempo. Esto podría indicar que los indicadores de NBI clásicos, por separado o junto con una medida monetaria de privación extrema, estarían perdiendo capacidad para identificar a los pobres, sobre todo en los países que han experimentado un mejoramiento importante de las condiciones de vida de su población. Por ello, se ha propuesto incorporar información sobre carencias en otros ámbitos, para disponer de una medición de pobreza más apropiada a la realidad de estos países (CEPAL, 2011).

Una opción es incluir carencias que reflejen exclusión de las instituciones. Ampliando lo planteado por Kaztman (2001), esta aproximación permitiría integrar a la estructura social como elemento explícito de la perspectiva de medición de la pobreza.

La segmentación de la estructura productiva incide en que los más pobres obtengan empleos informales y no accedan a la protección social (CEPAL, 2012a). Aun cuando las medidas de afiliación y acceso a la protección social (seguro de salud, afiliación a un sistema previsional y recepción de pensiones) no han sido utilizadas por la CEPAL en sus mediciones de pobreza, sí han sido empleadas en los ejercicios multidimensionales efectuados por México y Colombia.

Otro indicador que puede estimarse a partir de la información disponible es el número de jóvenes que no estudian ni tienen trabajo remunerado. Cuanto más prevalente es la desvinculación de las instituciones que estructuran el paso a la adultez, mayor es el riesgo de pobreza y de exclusión (CEPAL, 2011). Una medida alternativa a la desafiliación

institucional es el desempleo de larga duración, pero este indicador podría ser inadecuado para la región, dadas las características del funcionamiento del mercado laboral en América Latina¹⁸.

En todo caso, los aspectos de la estructura social también deberían captarse en términos relativos. Tanto la recepción de educación y protección social de mala calidad como el hecho de habitar en zonas segregadas podrían ser interpretados como indicadores de pobreza, sobre todo en sociedades muy mercantilizadas donde la calidad de los servicios que recibe la gente o la zona de la ciudad en que reside dependen de su capacidad de pago (Kazman, 2010). Sin embargo, la información disponible no permite construir medidas de este tipo para una cantidad suficiente de países de la región.

La incorporación de privaciones en el campo de la vinculación con las instituciones va más allá de la noción convencional de pobreza, lo que podría dar lugar al planteo de que la agregación de estos indicadores conduciría a un incremento del error de inclusión. Sin embargo, este riesgo disminuye al usar un esquema de agregación en el cual no es suficiente la presencia de una privación para identificar a una persona como pobre. Además, algunos de los indicadores incluidos aquí también sirven para aproximarse, aunque sea de modo imperfecto, a las dimensiones de salud y empleo, que no fueron captadas en los dos índices analizados en las secciones anteriores y que constituyen aspectos relevantes del bienestar.

Existen algunas dificultades para medir el número de jóvenes que no estudian ni tienen trabajo remunerado, así como la falta de afiliación a la protección social. En el primer caso, se optó por utilizar como umbral de privación que al menos un joven en el hogar no estudie ni trabaje, porque las opciones alternativas (la mitad o todos) hacen que la posibilidad de clasificar a un hogar como privado se reduzca en tanto aumenta la cantidad de jóvenes en el hogar. Asimismo, los indicadores de afiliación a la protección social institucional no se miden de la misma manera en los distintos países, lo que afecta la comparabilidad.

Cuadro 1.7

Dimensiones, indicadores de carencias y ponderaciones para la medición de la pobreza ampliada

Dimensiones	Indicadores de carencias	Ponderación
Agua y saneamiento		
		1/6
Carencia de acceso a fuentes de agua mejorada	Áreas urbanas: cualquier fuente de agua excepto red pública Áreas rurales: pozo no protegido, agua embotellada, fuentes de agua móvil, río, quebrada, lluvia y otros	1/12
Carencia de sistema de eliminación de excretas	Áreas urbanas: no disponer de servicio higiénico o de un sistema de evacuación conectado a red de alcantarillado o fosa séptica Áreas rurales: no disponer de servicio higiénico o tener un sistema de evacuación sin tratamiento	1/12
Energía^a		
		1/6
Carencia de energía eléctrica	Hogares que no tienen electricidad	1/12
Combustible para cocinar riesgoso para la salud	Hogares que usan leña, carbón o desechos para cocinar	1/12
Vivienda^b		
		1/6
Precariedad de materiales de la vivienda	Vivienda con piso de tierra, o precariedad de los materiales del techo o los muros	1/12
Hacinamiento	Tres o más personas por cuarto, áreas rurales y urbanas	1/12
Educación		
		1/6
Inasistencia a la escuela	En el hogar, al menos un niño en edad escolar (6 a 17 años) que no asiste a la escuela	1/12
No logro de un nivel educativo mínimo	En el hogar, ninguna persona de 30 años o más alcanzó un nivel educativo mínimo - Personas de 30 a 59 años: no cuentan con baja secundaria completa - Personas de 60 años o más: no cuentan con primaria completa	1/12
Ingresos^c		
		1/6
Insuficiencia de ingresos	El hogar no cuenta con los recursos suficientes para comprar una canasta básica de alimentos.	1/6
Exclusión o vulnerabilidad		
		1/6
Jóvenes que no estudian ni trabajan	En el hogar, al menos un joven de 18 a 29 años que no estudia ni tiene trabajo remunerado	1/12
Carencias de protección social ^d	En el hogar, se verifican al menos dos de las siguientes situaciones: i) Ninguna persona de un grupo de riesgo en materia de salud cuenta con seguro de salud (grupos de riesgo: menores de 5 años, mujeres de 15 a 49 años y adultos de 60 años o más) ii) Ningún ocupado del hogar está afiliado a un fondo de pensiones iii) En el hogar, ningún adulto mayor cuenta con pensión o jubilación (adultos mayores: hombres de 65 años o más y mujeres de 60 años o más)	1/12

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

^a En Chile y Venezuela (República Bolivariana de) solo se provee información sobre la energía eléctrica y en Argentina solo se capta información para combustible. Por esa razón, dichos indicadores tuvieron una ponderación de 1/5 en los respectivos países. Dado que en general la privación en combustible es más prevalente que la privación en energía, es probable que la carencia total en la dimensión de energía esté subestimada para Chile y Venezuela (República Bolivariana de). Argentina es un caso especial, puesto que en dicho país la incidencia de privación en combustible es muy baja.

^b En el Brasil solo se cuenta con información sobre los materiales de la vivienda.

^c En el caso del Perú, se utiliza la estimación de indigencia del país. El resto corresponde a estimaciones de la CEPAL.

^d En la República Bolivariana de Venezuela había información disponible sobre dos de los indicadores. Se tomó como indicador de carencia la verificación de dos privaciones. En el Brasil no se consulta por el seguro de salud pero, dado que existe un seguro universal, se consideró cubierta a toda la población en riesgo.

¹⁸ Se realizó una exploración empírica de este indicador, la que arrojó incidencias muy bajas.

Como en los casos anteriores, se asigna una ponderación igual a las distintas dimensiones, lo que significa otorgarle un peso menor a los indicadores de vulnerabilidad o exclusión en comparación con la ponderación sumada del resto de las dimensiones.

En adelante, el nuevo índice, que incluye los indicadores de NBI clásicos, la medida de indigencia y los dos indicadores adicionales, se denominará “índice de pobreza ampliada”. En lo que respecta a la robustez de este índice, en general los ordenamientos de los países tienden a mantenerse ante distintos valores de k .

A diferencia de los índices anteriores, en este caso se utiliza un umbral de k igual al 10%, ya que el valor del 20% no asegura la identificación como pobres de los sujetos que presentan dos o más privaciones. Si bien este nuevo umbral asegura la comparabilidad con los ejercicios previos en lo relativo a la cantidad mínima de privaciones que un sujeto debe presentar para ser identificado como pobre, el aumento del número de dimensiones e indicadores eleva la probabilidad de que un integrante de la población sea clasificado como pobre.

En los cuadros I.8 y I.9 se expone el efecto de la inclusión de las dimensiones adicionales, considerando la incidencia de la pobreza (H) y el índice de recuento ajustado (M0). Al comparar la medida de pobreza ampliada con el índice construido solamente sobre la base de los NBI tradicionales, el índice de recuento aumenta 16,4 puntos porcentuales. Por su parte, la diferencia entre la incidencia de la pobreza ampliada y la que se obtiene a partir del índice que incluye los indicadores de NBI y la medida de indigencia es de 12 puntos porcentuales.

Al considerar las diferencias por países entre los resultados obtenidos mediante el índice de pobreza ampliada y la medida de NBI, el aumento absoluto es mayor en la República Dominicana (28,2 puntos porcentuales), el Ecuador (24,1 puntos porcentuales) y el Paraguay (23,7 puntos porcentuales), y los menores aumentos absolutos se verifican en el Uruguay y Chile. Sin embargo, este último país es el que presenta el mayor cambio relativo (419%). Otros incrementos relativos importantes se observan en Venezuela (República Bolivariana de) (131%), la Argentina (120%), el Ecuador (114%) y la República Dominicana (113%). Cabe destacar también la tendencia a un mayor incremento relativo en los países con incidencias de pobreza más bajas considerando solo las NBI. Esta situación también se presenta al comparar las incidencias de la pobreza ampliada con las obtenidas por medio de la combinación de las carencias críticas con la insuficiencia de ingresos.

Cuadro I.8
América Latina (16 países): efecto de la inclusión de las dimensiones adicionales
en la incidencia (H) de la pobreza, 2011^a
(En porcentajes)

Países	Solo necesidades básicas insatisfechas (NBI) (1)	Método híbrido (2)	Pobreza ampliada (3)	Variación porcentual (3/1)	Variación porcentual (3/2)
Chile	2,2	5,1	11,2	419,2	119,6
Uruguay	9,6	10,2	15,5	61,3	52,0
Argentina	11,0	12,3	24,2	120	96,7
Venezuela (República Bolivariana de)	13,2	20,9	30,4	130,8	45,5
Brasil	15,5	18,4	26,1	69,1	41,8
Costa Rica	15,5	19,9	29,9	93,3	50,3
Ecuador	21,0	28,4	45,1	114,8	58,8
Colombia	23,9	27,9	39,4	64,9	41,2
República Dominicana	24,8	36,7	53,0	113,4	44,4
México	31,9	35,4	48,5	52,0	37,0
Perú	40,5	40,8	53,1	30,9	30,1
Paraguay	46,6	52,1	70,3	50,9	34,9
El Salvador	48,0	50,3	66,8	39,3	32,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	48,1	53,0	65,6	36,4	23,8
Honduras	63,4	68,6	80,6	27,2	17,5
Guatemala	63,6	65,9	79,0	24,2	19,9
Promedio simple	29,9	34,1	46,2	90,5	46,6

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

^a Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

Cuadro 1.9
América Latina (16 países): efecto de la inclusión de las dimensiones adicionales
en el índice de recuento ajustado (M0), 2011^a

Países	Solo necesidades básicas insatisfechas (NBI) (1)	Método híbrido (2)	Pobreza ampliada (3)	Variación porcentual (3/1)	Variación porcentual (3/2)
Chile	0,6	1,2	2,3	251,4	87,9
Uruguay	2,9	2,6	3,2	12,5	24,1
Argentina	3,3	3,1	5,5	66,7	77,4
Venezuela (República Bolivariana de)	4,5	6,3	7,7	72,1	22,8
Brasil	4,5	4,8	5,7	26,9	19,8
Costa Rica	4,6	5,5	7,0	52,0	27,1
Ecuador	7,2	8,9	12,4	71,6	39,1
Colombia	9,0	9,6	11,3	24,5	29,0
República Dominicana	8,6	11,6	15,0	73,6	17,3
México	11,6	12,2	14,3	23,0	17,4
Perú	17,7	15,5	17,2	-2,9	24,0
Paraguay	17,6	20,1	24,9	41,6	11,0
El Salvador	21,1	20,4	24,6	16,4	20,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	22,5	22,8	24,3	8,2	6,6
Honduras	29,4	32,5	36,2	22,8	11,3
Guatemala	27,8	28,3	31,6	13,5	11,5
Promedio simple	12,1	12,8	15,2	48,4	27,9

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

^a Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

En lo referente al M0, las tendencias son similares a las apreciadas en el índice de recuento (H), pero mitigadas por la caída de la intensidad de la pobreza (A) asociada al uso de más dimensiones e indicadores. Algunos casos merecen atención especial, como el del Perú, donde el M0 de la pobreza ampliada es inferior al que se obtiene de la medición limitada a los indicadores de NBI. Una parte de la explicación se encuentra en la pronunciada caída de la intensidad de pobreza en este país (variación relativa del -26%) al comparar los resultados de la medición de pobreza ampliada con la que usa solamente las NBI. Esta caída a su vez deviene principalmente del bajo aporte de la dimensión monetaria al incremento de la incidencia de la pobreza total, puesto que en el Perú casi toda la diferencia entre el índice de recuento (H) de pobreza ampliada y el índice que incluye solo las NBI sería atribuible a las dimensiones de exclusión social.

Por otra parte, desde el punto de vista de la formulación de políticas, una de las aplicaciones más relevantes de la metodología de Alkire y Foster (2007 y 2011) es una descomposición que permite establecer la contribución —absoluta y relativa— de cada una de las dimensiones al índice de recuento ajustado (M0). Se ha optado por utilizar esta descomposición para el índice de pobreza ampliada, porque este es más comprehensivo en términos de políticas y sectores implicados que los índices expuestos en las secciones previas.

Como se aprecia en el cuadro 1.10 y en el gráfico 1.15, el aporte sumado de las dimensiones de vivienda (hacinamiento y materialidad), energía (electricidad y combustible para cocinar) y agua y saneamiento tiende a ser más elevado en los países con las mayores incidencias de pobreza ampliada. Por ejemplo, el promedio simple de la contribución relativa de las dimensiones de vivienda, energía y agua y saneamiento en los países con índices de recuento superiores al 60% llega al 39,8% de la pobreza ampliada total, mientras que en los países con incidencias de pobreza ampliada inferiores al 30%, el promedio simple de contribución de estas dimensiones es de 26,6%. Estas diferencias por grupos de países son básicamente atribuibles a las dimensiones de vivienda y energía. En todo caso, se debe tener cautela con la interpretación de las diferencias en energía, puesto que en 3 de los 5 países incluidos en el grupo de incidencia de pobreza baja, solo se capta 1 de los 2 indicadores incluidos en la dimensión de energía, lo cual podría llevar a subestimar la privación en dicha dimensión.

Al desglosar la contribución sumada de las dimensiones de vivienda, energía y agua y saneamiento por países, se observa que estas pesan más en la pobreza total del Perú (59,3%), Bolivia (Estado Plurinacional de) (46,7%) y El Salvador (41,1%), e inciden mucho menos en Chile (14,9%), Costa Rica (23,3%) y el Uruguay (24,6%).

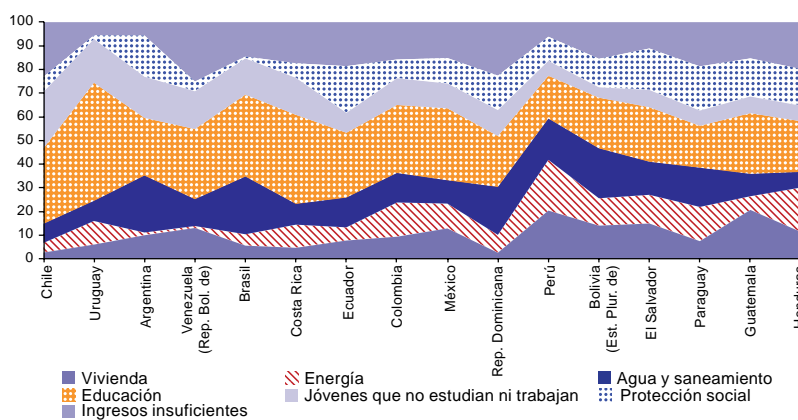
Cuadro I.10
América Latina (16 países): aporte relativo de cada una de las dimensiones
a la pobreza ampliada total (M0) por países, 2011^a
(En porcentajes)

Países	Materiales de la vivienda	Hacinamiento	Agua	Saneamiento	Electricidad	Combustible	Ingresos	Logro escolar	Asistencia a la escuela	Jóvenes que no estudian ni trabajan	Protección social
Argentina	1,7	8,3	11,1	13,1	-	1,0	5,6	19,6	4,8	17,4	17,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7,7	6,4	10,6	10,6	4,3	7,2	15,5	13,8	7,6	4,4	11,9
Brasil	0,8	4,8	8,2	16,4	0,2	4,4	14,6	29,1	5,5	15,3	0,7
Chile	1,2	1,5	6,1	2,2	3,9		23,1	27,0	4,9	23,8	6,2
Colombia	5,4	4,0	7,0	5,6	2,3	12,0	15,8	22,6	6,1	11,3	7,8
Costa Rica	1,5	3,3	8,0	0,9	0,9	8,7	17,4	30,3	7,3	15,6	6,0
Ecuador	3,6	4,3	8,2	4,5	1,9	3,5	18,6	22,4	5,0	8,4	19,6
El Salvador	7,0	8,0	5,9	8,2	2,5	9,5	11,2	18,2	4,8	7,3	17,4
Guatemala	9,5	11,3	3,8	5,8	4,8	0,8	15,3	17,7	7,9	7,0	16,0
Honduras	4,9	6,6	2,8	3,9	4,9	13,7	19,9	15,4	6,0	6,6	15,4
México	2,8	10,1	4,2	5,8	0,7	9,6	15,2	23,4	7,0	10,5	10,6
Paraguay	4,2	3,4	6,8	9,9	0,5	13,8	18,7	14,5	3,2	6,4	18,6
Perú	15,5	4,9	10,3	7,3	5,1	16,2	6,2	16,2	1,9	6,3	10,1
República Dominicana	1,4	1,3	13,6	6,9	1,3	6,1	22,6	18,6	2,9	10,9	14,4
Uruguay	1,4	4,7	4,6	4,1	2,8	7,0	5,6	34,8	15,1	18,5	1,5
Venezuela (República Bolivariana de)	5,6	7,5	5,0	6,5	0,7		25,2	22,0	7,6	16,0	4,0

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

^a Los porcentajes suman 100 en cada una de las filas (países). Corresponden a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

Gráfico I.15
América Latina (15 países): peso relativo de dimensiones seleccionadas de la pobreza ampliada total (M0), 2011^a
(En porcentajes)



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

^a Vivienda: incluye la suma de las contribuciones de los subdimensiones de materiales y hacinamiento. Energía: corresponde a electricidad y combustible para cocinar. Educación: incluye asistencia a la escuela de niños y adolescentes y logro educativo de los adultos. Protección: afiliación a un seguro de salud y a una aseguradora de fondos de pensiones y recepción de alguna jubilación o pensión. Corresponde a 2011 excepto en Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009), El Salvador (2010), Guatemala (2010), Honduras (2010), México (2010) y Nicaragua (2009).

Por su parte, la contribución de la educación (asistencia a la escuela de los niños y logro educativo de los adultos) a la pobreza ampliada total tiende a ser mayor en los países con incidencias de pobreza inferiores al 30%. El aporte más alto de la educación a la pobreza total se verifica en el Uruguay (49,9%) y en Costa Rica (37,6%). La mayor parte del peso de la educación es atribuible al incumplimiento del umbral de logro educativo de los adultos. La contribución de la asistencia a la escuela de niños y adolescentes es mucho más baja.

El ingreso contribuye más a la pobreza total en Venezuela (República Bolivariana de) (25,2%) y Chile (23,1%), mientras que su aporte es menor en la Argentina (5,6%), el Uruguay (5,6%) y el Perú (6,2%). No parece que haya diferencias sustanciales en el aporte del ingreso a la pobreza total según la incidencia de pobreza.

A su vez, la medida de afiliación/acceso a la protección social contribuye más a la pobreza total en los países con las incidencias de pobreza ampliada superiores al 60% (promedio simple de 15,9%) y menos en los países con índices de recuento inferiores al 30% (promedio simple de 6,4%). El caso inverso se registra con los jóvenes que no estudian ni tienen trabajo remunerado, que aportan mucho más a la pobreza total en los países con incidencias de pobreza inferiores al 30% (18,1%) que en los países con incidencias de pobreza superiores al 60% (6,3%).

Así, la dimensión de protección social pesa más en los países con las mayores incidencias de pobreza ampliada, lo que puede atribuirse a la naturaleza de los indicadores incluidos en el análisis, que miden básicamente la afiliación a los sistemas de protección. Esto pone de manifiesto la necesidad de incluir indicadores que capten la calidad de los servicios a los cuales se tiene acceso en los países que ya cuentan con altos niveles de afiliación. Por su parte, el hecho de que los jóvenes que no estudian ni trabajan contribuyan de modo creciente a la pobreza total en los países con incidencias más bajas plantea la pregunta de si efectivamente mediante este indicador se está captando pobreza o vulnerabilidad a la pobreza.

En suma, los resultados del análisis permiten señalar que no solo hay diferencias de magnitud e intensidad de la pobreza multidimensional entre los países, sino que también las dimensiones que más inciden en la pobreza total son distintas. Esto último significa que las configuraciones de política y las arquitecturas y responsabilidades institucionales deberían ser diferentes.

5. Consideraciones finales

A manera de conclusión, cabe señalar que el renovado interés por emplear una medición multidimensional de la pobreza constituye un escenario propicio para debatir qué es lo que se entiende por pobreza y cuáles son las dimensiones del bienestar relevantes para la identificación de los pobres.

Aun cuando la exploración desarrollada en esta edición del *Panorama Social de América Latina* considera solo algunos de los elementos básicos de una medición de este tipo, estos son suficientes para ejemplificar las potencialidades y los desafíos que conllevan las medidas multidimensionales. Incluso en su aplicación más tradicional, acotada a las necesidades básicas insatisfechas, es posible comprobar que carencias como la falta de acceso al agua potable o al saneamiento siguen afectando a un conjunto importante de personas en la región, lo que llama a preguntarse si las políticas públicas destinadas a la superación de la pobreza están poniendo suficiente énfasis en el logro de estándares mínimos, más allá de las transferencias monetarias.

Los resultados de la exploración realizada permiten plantear que los indicadores de NBI clásicos brindan una base a partir de la cual se puede avanzar en la elaboración de un índice multidimensional más amplio, que posibilite una identificación de los pobres basada en una noción más comprehensiva y completa del bienestar. A su vez, la agregación de una medida monetaria de privación a un índice multidimensional basado en las NBI puede tener utilidad para llenar vacíos de información, sobre todo en los países que presentan índices de recuento por ingresos y por indicadores de NBI más bajos.

Un camino para superar la progresiva pérdida de aptitud de los indicadores de NBI tradicionales, así como de las medidas monetarias de privación extrema, para identificar a los pobres en los países con mejores niveles de vida en la región es explorar nuevas dimensiones e indicadores. También es posible un camino que no se utilizó en este trabajo: emplear umbrales más exigentes para los indicadores ya disponibles. Todo esto requiere, como se dijo previamente, discutir y consensuar una definición de pobreza y de sus dimensiones, a luz de una noción más comprehensiva del bienestar.

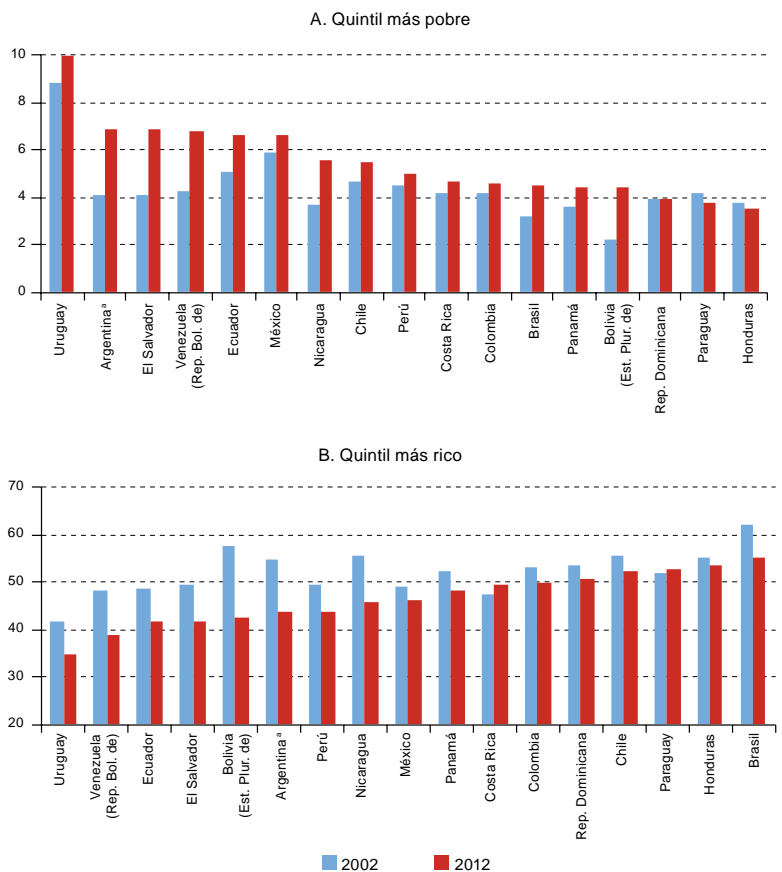
Por otra parte, queda en evidencia el importante desafío que enfrenta la región en términos del desarrollo de sus fuentes de información, de manera que estas permitan contar con una medición y caracterización más completa y pertinente de la pobreza desde una perspectiva multidimensional. Cualquiera sea la aproximación conceptual y metodológica que se utilice, una condición básica para una medición multidimensional más completa es incrementar la disponibilidad de los datos, así como mejorar su calidad.

C. Distribución del ingreso

La desigualdad distributiva ha mantenido la tendencia a la reducción que empezó a manifestarse hace un decenio. De hecho, son varios los países en los que la reducción observada entre 2008 y 2012 ha sido mayor que la registrada entre 2002 y 2008.

La elevada desigualdad en la distribución de los ingresos es uno de los rasgos característicos de América Latina en el contexto internacional. Los datos más recientes disponibles indican que el quintil más pobre (es decir, el 20% de los hogares con menores ingresos) capta en promedio un 5% de los ingresos totales, con participaciones que varían entre menos del 4% (en Honduras, el Paraguay y la República Dominicana) y el 10% (en el Uruguay), mientras que la participación en los ingresos totales del quintil más rico promedia el 47%, con un rango que va del 35% (en el Uruguay) al 55% (en el Brasil) (véase el gráfico I.16).

Gráfico I.16
América Latina (17 países): participación en los ingresos totales de los quintiles más pobre y más rico, 2002 y 2012
 (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 Áreas urbanas.

Tal como se ha señalado en diversas ediciones del *Panorama Social de América Latina* y se ha recogido en numerosos estudios distributivos sobre la región, la distribución del ingreso ha mostrado una tendencia a la mejora en los últimos diez años. Los cambios han ocurrido de manera gradual y son apenas perceptibles en las variaciones interanuales, pero son evidentes al comparar períodos más largos. Tomando como referencia la información en torno a 2002, las cifras más recientes indican que en ocho países la participación del quintil más pobre en los ingresos totales se incrementó en al menos 1 punto porcentual. A su vez, hay nueve países donde la participación relativa del quintil más rico se redujo 5 puntos porcentuales o más. Si bien la participación de este grupo sigue excediendo el 50% en cinco países, en 2002 había diez países con esa característica.

Los cambios constatados en la participación de los ingresos totales de los quintiles extremos se reflejan también en las variaciones de los índices de desigualdad. De los 13 países con información disponible a 2011 o 2012, 12 presentaron una reducción del coeficiente de Gini, que en promedio simple cayó un 1% por año. El ritmo de reducción de la desigualdad superó el 1% anual en la Argentina, el Brasil, el Perú, Venezuela (República Bolivariana de) y el Uruguay, y fue de al menos un 0,5% anual en Chile, Colombia, el Ecuador y Panamá.

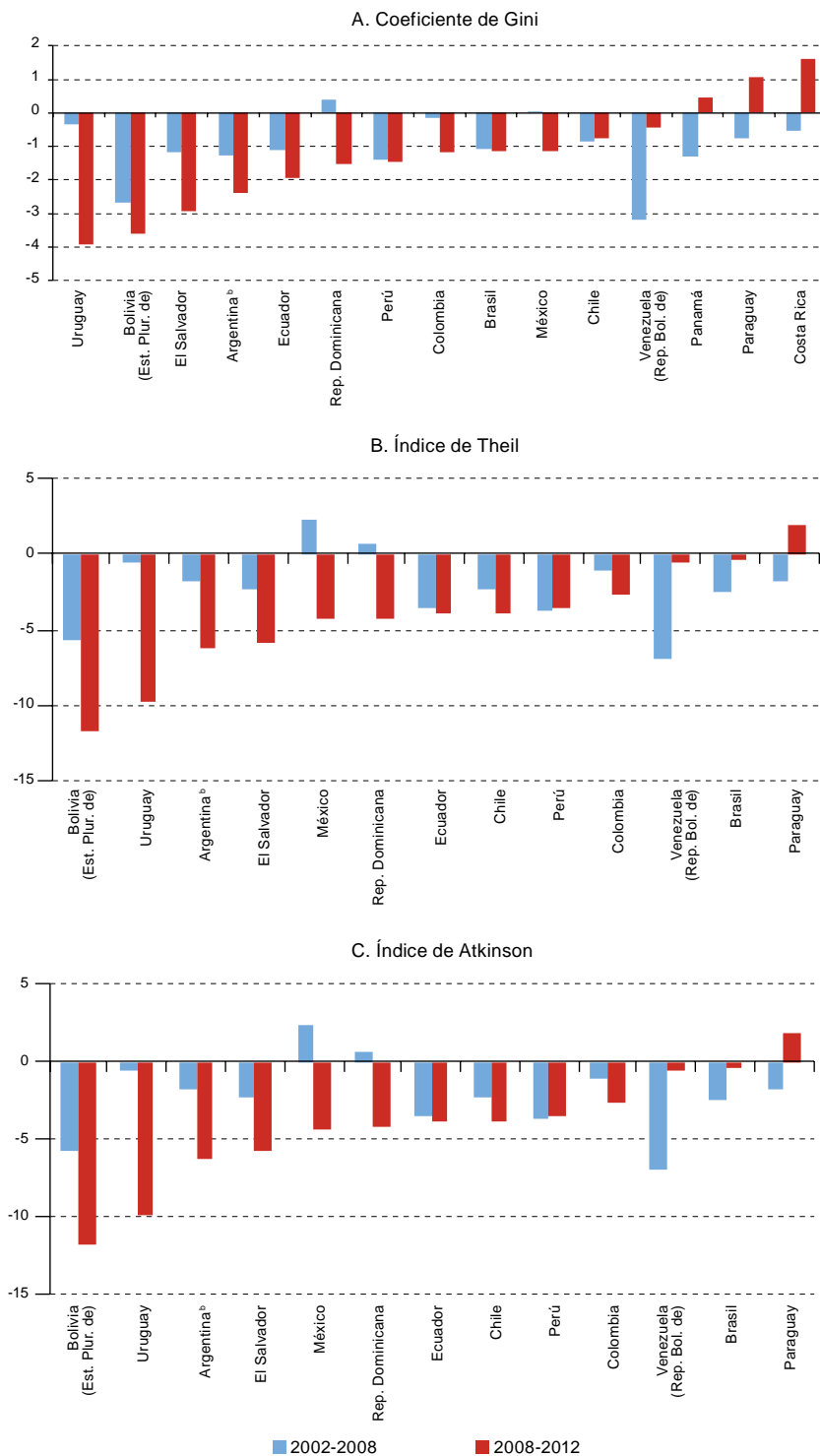
La tendencia a la reducción de la desigualdad se ha manifestado de manera un poco más pronunciada en los últimos cuatro años del período analizado, como se evidencia en el gráfico I.17. Este muestra la variación porcentual de los índices de Gini, Theil y Atkinson (con un coeficiente de aversión a la desigualdad igual a 1,5) para los subperíodos 2002-2008 y 2008-2012, considerando como punto medio el año 2008, cuando se desencadenó la crisis financiera internacional. En efecto, durante el segundo subperíodo ocho países exhibieron caídas de los índices de desigualdad que superaron a las registradas en el primer subperíodo. Entre ellos, Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Uruguay presentan las mayores reducciones, que rondan un 4% por año en el caso del coeficiente de Gini. Cabe destacar que este grupo de países incluye además al Brasil, el Ecuador y México, quienes junto con Venezuela (República Bolivariana de) experimentaron un leve incremento de los índices de desigualdad en 2012 (véase el cuadro I.A.3 del anexo). Por otra parte, Costa Rica, Panamá y el Paraguay tuvieron un incremento de la desigualdad en el segundo subperíodo, aunque solo en el primero de ellos el balance final da cuenta de un aumento.

Cabe destacar que los tres índices de desigualdad muestran una alta concordancia en las tendencias descritas, con unas pocas excepciones. Si se toma en consideración el ordenamiento de los países según la magnitud de la reducción de la desigualdad durante el segundo subperíodo, los índices de Theil y Atkinson sitúan a México en una mejor posición que el coeficiente de Gini, mientras que lo contrario sucede en el caso del Brasil.

Por último, cabe dar una mirada a la evolución de la desigualdad de los ingresos laborales que, al ser la principal fuente de recursos de los hogares, tienen gran incidencia en la distribución de los ingresos totales. Una comparación de la evolución del coeficiente de Gini del ingreso total de los hogares con la del ingreso laboral de los ocupados (de 15 años de edad o más) muestra que las tendencias son muy similares. En efecto, la correlación simple entre las variaciones de ambas variables es de 0,89 en el período 2002-2012 y de 0,93 en el período 2008-2012 (véase el gráfico I.18).

Gráfico I.17

América Latina (países seleccionados): variación anual de los índices de desigualdad, 2002-2008 y 2008-2012^a
(En porcentajes)



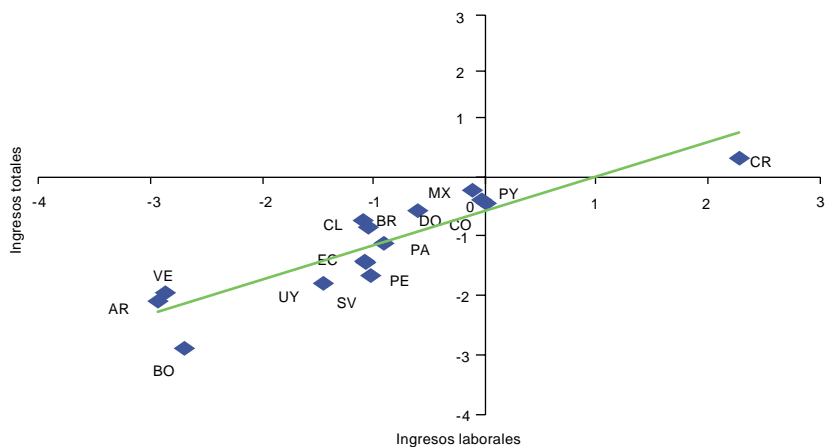
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Se incluyen solamente países con información disponible a 2011 o 2012. Los países están ordenados de acuerdo con la variación registrada en el segundo subperíodo (2008-2012).

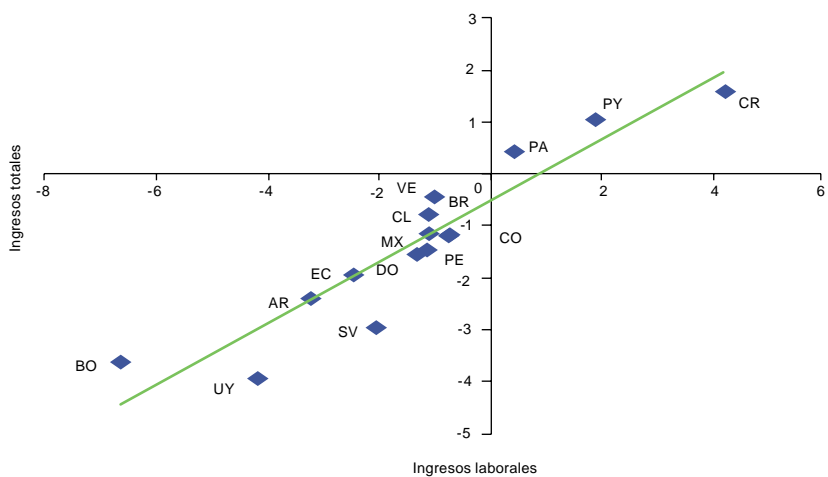
^b Áreas urbanas.

Gráfico I.18
América Latina (15 países): variación anual del coeficiente de Gini del ingreso total y del ingreso laboral
(En porcentajes)

A. 2002-2012



B. 2008-2012



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.

Bibliografía

- Alkire, Sabina y María Emma Santos (2013), “Measuring acute poverty in the developing world: robustness and scope of the multidimensional poverty index”, *OPHI Working Paper*, N° 59, Oxford, Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI).
- (2010), *Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries* [en línea] http://www.fundacionpobreza.cl/biblioteca-archivos/acute_multidimensional_poverty.pdf.
- Alkire, Sabina, Paola Ballón y Ana Vaz (2013), *Asociación y similitud*, Managua [en línea] <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Asociacion-y-similitud.pdf>.
- Alkire, Sabina y James Foster (2007), “Counting and multidimensional poverty measurement”, *OPHI Working Paper*, N° 7, Oxford, Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) [en línea] <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp7.pdf>.
- (2011), “Counting and multidimensional poverty measurement”, *Journal of Public Economics*, vol. 95, N° 7-8, Amsterdam, Elsevier.
- Angulo, Roberto, Beatriz Yadira y Renata Pardo (2013), *Multidimensional Poverty in Colombia, 1997-2010* [en línea] <https://www.iser.essex.ac.uk/publications/working-papers/iser/2013-03.pdf>.
- Banco Mundial (2012), “What a waste. A global review of solid waste management”, *Urban Development Series*, N° 15 [en línea] http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2012/07/25/000333037_20120725004131/Rendered/PDF/681350WPOREVIS0at0a0Waste20120Final.pdf.
- (2005), “Guidance on waste management”, *Dissemination Notes*, N° 66, enero [en línea] <http://siteresources.worldbank.org/INTPOPS/Publications/20486437/DisseminationNote66GuidanceWasteManagement2005.pdf>.
- Bárcena, Alicia (2010), “Palabras de señora Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, en la inauguración del Seminario Internacional Medición Multidimensional de la Pobreza en América Latina” [en línea] http://www.eclac.cl/prensa/noticias/discursossecretaria/2/39502/13y14de_mayo2010DiscursoSeminarioInternMedimultidiPobrAL.pdf.
- Battistón, Diego y otros (2013), “Income and beyond: multidimensional poverty in six Latin American countries”, *Social Indicators Research*, vol. 112, N° 2, Springer.
- Beccaria, Luis y Alberto Minujín (1985), “Métodos alternativos para medir la evolución del tamaño de la pobreza”, *Documentos de trabajo*, N° 6, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Boltvinik, Julio (1992), “El método de medición integrada de la pobreza. Una propuesta para su desarrollo”, *Comercio Exterior*, vol. 42, N° 4, México, D.F., Banco Nacional de Comercio Exterior (BANCOMEXT).
- (1990), *Pobreza y necesidades básicas, conceptos y métodos de medición*, Caracas, Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Bourguignon, Francois y Satya Chakravarty (2003), “The measurement of multidimensional poverty”, *Journal of Economic Inequality*, vol. 1, N° 1, Springer.
- Calvo, Juan y otros (2013), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Las necesidades básicas insatisfechas a partir del Censo 2011*, Montevideo, Trilce.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013a), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.6.
- (2013b), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2013* (LC/G.2574-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.3.
- (2012a), *Cambio estructural para la igualdad: una visión integrada del desarrollo* (LC/G.2524(SES.34/3)), Santiago de Chile.
- (2012b), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2012* (LC/G.2555-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.2.
- (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.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2013), “Avances y desafíos en la medición del trabajo decente”, *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 8, Santiago de Chile, mayo.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2010), *Informe de pobreza multidimensional en México 2008* [en línea] http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/Informe_pobreza_multidimensional/Informe_de_Pobreza_Multidimensional_en_Mexico_2008_.pdf.

- Duflo, Esther, Michael Greenstone y Hanna Rema (2008), "Indoor air pollution, health and economic well-being", *SAPIENS*, vol. 1, N° 1 [en línea] <http://sapiens.revues.org/130>.
- Feres, Juan Carlos y Xavier Mancero (2001), "El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina", serie *Estudios Estadísticos y Prospectivos*, N° 7 (LC/L.1491-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.31.
- Kaztman, Rubén (2011), *Infancia en América Latina: privaciones habitacionales y desarrollo de capital humano* (LC/W.431), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- (2010), "La dimensión espacial de la cohesión social en América Latina", *La cohesión social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores* (LC/G.2420), Santiago de Chile.
- (2001), "Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos", *Revista de la CEPAL*, N° 75 (LC/G.2150-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Kaztman, Rubén y Pascual Gerstenfeld (1988), "La heterogeneidad de la pobreza: Una aproximación bidimensional" (LC/MDV/R.12 (Sem.44/7)), Montevideo, oficina de la CEPAL en Montevideo.
- López-Calva, L.F. y E. Ortiz-Juárez (2009), "Medición multidimensional de la pobreza en México: Significancia estadística en la inclusión de dimensiones no monetarias", *Estudios Económicos*, número especial, México, D.F., Centro de Estudios Económicos, El Colegio de México.
- Maurizio, Roxana (2010), "La viabilidad de la construcción de un índice sintético de la cohesión social para América Latina", *La cohesión social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores* (LC/G.2420), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Nussbaumer, Patrick y otros (2011), "Measuring energy poverty: focusing on what matters", *OPHI Working Paper*, N° 42, Oxford, Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) [en línea] <http://www.ophi.org.uk/measuring-energy-poverty-focusing-on-what-matters/>.
- Ocampo, José Antonio (2008), "Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización", *Nueva Sociedad*, N° 215, mayo-junio [en línea] http://www.nuso.org/upload/articulos/3521_1.pdf
- Roche, José M. y María Emma Santos (2013), "In search of a multidimensional poverty index for Latin America" [en línea] http://www.ecineq.org/ecineq_bari13/FILESxBari13/CR2/p170.pdf.
- Santos, María Emma (2013), "Measuring multidimensional poverty in Latin America: previous experience and the way forward", *OPHI Working Paper*, N° 66, Oxford, Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) [en línea] <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp-66.pdf>.
- Santos, María Emma y otros (2010), "Refining the basic needs approach: a multidimensional analysis of poverty in Latin America", *Studies in Applied Welfare Analysis: Papers from the Third ECINEQ Meeting*, John Bishop (ed.), Bingley, Emerald Group Publishing Limited.
- Sen, Amartya (1997), "From income inequality to economic inequality", *Southern Economic Journal*, vol. 64, N° 2.
- (1985), "Well-being, agency and freedom: the Dewey Lectures 1984", *The Journal of Philosophy*, vol. 82, N° 4, Nueva York, Journal of Philosophy Inc.
- Taccari, Daniel y Pauline Stockins (2013), "Tipologías de discrepancias y medidas de conciliación estadística de los indicadores ODM. Marco general y aplicación en áreas temáticas e indicadores seleccionados", serie *Estudios Estadísticos*, N° 81 (LC/L.3686), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- UNICEF/OMS (2012), *Progress on Drinking Water and Sanitation. 2012 Update* [en línea] <http://www.unicef.org/media/files/JMPReport2012.pdf>.

Anexo

Cuadro I.A.1
América Latina (18 países): indicadores de pobreza e indigencia, 1990-2012^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
	2002	34,9	45,4	21,1	12,8	13,9	20,9	8,4	4,6
	2011	4,3	5,7	2,3	1,5	1,8	1,9	1,1	0,8
	2012	3,4	4,3	1,9	1,3	1,7	1,7	1,0	0,8
Bolivia (Estado Plurinacional de) ^e	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
	2011	31,2	36,3	15,5	9,4	15,6	18,7	8,1	4,9
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
	2011	16,2	20,9	8,8	5,4	5,2	6,1	3,1	2,3
	2012	14,5	18,6	7,6	4,6	4,8	5,4	2,8	2,0
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
	2011 ^f	27,7	34,2	13,5	7,3	8,4	10,7	3,8	2,0
	2012 ^f	26,7	32,9	12,9	7,1	8,2	10,4	3,8	2,1
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
	2011 ^g	16,0	18,8	7,1	4,0	6,3	7,3	3,0	1,9
	2012 ^g	15,4	17,8	6,9	4,0	6,3	7,3	3,1	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
	2011	27,9	32,4	11,4	5,7	9,0	10,1	3,3	1,7
	2012	24,6	28,8	10,1	5,1	8,5	9,9	3,2	1,6
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
	2012	38,9	45,3	16,7	8,4	10,9	13,5	3,9	1,7
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
	2012	38,9	45,3	16,7	8,4	10,9	13,5	3,9	1,7
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
	2012	59,9	66,1	35,3	23,1	35,7	41,5	19,2	11,6
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
	2012	29,9	37,1	12,7	6,1	10,4	14,2	4,2	1,8

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	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
	2011	19,8	25,3	10,4	5,9	9,4	12,4	4,7	2,5
Paraguay	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
	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
Perú	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
	2001 ⁱ	48,7	54,7	24,7	14,5	20,4	24,4	9,6	5,2
	2011 ⁱ	24,8	27,8	9,9	4,9	5,5	6,3	1,8	0,8
	2012 ⁱ	23,1	25,8	9,2	4,6	5,2	6,0	1,8	0,8
República Dominicana	2002	42,2	47,1	20,9	12,6	18,2	20,7	8,8	5,3
	2011	38,7	42,2	18,4	10,8	18,9	20,3	7,9	4,5
	2012	37,9	41,2	18,0	10,4	19,2	20,9	8,2	4,6
Uruguay ^c	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
	2002	9,3	15,5	4,5	1,9	1,3	2,5	0,6	0,2
	2011	4,5	6,7	1,8	0,7	0,9	1,1	0,3	0,1
	2012	3,9	6,1	1,7	0,7	0,8	1,2	0,3	0,1
Venezuela (República Bolivariana de)	1990	34,2	39,8	15,7	8,5	11,8	14,4	5,0	2,5
	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
	2011	25,3	29,5	10,5	5,5	10,0	11,7	4,2	2,4
	2012	20,2	23,8	8,6	4,6	8,3	9,7	3,6	2,1
América Latina ^j	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	...	...
	2011	23,3	29,6	...	...	8,9	11,6	...	...
	2012	22,2	28,2	...	...	8,7	11,3	...	...

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 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.

Cuadro I.A.2
América Latina (18 países): distribución del ingreso de los hogares, 1990-2012^a

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	D10 / D(1 a 4)	Q5 / Q1
Argentina ^d	1990 ^e	10,6	14,9	23,6	26,7	34,8	13,5	13,5
	1999	11,3	15,9	22,1	25,3	36,7	16,2	16,6
	2002	7,3	14,3	20,4	24,6	40,7	19,0	20,6
	2011	20,6	17,3	24,9	27,2	30,6	13,5	14,7
	2012	22,8	18,2	26,1	26,9	28,8	11,9	13,2
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
	2011	7,2	15,6	28,3	29,7	26,4	12,1	15,9
Brasil	1990	9,4	9,5	18,6	28,0	43,9	31,2	35,0
	1999	11,3	10,1	17,3	25,5	47,1	31,9	35,6
	2001	11,0	10,2	17,5	25,5	46,8	32,1	36,9
	2011	12,3	14,1	20,9	25,4	39,6	19,2	22,0
	2012	13,3	14,0	20,4	24,6	41,0	20,2	22,5
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	10,0	21,3	26,9	41,8	26,8	35,2
	1999	6,7	12,3	21,6	26,0	40,1	22,3	25,6
	2002 ^g	7,2	13,0	22,5	26,6	37,9	22,0	24,1
	2011 ^g	8,3	13,9	23,6	26,9	35,6	18,7	20,5
	2012 ^g	8,3	14,2	24,4	26,9	34,5	17,5	19,8
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	14,5	25,6	29,7	30,2	13,7	17,0
	2011 ^h	11,3	14,0	24,5	29,8	31,7	15,2	16,8
	2012 ^h	11,5	14,0	24,3	29,3	32,4	14,7	16,5
Ecuador ^d	1990	5,5	17,2	25,4	27,0	30,4	11,4	12,3
	1999	5,6	14,1	22,8	26,5	36,6	17,2	18,5
	2002	6,7	15,4	24,3	26,0	34,3	15,6	16,8
	2011	7,4	18,5	26,6	28,4	26,5	9,7	10,7
	2012	7,9	18,1	27,1	26,9	27,9	10,0	10,9
El Salvador	1995	6,2	15,4	24,8	26,9	32,9	14,1	16,9
	1999	6,6	13,8	25,0	29,1	32,1	15,2	19,6
	2001	6,7	13,4	24,6	28,7	33,3	16,2	20,2
	2010	5,6	17,8	26,4	27,7	28,1	10,3	11,4
	2012	5,6	19,2	26,7	26,9	27,2	9,7	10,3
Guatemala	1989	6,0	11,8	20,9	26,8	40,5	23,6	27,3
	1998	7,1	14,3	21,6	25,0	39,1	20,4	19,7
	2002	6,8	14,1	22,3	27,2	36,4	18,6	19,3
	2006	7,6	12,8	21,7	25,7	39,8	22,0	23,9

Cuadro I.A.2 (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	D10 / D(1 a 4)	Q5 / Q1
Honduras	1990	4,3	10,1	19,7	27,0	43,2	27,3	30,9
	1999	3,9	11,8	22,9	28,9	36,4	22,3	26,5
	2002	4,3	11,3	21,7	27,6	39,4	23,6	26,3
	2010	5,1	11,4	22,6	29,2	36,8	20,6	25,2
México	1989	8,6	15,8	22,5	25,1	36,6	17,2	16,9
	1998	7,7	15,1	22,7	25,6	36,6	18,4	18,5
	2002	8,2	15,7	23,8	27,3	33,2	15,1	15,5
	2010	7,4	17,7	25,4	27,2	29,7	12,8	13,3
Nicaragua	2012	7,1	17,4	24,9	26,3	31,4	14,2	14,0
	1993	5,2	10,4	22,8	28,4	38,4	26,5	37,2
	1998	5,6	10,4	22,1	27,1	40,4	25,4	34,6
	2001	5,8	12,0	21,6	25,6	40,8	23,8	27,3
Panamá	2009	5,7	16,5	25,5	28,1	29,9	12,9	14,5
	1991 ^d	11,1	14,1	23,8	29,4	32,7	16,8	20,2
	1999 ^d	12,9	15,6	25,2	27,8	31,4	13,9	15,9
	2002	9,8	12,1	23,6	28,0	36,3	20,1	25,8
Paraguay	2010	10,2	15,1	26,0	27,0	31,9	14,4	17,7
	2011	10,4	14,4	25,8	26,4	33,4	16,3	20,3
	1990 ⁱ	7,7	18,6	25,7	26,8	28,9	10,2	10,6
	1999	6,3	13,3	23,4	27,6	35,7	19,1	23,2
Perú	2001	6,3	13,5	23,6	26,2	36,7	19,5	23,2
	2010	5,8	13,8	24,2	26,2	35,8	17,1	20,0
	2011	6,5	12,5	22,7	26,8	38,0	17,4	21,3
	1997	7,5	13,4	24,6	28,7	33,3	17,9	20,8
República Dominicana	1999	7,5	13,4	23,1	27,1	36,4	19,5	21,6
	2001	6,4	13,4	24,6	28,5	33,5	17,4	19,3
	2011	8,7	16,1	27,2	28,3	28,4	11,2	12,8
	2012	8,8	15,9	27,3	28,6	28,2	10,9	12,7
Uruguay ^d	2002	6,9	12,7	22,7	26,9	37,7	17,8	20,7
	2011	7,8	11,3	21,6	28,4	38,7	23,0	25,7
	2012	7,1	12,5	23,5	29,6	34,4	16,5	19,4
Venezuela (República Bolivariana de)	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
	2011	10,4	23,2	27,2	26,3	23,3	7,5	8,0
Venezuela (República Bolivariana de)	2012	10,7	24,7	28,4	26,4	20,5	6,7	7,3
	1990	8,9	16,7	25,7	28,9	28,7	12,1	13,4
	1999	7,2	14,5	25,1	29,0	31,4	15,0	18,0
	2002	7,1	14,3	24,9	29,5	31,3	14,5	18,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2011	7,7	20,1	28,7	28,3	22,9	7,7	9,1
	2012	8,8	19,8	28,6	28,0	23,6	8,0	9,4

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 I.A.3
América Latina (18 países): indicadores de concentración del ingreso, 1990-2012^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	0,724	0,282	0,464	0,593
	2011	0,492	0,511	0,204	0,351	0,473
	2012	0,475	0,457	0,189	0,332	0,454
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
	2011	0,472	0,398	0,187	0,359	0,527
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
	2011	0,559	0,666	0,261	0,435	0,567
	2012	0,567	0,797	0,277	0,443	0,568
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
	2011 ^f	0,545	0,599	0,247	0,419	0,551
	2012 ^f	0,536	0,568	0,238	0,410	0,546
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
	2011 ^g	0,503	0,481	0,207	0,367	0,501
	2012 ^g	0,504	0,481	0,209	0,372	0,511
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
	2011	0,434	0,353	0,154	0,277	0,382
	2012	0,444	0,387	0,164	0,290	0,397
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
	2012	0,437	0,368	0,159	0,284	0,389
Guatemala	1989	0,582	0,735	0,282	0,459	0,587
	1998	0,56	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 I.A.3 (conclusión)

País	Año	Índices de concentración				
		Gini ^b	Theil	Atkinson		
				(ε=0,5)	(ε=1,0)	(ε=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
	2012	0,492	0,503	0,203	0,344	0,451
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	0,532	0,614	0,241	0,402	0,526
	2009	0,478	0,437	0,189	0,337	0,462
Panamá	1991 ^e	0,530	0,543	0,228	0,398	0,534
	1999 ^e	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
	2011	0,452	0,382	0,170	0,309	0,429
	2012	0,449	0,370	0,167	0,307	0,429
República Dominicana	2002	0,537	0,569	0,236	0,404	0,536
	2011	0,558	0,632	0,258	0,437	0,575
	2012	0,517	0,499	0,218	0,387	0,530
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
	2011	0,402	0,291	0,132	0,241	0,334
	2012	0,380	0,246	0,116	0,219	0,310
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
	2011	0,397	0,275	0,127	0,239	0,345
	2012	0,405	0,289	0,133	0,249	0,357

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.



Pobreza infantil en América Latina y el Caribe

A. Enfoque de derechos y pobreza en la infancia

1. Introducción
2. Enfoque de derechos y medición multidimensional de la pobreza en la infancia
3. La medición de la pobreza infantil en América Latina y el Caribe

B. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe

1. Evolución de la pobreza infantil en el período 2000-2011
2. Evolución de las privaciones en América Latina
3. Contribución de las privaciones en los niveles de pobreza infantil
4. La pobreza infantil en el Caribe
5. Pobreza infantil e infancia en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza monetaria
6. La distribución territorial de las privaciones

C. Consideraciones finales

Bibliografía

A. Enfoque de derechos y pobreza en la infancia¹

En la década de 1990, diversos estudios comenzaron a reflejar la preocupación por la infantilización de la pobreza en América Latina. De acuerdo con la Asamblea General de las Naciones Unidas, la pobreza infantil se define como la privación de nutrición, agua, acceso a servicios básicos de salud, abrigo, educación, participación y protección. La pobreza infantil implica que niños, niñas y adolescentes no gocen de sus derechos y, en consecuencia, se vean limitados para alcanzar sus metas y participar activamente en la sociedad. Comprender su naturaleza requiere una perspectiva multidimensional de la medición. Desde hace unos años, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han adoptado esta perspectiva multidimensional bajo un enfoque de derechos y de privaciones múltiples, adaptando a la región la metodología del estudio mundial realizado en 2003 por el UNICEF junto con investigadores de la Universidad de Bristol y de la London School of Economics.

1. Introducción

En la segunda década del siglo XXI, la pobreza sigue representando un desafío de enorme magnitud para los países de América Latina y el Caribe. En este contexto, un aspecto muy preocupante de la evolución de la pobreza monetaria es su mayor incidencia en los hogares que tienen un alto nivel de dependencia, lo que deja en una situación especial de desmedro a niños, niñas y adolescentes.

Hace más de 20 años, en la década de 1990, diversos estudios comenzaron a reflejar en América Latina la sobrerrepresentación de la población infantil y juvenil en los hogares que se encontraban en situación de pobreza por ingresos, lo que, a su vez, indica la fuerte asociación que existía entre la pobreza monetaria y la presencia de niños en los hogares (CEPAL, 1994, 1997, 1998). La reducción del número de personas pobres hacia el año 2000, producto de los logros económicos de la primera mitad de los años noventa, no se traducían en iguales magnitudes para todos los hogares, puesto que el descenso era mucho menor en los que tenían niños, niñas y adolescentes (CEPAL, 2000).

En ese momento, se inicia en la región el debate sobre la infantilización de la pobreza, concepto que se proyecta hasta la actualidad y da cuenta de la sobrerrepresentación de la infancia y adolescencia en la pobreza respecto de otros grupos etarios y de la mayor probabilidad de que los integrantes de este grupo vivan en hogares pobres, que se agudiza cuanto menores son los niños. La evidencia mostraba que la pobreza entre la población infantil y adolescente venía comportándose en forma más rígida respecto de los ciclos de expansión económica, pero era también más elástica con respecto a los períodos de recesión. Lo más llamativo era que niños y jóvenes resultaban los más afectados por las crisis, pese a las profundas transformaciones demográficas que venía experimentando la región, donde representaban una porción cada vez menor del total de la población. En definitiva, la pobreza infantil se redujo menos que la pobreza del total de la población y bastante menos que la de los adultos mayores (Rossel, 2013; CEPAL, 2010), lo que indica que, en contextos como los actuales, de reducción generalizada de la pobreza monetaria, los niños, las niñas y los adolescentes se han visto menos beneficiados.

Una fracción muy significativa de este grupo de la población enfrenta adversidades que los perjudican directamente en esta etapa de su ciclo vital, que seguirán teniendo repercusiones negativas a lo largo de su vida y que se transmiten a

¹ En este estudio se utiliza la definición que figura en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, según la cual se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad. Por lo tanto, como en otros estudios de la CEPAL y el UNICEF, la infancia abarca ese período de tiempo.

las generaciones siguientes. La población infantil suele estar atrapada en situaciones de insuficiencia de ingreso en los hogares y de privación de los derechos de supervivencia, abrigo, educación, salud y nutrición, entre otros. Es decir que los niños se encuentran privados de activos y oportunidades a los que tienen derecho todos los seres humanos. Además, la pobreza está muy asociada a otros fenómenos sociales, como la exclusión social y la desigualdad, que apelan a la falta de justicia y equidad en la distribución de los recursos como un factor central en su generación y persistencia.

La naturaleza específica de la pobreza que enfrentan los niños, niñas y adolescentes y su comprensión requieren de una medición multidimensional que identifique las privaciones vinculadas con la provisión y calidad de los servicios y bienes públicos que les afectan directamente, así como las insuficiencias de ingreso para satisfacer las necesidades de todos los miembros del hogar. La particular preocupación por los niños, las niñas y los adolescentes no solo responde a su sobrerrepresentación dentro de la población pobre, sino también a su mayor dependencia y falta de autonomía dentro de las familias y a su singular vulnerabilidad ante las consecuencias de la pobreza y la desigualdad. La medición particular debe recoger su especificidad y considerar como unidad de análisis a los hogares y a los individuos.

Si bien no hay un único enfoque para definir y medir la pobreza infantil, la mayoría de los estudios y las organizaciones que abordan esta problemática la entiende como un fenómeno multidimensional. En el *Estado Mundial de la Infancia 2005*, se afirma que “Los niños y las niñas que viven en la pobreza (son los que) sufren una privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad en la sociedad” (UNICEF, 2005, pág. 18).

2. Enfoque de derechos y medición multidimensional de la pobreza en la infancia

La concepción de la pobreza infantil que supera la visión estrictamente monetaria considera factores vinculados con el acceso a servicios y con el desarrollo psicosocial de niños, niñas y adolescentes (como la discriminación y la exclusión), y destaca su vínculo explícito con la violación de los derechos humanos como principios universalmente aceptados, incluidos y consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración del Milenio y otros instrumentos internacionales. En este marco, de acuerdo con la Asamblea General de las Naciones Unidas, la pobreza infantil se define como la privación de nutrición, agua, acceso a servicios básicos de salud, abrigo, educación, participación y protección (UNICEF, 2007). La privación de estos derechos hace que niños, niñas y adolescentes se vean limitados para alcanzar sus metas, participar activamente en la sociedad y gozar de oportunidades.

La aproximación conceptual que se utiliza tiene efectos sobre la definición de indicadores para la medición de la pobreza y sobre la identificación de los niños, las niñas y los adolescentes que viven en situación de pobreza y sus necesidades. El UNICEF (2004) afirma que el concepto de pobreza infantil, junto con las estimaciones de sus alcances, puede construirse sobre el principio de acceso a un número específico de derechos económicos y sociales que están, a su vez, enmarcados en el artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se sostiene que “Los Estados parte reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”. Dicho artículo, junto con otros de mayor especificidad vinculados con ámbitos de privación, da lugar a la aplicación de un enfoque de derechos a ser considerado como un marco conceptual y de acción para la superación de la pobreza (Abramovich, 2006), que tendría efectos sobre la reducción de este flagelo y el logro de una mayor igualdad.

En los últimos años se ha escrito mucho sobre la medición de la pobreza con métodos multidimensionales. Las medidas propuestas por Bourguignon y Chakravarty (2003) y Alkire y Foster (2009) han dado lugar a variadas aplicaciones para distintos países. Aun cuando han surgido críticas en relación con la metodología de agregación de las distintas dimensiones (véase Ravallion, 2011), hay un consenso creciente respecto de que la pobreza es un fenómeno multidimensional. La consolidación de este enfoque multidimensional como aproximación al análisis de la pobreza se ha producido en diversas esferas. A modo de ejemplo, desde 2011, el *Informe sobre Desarrollo Humano* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha incluido entre sus indicadores el índice

de pobreza multidimensional (IPM), basado en la propuesta de Alkire y Santos (2010), que combina diez indicadores para reflejar privaciones en las tres dimensiones tradicionales del desarrollo humano (salud, educación y calidad de vida) en 104 países (véase el recuadro I.3 del capítulo I).

En cuanto a la pobreza infantil, una de las principales iniciativas a gran escala para la medición bajo un enfoque de derechos y de privaciones múltiples fue la que el UNICEF puso en marcha en 2003 junto con investigadores de la Universidad de Bristol y de la London School of Economics. Esta se considera la primera estimación científica de la pobreza infantil en el mundo en desarrollo (Grupo de Río sobre Estadísticas de Pobreza, 2007). En el estudio de Bristol se enumera una canasta de bienes y servicios que se consideran esenciales para asegurar el bienestar de los niños y, en consecuencia, se definen diversos umbrales de privación (Gordon y otros, 2003). Este conjunto de indicadores toma como principio los derechos de los niños en las dimensiones de nutrición adecuada, agua potable, servicios sanitarios decentes, salud, vivienda, educación e información (Minujín, Delamónica y Davidziuk, 2006). Se utilizó una conceptualización de la privación concebida como un continuo que va desde la no privación hasta la privación extrema al final de la escala y proporciona definiciones operacionales para cada nivel. Se planteó que las necesidades de los niños difieren en grado y tipo de las de los adultos y que la unidad de análisis es el niño y no el hogar, pese a que las necesidades de adultos y niños pueden traslaparse en ciertas dimensiones y, por tanto, puede ser difícil separar las condiciones y experiencias de los niños de las de los adultos en la misma familia u hogar. El análisis debía destacar intervenciones de política orientadas a generar un impacto específico.

3. La medición de la pobreza infantil en América Latina y el Caribe

En el trabajo conjunto de medición de la pobreza realizado por la CEPAL y la Oficina Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe con el objeto de su estimación, se concibe a la pobreza como la presencia de privaciones del ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes en determinados ámbitos ampliamente reconocidos como constitutivos de pobreza: educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información (CEPAL/UNICEF, 2012a).

Estas dimensiones son parte constitutiva de los indicadores y la metodología para estimar la pobreza infantil de forma directa y con un enfoque de derechos humanos desarrollados por el UNICEF, la Universidad de Bristol y la London School of Economics, que fueron replicados y adaptados a la realidad y a la disponibilidad de información de América Latina y el Caribe (CEPAL/UNICEF, 2010; Espíndola y Rico, 2010). Siguiendo la iniciativa mundial, en América Latina y el Caribe se llevó a cabo un estudio sobre la pobreza en la infancia (CEPAL/UNICEF, 2010) en el que esta se midió utilizando dos grandes tradiciones metodológicas: a) los métodos directos, cuya forma más conocida en la región ha sido la medición de las necesidades básicas insatisfechas (estos métodos, basados en la propuesta de la Universidad de Bristol (Gordon y otros, 2003), fueron adaptados para medir varios niveles de privaciones múltiples en la infancia), y b) los métodos indirectos, representados por la medición de la pobreza absoluta según los ingresos per cápita de los hogares. En ese estudio se mostró que alrededor de 2008, aproximadamente el 45% de la población menor de 18 años de 18 países de la región vivía en situación de pobreza, lo que implica que casi 81 millones de niños, niñas y adolescentes sufrían privaciones como resultado de un déficit en el ejercicio de algunos de sus derechos.

En el estudio de Bristol de 2003 se utilizaron las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). Pese a la reciente disponibilidad de nuevas encuestas de este tipo, en América Latina la cobertura es baja y discontinua. Por este motivo, y con el fin de incorporar mediciones de ingreso en forma simultánea, se usaron las encuestas de hogares, disponibles para todos los países de la región, que incluyen información relativamente suficiente para la implementación de ambas metodologías. Para efectuar dichas estimaciones se adaptaron los indicadores definidos a los datos que se pueden extraer de las encuestas de hogares. Esta opción no solo respondió al criterio de disponibilidad de la información, sino también a la necesaria pertinencia sociocultural del ejercicio de los derechos, sobre todo para determinar los umbrales establecidos para identificar cuando un niño, niña o adolescente se encontraba en situación de pobreza infantil extrema o en situación de pobreza infantil total². Los umbrales de privación operacionalizados en la medición mundial de 2003 sobre la base de los indicadores de Bristol solo hacían referencia a las situaciones más graves de privación infantil. Para América

² Las DHS y MICS se utilizaron como referencia para estimar los niveles de desnutrición infantil mediante modelos logísticos de estimación de la probabilidad de desnutrición, aplicables a las encuestas de hogares, y así incorporar esta dimensión esencial en las estimaciones de los niveles de pobreza infantil en la región.

Latina se optó por seguir el criterio anterior, pero además se prefirió definir umbrales para distinguir situaciones de privación moderada, que también reflejan necesidades que, al ser insatisfechas, afectan el bienestar y desarrollo de los niños. En el cuadro II.1 se mencionan las dimensiones que reflejan las necesidades básicas cuya satisfacción es clave para el desarrollo infantil, los indicadores que las representan y que están disponibles en los instrumentos mencionados, y los umbrales que permiten identificar las privaciones moderadas y severas.

Cuadro II.1
Definición de indicadores y umbrales severos y moderados de privación entre los niños^a

Niveles de privación Dimensiones e indicadores de privación	Moderada	Severa/grave	Unidad de análisis que se mide y a la que se aplica el indicador	Artículo de la Convención sobre los Derechos del Niño que se ve afectado "Los Estados partes ..."
Nutrición ^b Relación peso/edad Relación talla/edad	(Desnutrición global y crónica) Insuficiencia ponderal moderada-grave o baja talla para la edad moderada-grave: menos de -2 desviaciones estándar respecto del patrón de referencia	Insuficiencia ponderal grave o baja talla grave: menos de -3 desviaciones estándar respecto del patrón de referencia	Persona. Niños de 0 a 4 años	24 (1)... reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud ... 24 (2,c) ...adoptarán las medidas para ... Combatir las enfermedades y la malnutrición ...
Saneamiento (1) Acceso a agua potable según: - Origen - Suministro - Tiempo de acceso	a) Origen del agua por pozo o noria b) Suministro de agua fuera de la vivienda y del predio (por ejemplo, pilones públicos, camiones aljibe u otros)	a) Origen inseguro del agua: fuentes naturales (ríos, vertientes) b) En caso de disponibilidad de un indicador de tiempo de acceso a la fuente de agua: 15 minutos o más	Vivienda. Niños y adolescentes de 0 a 17 años	24 (1)... reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud ... 24 (2,c) ... adoptarán las medidas para ... suministrar alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre...
Saneamiento (2) Conexión a sistema de alcantarillado	Sin conexión a alcantarillado (por ejemplo, pozos negros) o acceso fuera de la vivienda y del predio	Sin servicio de eliminación de excretas (por ejemplo, directo al río)	Vivienda. Niños y adolescentes de 0 a 17 años	24 (1)... reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud ... 24 (2,e) adoptarán las medidas apropiadas para ... asegurar... la higiene y saneamiento ambiental ...
Vivienda Razón de personas por habitación Material del piso Material de los muros Material del techo	Hacinamiento: tres o más personas por dormitorio o pieza (excluye baño y cocina), piso de tierra, materiales de construcción inseguros (barro o similares) ^c	Hacinamiento: cinco o más personas por habitación, viviendas transitorias (carpas y similares), muros o techos de materiales de desechos	Vivienda. Niños y adolescentes de 0 a 17 años	27 (1)... reconocen el derecho del niño a un nivel de vida adecuado. 27 (3) proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
Educación Asistencia escolar y número de años de estudio completados	Niños que, habiendo asistido a la escuela, abandonaron los estudios antes de completar la enseñanza secundaria	Niños y adolescentes que nunca han asistido a la escuela	Persona. Niños desde 7 u 8 años hasta 17 años	28 (1)... reconocen el derecho del niño a la educación... 28 (1,a) ... deberán implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos; b) 28(1,b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional
Información Acceso a electricidad, tenencia de radio, televisión o teléfono	Sin acceso en la vivienda a electricidad, teléfono (fijo o móvil), radio/televisión (al menos dos no disponibles)	Sin acceso en la vivienda a electricidad, teléfono (fijo o móvil), radio/televisión (de forma simultánea)	Hogar. Niños y adolescentes de 0 a 17 años	13 (1) El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones... 17 Los Estados Partes velarán porque el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes...

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), sobre la base de David Gordon y otros, *Child Poverty in the Developing World*, Bristol, The Policy Press, 2003.

^a Es importante destacar que las situaciones consideradas son de privación, por lo que los umbrales de privación son definidos implícitamente como situaciones de mayor bienestar al mencionado en cada celdilla.

^b Estos indicadores se obtuvieron de las encuestas de Demografía y Salud (DHS) y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), y se elaboró un conjunto de modelos de estimación de la probabilidad de estar desnutrido con regresiones logísticas binarias, que se aplicó posteriormente a las encuestas de hogares.

^c A diferencia del estudio de Bristol, donde el piso de tierra se consideró como privación severa, en esta medición se definió como privación moderada.

Desde el punto de vista metodológico, las características del enfoque de derechos condicionaron las decisiones que se adoptaron. Por ejemplo, el carácter universal de los derechos implica valorar el derecho, o su privación, y sus niveles de la misma manera en todos los grupos poblaciones de niños, niñas y adolescentes. Esto condujo a la construcción de umbrales a nivel nacional, sin la usual diferenciación entre el medio urbano y el medio rural, y sin considerar como un paliativo para la privación, o la violación de un derecho, el hecho de que en las zonas rurales hay más dificultades para acceder a servicios básicos debido a los altos costos de inversión, ya que los derechos rigen en cualquier contexto. Teniendo en consideración este criterio, pero también el cuidado de no distorsionar los posibles niveles de exigibilidad de los derechos (demasiada exigencia), la norma del umbral se estableció según los parámetros tradicionales de medición de privaciones en zonas rurales.

De igual manera, sobre la base del enfoque de derechos de la infancia y la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, se consideró su equivalencia absoluta, que tiene como consecuencia la no priorización sustantiva ni técnica de los derechos, ya que ninguno tiene mayor ponderación que otro, lo que implica considerar cada privación como indicador de pobreza debido a que viola o incumple al menos un derecho. Esto tiene como corolario que un niño, niña o adolescente se considera en situación de pobreza infantil cuando se ve privado al menos en una de las dimensiones consideradas, aunque sea solo una, ya sea en situación de privación moderada o severa³. Aunque la población infantil y adolescente puede verse afectada por decisiones de sus padres, discriminaciones comunitarias o problemas que no estén asociados directamente a situaciones de insuficiencia de recursos o acceso a servicios sociales básicos, de manera independiente de su causa, estas privaciones constituyen en sí un incumplimiento de sus derechos. Al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados se obligan, entre otras cosas, a cumplir con todos los derechos de la infancia hasta el máximo de recursos disponibles —lo que incluye solventar costos, por ejemplo de salud, que a los hogares se les hace difícil cubrir— y a velar por que no existan situaciones de discriminación.

Al igual que en el caso del método de las privaciones múltiples, se definieron tres situaciones de acuerdo con la capacidad potencial de los hogares con niños de satisfacer sus necesidades básicas por mecanismos de mercado. Esto se hizo mediante la comparación del ingreso per cápita con las líneas de indigencia y pobreza, de modo de identificar los hogares con insuficientes niveles de bienestar: los indigentes, los pobres no indigentes y los no pobres. Hacia fines de los años ochenta, se hicieron en América Latina varios intentos para integrar metodologías monetarias y no monetarias (CEPAL/DGEC, 1988). Cabe señalar que estas aproximaciones integradoras no conciben las insuficiencias en el ingreso como una dimensión adicional a las que refieren a las privaciones materiales, sino que definen al primero como un potencial factor de satisfacción de necesidades, o factor de entrada, y a las segundas como el resultado de las insuficiencias o inequitativas distribuciones del ingreso en los hogares (por ejemplo, véase Townsend, 1979), o de las fallas del Estado en la provisión de bienes y servicios públicos (véase el recuadro I.4 del capítulo I).

La medición del bienestar y la pobreza según el método del ingreso es insuficiente para dar cuenta de las privaciones que efectivamente pueden tener un impacto negativo en el desarrollo de los niños. Sin embargo, esta medición también aporta datos valiosos tanto para la caracterización de la situación de los niños como para la toma de decisiones en materia de política pública. Además, y pese a que a nivel agregado la pobreza por ingresos y la pobreza infantil según privaciones tienen una alta correlación —que incluso es mayor en lo referido a la pobreza total que en la pobreza extrema—, estas asociaciones no son tan claras a nivel de individuos (y hogares). Por esta razón, también se vuelve necesario examinar la situación de los niños según ambas metodologías.

³ En el método general de las necesidades básicas insatisfechas, a esta decisión se le denomina “criterio de la correalización”: considerando los indicadores como sustitutos perfectos, los hogares o las personas con al menos una privación son pobres (Grupo de Río sobre Estadísticas de Pobreza, 2007).

B. Pobreza infantil en América Latina y el Caribe

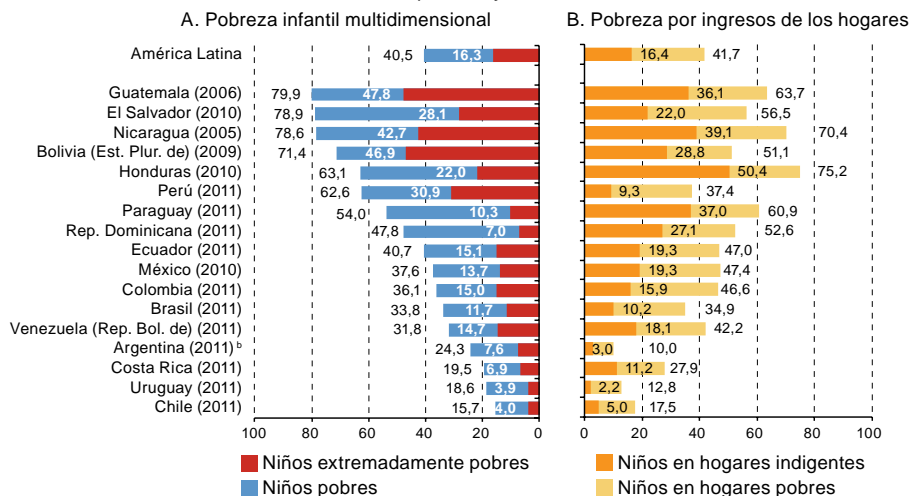
En torno a 2011, un 40,5% de los niños, las niñas y los adolescentes de América Latina vivían en condiciones de pobreza. La pobreza infantil total afectaba a 70,5 millones de personas menores de 18 años y un 16,3% de los niños, las niñas y los adolescentes se encontraban en situación de pobreza extrema (28,3 millones de personas). Entre 2000 y 2011, todos los países de América Latina estudiados anotaron un descenso del porcentaje de menores de 18 años pobres. En el caso de la pobreza total, la reducción fue de poco más de 14 puntos porcentuales, mientras que la extrema pobreza disminuyó 10,5 puntos porcentuales. También se redujo la intensidad de la pobreza y en particular de la extrema pobreza infantil (en 2011, uno de cada cuatro niños estaba afectado por más de una privación grave). En cinco países del Caribe, la pobreza infantil oscila entre el 31% y el 71%, y la extrema pobreza va del 10% al 38%.

La pobreza infantil de un país en un año determinado se refiere a la población menor de 18 años que presenta privaciones, al menos moderadas, en el ejercicio de por lo menos uno de los derechos constitutivos de pobreza infantil: saneamiento, acceso a agua potable, calidad de la vivienda, integración al sistema escolar, acceso a medios de información o buena alimentación. Si al menos una privación es grave, se los califica en situación de extrema pobreza infantil. Es importante considerar que los niños en extrema pobreza también son considerados en las estimaciones de pobreza infantil total que se describen a continuación.

En torno a 2011, en 17 países de América Latina, el 40,5% de los niños, las niñas y los adolescentes vivían en condiciones de pobreza, ya sea moderada o extrema. Esto implica que en la región, la pobreza infantil total afecta a 70,5 millones de personas menores de 18 años. Por su parte, el 16,3% de los niños, las niñas y los adolescentes se encontraban en situación de pobreza extrema. Es decir que uno de cada seis niños es extremadamente pobre y este flagelo afecta a más de 28,3 millones de niños, niñas y adolescentes (véanse el gráfico II.1 y el cuadro II.2). Estos niños se ven afectados por una o más privaciones severas en cuanto a precariedad de los materiales de la vivienda y hacinamiento, falta de acceso a agua potable o a sistemas de saneamiento en la vivienda, desnutrición global o crónica grave (o ambas), falta de acceso al sistema educativo (niños que nunca han ido a la escuela) o falta de acceso a sistemas de comunicación e información (incluida la falta de electricidad en la vivienda).

Gráfico II.1

América Latina (17 países): incidencia de la extrema pobreza y de la pobreza infantil total, y niños en hogares indigentes y pobres (según método del ingreso), 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 Las cifras de pobreza infantil total incluyen la extrema pobreza infantil, y las cifras de pobreza por ingresos incluyen los niños en hogares indigentes.

^b Zonas urbanas.

Cuadro II.2

América Latina (17 países): incidencia de la extrema pobreza y de la pobreza infantil total, alrededor de 2000 y 2011^a
(En porcentajes y número de niños, niñas y adolescentes)

Pais		Incidencia de la pobreza extrema	Población	Incidencia de la pobreza total	Población
Argentina (urbano)	1999	11,5	835 422	29,0	2 106 785
	2011	7,6	552 241	24,3	1 761 562
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	56,1	2 046 219	92,2	3 360 480
	2009	46,8	1 986 117	71,4	3 027 071
Brasil	1999	21,2	12 202 634	48,3	27 822 232
	2011	11,7	6 550 679	33,8	18 936 842
Chile	2000	10,0	494 199	28,2	1 392 969
	2011	3,9	174 561	15,7	692 813
Colombia	1999	22,1	3 322 547	47,2	7 105 547
	2011	14,9	2 290 653	36,1	5 530 277
Costa Rica	2002	9,0	132 520	28,0	410 630
	2011	6,8	91 655	19,5	261 418
Ecuador (urbano)	2002	14,8	479 607	65,2	2 114 159
	2011	4,4	134 979	24,4	751 793
Ecuador	2011	15,1	731 718	40,7	1 968 577
El Salvador	1999	45,0	1 171 944	88,1	2 297 503
	2010	28,1	658 879	78,9	1 849 518
Guatemala	1998	56,2	3 027 604	86,2	4 640 585
	2006	47,8	3 017 179	79,9	5 039 541
Honduras	1999	50,1	1 510 947	75,4	2 272 040
	2010	22,0	757 167	63,1	2 171 965
México	2000	26,1	10 211 623	52,8	20 670 820
	2010	13,7	5 438 549	37,6	14 871 241
Nicaragua	2001	52,2	1 280 974	85,6	2 098 579
	2005	42,7	946 117	78,6	1 742 032
Paraguay	2000	29,7	719 950	67,3	1 629 875
	2011	10,3	247 293	54,0	1 290 885
Perú	1999	48,3	5 297 033	87,4	9 577 983
	2011	30,9	3 142 842	62,6	6 374 238
República Dominicana	2002	28,2	1 004 543	59,2	2 111 148
	2011	7,0	243 165	47,8	1 664 290
Uruguay (urbano)	1999	7,1	55 571	26,1	204 378
	2011	3,6	30 375	17,4	146 748
Uruguay	2011	3,9	35 883	18,6	170 932
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	17,1	1 651 583	42,8	4 125 838
	2011	14,7	1 473 226	31,8	3 197 520
América Latina (14 países)^b	2000	27,2	44 074 047	55,3	89 516 062
	2011	16,7	27 017 999	41,2	66 418 973
América Latina (17 países)^c	2011	16,3	28 337 797	40,5	70 550 504

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 Niños de 0 a 17 años.

^b Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^c Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

Sin embargo, la heterogeneidad de realidades muestra notorias diferencias de un país a otro. En promedio, un 72% de los niños de los países con mayores niveles de pobreza infantil total (Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Perú) eran extremadamente pobres (20,2 millones en estos seis países). Entre los países con menor pobreza infantil total (la Argentina, Chile, Costa Rica, el Ecuador y el Uruguay), como promedio simple, un 19,5% de los niños se encontraba en dicha situación (2,8 millones).

Por otra parte, es importante considerar la presencia simultánea de privaciones, en la medida en que generan una exponencial situación de pérdida en el ejercicio de los derechos que debe ser evaluada y considerada en la formulación de políticas, sobre todo porque la privación en alguna dimensión suele tener consecuencias sobre la posibilidad y capacidad de ejercer el derecho en una o más de las otras dimensiones (Gordon y otros, 2003; Minujin Delamónica y Davidziuk, 2007; Kaztman, 2011). Por ese motivo, no solo es importante conocer el porcentaje de niños que se encuentran privados, sino también qué tan pobres son. Si bien en la familia de índices utilizados para el cálculo de la pobreza infantil con un enfoque multidimensional se incluye el índice de profundidad de la pobreza, basado en el cálculo de brechas existentes entre los niveles de privación en cada dimensión y los umbrales respectivos,

en este capítulo se optó por presentar el grado de pobreza entre los pobres sobre la base del conteo del número de privaciones. Pese a que esta forma de presentar la información no refleja la magnitud de las brechas, pues no diferencia entre niños pobres con privaciones graves y niños pobres con privaciones moderadas, permite ilustrar con facilidad la distribución de la pobreza según su intensidad, expresada en el conteo de niños con distinto número de privaciones y su promedio (Minujín, Delamónica y Davidziuk, 2007; Alkire y Foster, 2009)⁴.

La profundidad de la extrema pobreza tiende a ser mayor precisamente cuando hay mayor porcentaje de niños extremadamente pobres⁵. Los altos niveles de pobreza infantil extrema no están solamente asociados a la privación más o menos generalizada en alguna de las dimensiones del ejercicio de los derechos en la infancia, sino que con frecuencia se ligan a la existencia de múltiples privaciones extremas, que se manifiestan en forma simultánea para un importante porcentaje de niños. Si bien la existencia de una sola privación extrema ya reviste gravedad para el desarrollo infantil, la presencia de un “síndrome” de múltiples privaciones alerta sobre una pérdida segura de las oportunidades de aprovechamiento de las potencialidades de los niños y, en definitiva, perpetúa la reproducción intergeneracional de la pobreza. Uno de cada cuatro niños extremadamente pobres se ve atropellado gravemente en más de un derecho fundamental y dos de cada tres niños pobres sufren privaciones en una sola necesidad (véase el cuadro II.4).

Según datos de alrededor de 2011, correspondientes a 17 países, de los más de 28 millones de niños que son extremadamente pobres, el 27,4% se ven afectados por más de una privación severa y algo más del 7% tienen tres o más privaciones de esta índole (véase el cuadro II.3). En lo relativo a la pobreza infantil total, el 58,8% de los más de 70 millones de niños se ven afectados por una sola privación moderada o severa (poco más de 41 millones de niños) y solo uno de cada seis niños pobres se ve privado en tres o más dimensiones del bienestar (véase el cuadro II.4). No obstante lo expuesto, es preciso reconocer la heterogeneidad de situaciones de pobreza infantil y sus intensidades en los distintos países de la región, así como las capacidades diferenciales para financiar políticas públicas de gran cobertura a favor de la infancia: es precisamente en los países con niveles más altos de pobreza infantil (total y extrema) donde hay mayor concentración de niños con múltiples privaciones y, en general, menos recursos para hacer frente a este problema.

Cuadro II.3
América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años extremadamente pobres,
según número de privaciones graves, alrededor de 2000 y 2011
(En porcentajes)

País		Total	Una privación	Dos privaciones	Tres privaciones	Cuatro privaciones	Cinco privaciones
Argentina (urbano)	1999	100	79,9	17,6	2,5	0,0	0,0
	2011	100	90,0	9,3	0,7	0,0	0,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	100	38,4	34,7	22,8	4,0	0,1
	2009	100	55,8	33,2	10,2	0,8	0,0
Brasil	1999	100	64,7	27,7	6,7	0,9	0,0
	2011	100	78,9	16,7	4,2	0,3	0,0
Chile	2000	100	78,5	20,1	1,3	0,1	0,0
	2011	100	93,9	5,3	0,5	0,3	0,0
Colombia	1999	100	62,2	23,4	11,7	2,6	0,1
	2011	100	71,4	22,1	5,3	1,1	0,2
Costa Rica	2002	100	81,8	14,2	3,4	0,6	0,0
	2011	100	93,3	6,1	0,6	0,0	0,0
Ecuador (urbano)	2002	100	86,4	10,0	3,0	0,6	0,0
	2011	100	92,5	6,8	0,7	0,0	0,0
Ecuador	2011	100	76,6	16,0	5,0	2,0	0,4
El Salvador	1999	100	57,7	26,5	11,9	3,6	0,4
	2010	100	74,0	19,3	5,8	0,9	0,1
Guatemala	1998	100	54,0	28,6	13,2	3,8	0,3
	2006	100	55,9	26,1	12,4	5,0	0,7
Honduras	1999	100	50,0	28,7	15,5	4,6	1,2
	2010	100	76,0	20,0	3,6	0,3	0,0
México	2000	100	63,9	26,4	8,6	1,2	0,0
	2010	100	83,6	13,3	2,5	0,6	0,0
Nicaragua	2001	100	57,5	23,9	13,5	4,5	0,5
	2005	100	59,7	27,4	9,4	3,0	0,5

⁴ Véase, por ejemplo, el índice de intensidad representado como A en la formulación de Alkire y Foster en el recuadro II.1.

⁵ Estos resultados son coincidentes con los presentados en el capítulo I.

Cuadro II.3 (conclusión)

País		Total	Una privación	Dos privaciones	Tres privaciones	Cuatro privaciones	Cinco privaciones
Paraguay	2000	100	77,9	17,5	3,6	0,8	0,2
	2011	100	84,8	11,8	3,4	0,0	0,0
Perú	1999	100	36,2	32,8	23,7	7,1	0,2
	2011	100	64,0	24,8	8,6	2,3	0,2
República Dominicana	2002	100	77,2	19,3	3,1	0,4	0,0
	2011	100	79,4	16,0	4,3	0,3	0,0
Uruguay (urbano)	1999	100	82,3	15,3	2,3	0,1	0,0
	2011	100	90,3	9,7	0,0	0,0	0,0
Uruguay	2011	100	90,5	9,5	0,0	0,0	0,0
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	100	67,6	24,1	7,4	0,8	0,1
	2011	100	70,6	25,3	3,9	0,1	0,0
América Latina (14 países) ^a	2000	100	58,8	27,3	11,2	2,5	0,1
	2011	100	72,1	20,5	6,0	1,3	0,1
América Latina (17 países) ^b	2011	100	72,6	20,2	5,8	1,3	0,1

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^b Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

Cuadro II.4

América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años pobres, según número de privaciones, alrededor de 2000 y 2011

(En porcentajes)

País		Total	Una privación	Dos privaciones	Tres privaciones	Cuatro privaciones	Cinco privaciones
Argentina (urbano)	1999	100	73,8	18,4	6,8	1,0	0,0
	2011	100	85,6	11,2	2,8	0,4	0,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	100	22,6	22,4	19,3	25,0	10,8
	2009	100	31,7	28,6	23,5	14,2	2,0
Brasil	1999	100	56,9	23,1	14,0	5,2	0,8
	2011	100	73,9	19,3	5,0	1,6	0,1
Chile	2000	100	50,8	23,6	17,3	7,5	0,8
	2011	100	77,2	17,7	4,3	0,8	0,0
Colombia	1999	100	45,9	23,3	16,9	11,0	3,0
	2011	100	57,1	23,7	12,3	5,3	1,6
Costa Rica	2002	100	63,8	19,2	10,2	5,4	1,4
	2011	100	74,5	18,2	5,4	1,6	0,3
Ecuador (urbano)	2002	100	42,2	28,2	17,5	10,0	2,0
	2011	100	70,6	21,6	6,7	1,0	0,0
Ecuador	2011	100	50,6	26,3	15,2	6,3	1,6
El Salvador	1999	100	43,0	22,3	19,7	11,9	3,2
	2010	100	60,2	23,3	10,8	4,8	0,9
Guatemala	1998	100	18,1	19,5	29,6	25,6	7,2
	2006	100	28,4	29,7	25,1	13,5	3,4
Honduras	1999	100	28,5	25,5	22,9	16,8	6,3
	2010	100	50,2	25,4	14,8	7,7	1,9
México	2000	100	40,6	26,0	19,8	10,9	2,6
	2010	100	63,1	24,4	9,0	3,0	0,4
Nicaragua	2001	100	27,6	27,5	24,1	15,8	5,1
	2005	100	28,3	29,4	21,8	16,0	4,5
Paraguay	2000	100	24,3	22,8	28,8	18,4	5,7
	2011	100	46,2	28,0	18,5	6,2	1,0
Perú	1999	100	20,7	23,8	20,6	25,4	9,5
	2011	100	44,5	26,7	18,6	8,0	2,2
República Dominicana	2002	100	37,0	36,5	17,8	7,2	1,6
	2011	100	48,9	33,9	12,4	4,1	0,6
Uruguay (urbano)	1999	100	65,1	25,2	8,2	1,5	0,0
	2011	100	84,3	12,7	3,1	0,0	0,0
Uruguay	2011	100	81,5	14,2	4,0	0,3	0,0
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	100	58,7	24,8	11,7	4,3	0,5
	2011	100	70,6	20,7	7,2	1,4	0,2
América Latina (14 países) ^a	2000	100	42,3	24,2	18,2	11,9	3,4
	2011	100	58,3	23,9	11,6	5,1	1,1
América Latina (17 países) ^b	2011	100	58,8	23,6	11,5	5,0	1,1

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^b Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

Recuadro II.1

La medición multidimensional de la pobreza infantil: identificación y agregación

La construcción de los índices de pobreza infantil según el enfoque multidimensional adoptado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Oficina Regional del UNICEF para América Latina y el Caribe supuso la operacionalización de las dimensiones descritas en el cuadro II.1 (nutrición, agua potable, saneamiento, vivienda, educación e información) a partir de la información disponible en las encuestas de hogares de los países, que presentan la ventaja habitual de ser representativas a nivel nacional (o de las zonas urbanas) y de incluir mediciones del ingreso de los hogares y, por consiguiente, de la pobreza con enfoque monetario.

El uso de dichas encuestas como fuente principal de medición de la pobreza infantil tiene una limitación importante: la falta de información sobre el estado nutricional de los niños. Para abordar este problema, se procedió a construir modelos logísticos para la estimación de la probabilidad de desnutrición (tanto insuficiencia ponderal como desnutrición crónica moderada-grave y grave) a partir de las Encuestas de Demografía y Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados. En dichos modelos se utilizaron variables predictoras (y los correspondientes niveles de medición) susceptibles de replicarse en las encuestas de hogares y posteriormente se reconstruyeron en estas últimas a fin de establecer una estimación individual de la probabilidad de desnutrición (véanse en detalle los modelos y las variables predictoras utilizadas en CEPAL/UNICEF, 2010).

Una vez operacionalizadas las dimensiones, se procedió a definir umbrales que determinan los niveles de las privaciones (véase el cuadro II.1), lo que da origen a tres situaciones por dimensión: privación grave, privación moderada y sin privación. Estos umbrales se basaron en la noción de “sucesión de la privación”, planteada por Gordon (2006), que sirvió como base del estudio global de pobreza infantil (UNICEF, 2005).

La identificación de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza extrema y pobreza total se efectuó a partir del enfoque

de unión: un niño está en situación de pobreza extrema si presenta una privación grave en al menos una de las dimensiones; un niño está en situación de pobreza si tiene al menos una privación moderada (véase el cuadro II.1 para la definición de los umbrales). Debido a esto, el proceso de identificación de los niños pobres y extremadamente pobres es independiente del peso que se pueda asignar a las dimensiones.

La CEPAL y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) definieron el peso de cada dimensión en función del nivel de generalización de cada una de las privaciones entre los niños: cuanto menos extendida sea esa privación en cada país, mayor es la relevancia (peso) que adquiere en tanto exclusión del ejercicio del derecho infantil correspondiente. Operativamente, el peso de cada dimensión se definió, por tanto, como el complemento de la proporción de niños privados (dividido por la suma de todos los complementos). Este procedimiento se efectuó tanto para privaciones graves como para privaciones moderadas (incluidas las graves). Puesto que el peso de las dimensiones no es relevante en el proceso de identificación debido al uso del enfoque de unión, su relevancia se circunscribe al proceso de agregación, reflejando mayor intensidad, profundidad y severidad en la pobreza cuando una privación afecta a un grupo reducido de niños.

Para el proceso de agregación de la pobreza y extrema pobreza infantil se pueden utilizar alternativamente al menos dos procedimientos matemáticos: la formulación de Bourguignon y Chakravarty (2003) y la formulación de Alkire y Foster (2009) (véase el recuadro I.5 del capítulo I para mayor detalle de la última formulación). Si bien la segunda admite la identificación y agregación de la pobreza multidimensional con más de una dimensión y la primera solo admite el enfoque de unión, ambas son equivalentes en los indicadores principales si se adoptan las decisiones metodológicas antes planteadas.

Formulaciones de índices de agregación multidimensionales usuales que admiten el enfoque de unión

Bourguignon y Chakravarty (2003)

$$P_{\alpha}^o(X; z) = \frac{1}{n} \sum_{i \in S_j} \left(\sum_{j=1}^m a_j \cdot \text{MAX} \left(1 - \frac{x_j}{z_j}; 0 \right) \right)^{\alpha} / \alpha$$

Alkire y Foster (2009)

$$M_{\alpha} = \mu \left(g^{\alpha}(k) \right) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^d w_i \cdot g_{ij}^{\alpha}(k) \left(1 - \frac{x_{ij}}{z_i} \right)}{nd}$$

Donde $\alpha=0$ da origen al índice de recuento (tasa de pobreza o extrema pobreza: H o P_0), $\alpha=1$ al índice de profundidad (P_1) y $\alpha=2$ al índice de severidad de la pobreza (P_2).

Donde $\alpha=0$ da origen al índice de recuento ajustado (M_0), $\alpha=1$ al índice de profundidad ajustada (M_1) y $\alpha=2$ al índice de severidad ajustada (M_2) (no es el nombre original dado por los autores). El índice usual de recuento (H) se obtiene por descomposición de M_0 . K es el número de dimensiones cuya privación simultánea identifica a los pobres.

Similitudes y diferencias entre ambas formulaciones en el cálculo de la pobreza infantil total

Formulación	Índice	Ejemplo de equivalencias de índices en...				
		Chile 2011	Colombia 2011	Ecuador 2011	México 2010	Perú 2011
Bourguignon y Chakravarty (2003)	Índice de recuento (H= P_0)	0,15661	0,36082	0,40662	0,37563	0,62609
	Índice de profundidad (P_1)	0,01329	0,04313	0,04974	0,03922	0,07721
	Cociente de brecha (profundidad calculada solo entre pobres)	0,08487	0,11953	0,12232	0,10441	0,12332
	Índice de severidad (P_2)	0,00152	0,00807	0,00918	0,00598	0,01525
Alkire y Foster (2009)	Índice de recuento (H)	0,15661	0,36082	0,40662	0,37563	0,62609
	Promedio (ponderado) de privaciones entre los pobres (A)	0,21075	0,26783	0,28775	0,24232	0,26563
	Índice de recuento ajustado ($M_0 = H * A$)	0,03301	0,09664	0,11701	0,09102	0,16631
	Brecha promedio de la pobreza—solo dimensiones con privación—(G)	0,40272	0,44629	0,42509	0,43088	0,46426
	Índice de profundidad ajustado ($M_1 = H * A * G$)	0,01329	0,04313	0,04974	0,03922	0,07721
	Cociente de brecha —entre los pobres— (A * G)	0,08487	0,11953	0,12232	0,10441	0,12332
	Índice de severidad promedio —solo dimensiones con privación— (S)	0,18050	0,22407	0,20287	0,20866	0,24203
	Índice de severidad ajustada ($M_2 = H * A * S$)	0,00596	0,02165	0,02374	0,01899	0,04025

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; F. Bourguignon y S. R. Chakravarty, “The measurement of multidimensional poverty”, *Journal of Economic Inequality*, vol. 1, N° 1, abril de 2003; y S. Alkire y J. Foster, “Counting and multidimensional poverty measurement”, *Working Paper*, N° 32, Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano (OPHI), diciembre de 2009; CEPAL/UNICEF, “Guía para estimar la pobreza infantil”, 2012 [en línea] <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/>.

Recuadro II.1 (conclusión)

Como se aprecia en el cuadro comparativo, ambos índices de recuento coinciden, lo mismo que los índices de profundidad (P_1 y M_1) y los cocientes de brecha entre los pobres. Cabe señalar que solo los índices P_1 , P_2 , M_1 y M_2 cumplen con los principios axiomáticos de las medidas de pobreza (axioma focal, monotonicidad, monotonicidad en subgrupos, de transferencia, entre otros). Para los índices calculados en los ejemplos anteriores (con las opciones metodológicas señaladas), la principal diferencia está en el modo de cálculo de la severidad de la pobreza: mientras el índice de Bourguignon y Chakravarty eleva al cuadrado la suma de distancias entre privaciones y umbrales, el índice de Alkire y Foster eleva cada distancia y luego las suma.

En el estudio de la pobreza infantil en América Latina y el Caribe de 2010 (CEPAL/UNICEF, 2010) se optó explícitamente por la formulación de Bourguignon y Chakravarty debido a su similitud con el extendido índice de agregación de la pobreza monetaria conocido como índice FGT (Foster, Greer y Thorbecke, 1984) y, en este sentido, su mayor facilidad de difusión al llevar a cabo actividades de asistencia técnica y talleres de capacitación breves en los países. En CEPAL/UNICEF (2010) y (2012a) es posible obtener más detalles sobre los diversos pasos en la identificación y agregación de la pobreza infantil, el significado y el cálculo de los distintos componentes de las fórmulas de

Bourguignon y Chakravarty y Alkire y Foster, así como sus similitudes y diferencias.

Finalmente, cabe consignar que la definición de dos umbrales de privación por dimensión implica una decisión metodológica compleja: si dos niños tienen una privación (y, por tanto, son pobres), pero el primero vive en situación de privación moderada y el segundo vive en situación de privación severa, su cociente de brecha en dicha dimensión (distancia al umbral) debe ser diferente. Esto significa que, en el cálculo de la pobreza total, es necesario capturar distancias diferentes si la privación es moderada o severa. Esto se realizó mediante la asignación de un puntaje de 1 a la privación severa, 2 a la moderada y 3 a la no privación (el valor 0 se reservó para representar la situación de privación extrema, no susceptible de ser medida con las encuestas convencionales). Sin embargo, las distancias que representan dichos puntajes son métricas, en tanto que las tres situaciones descritas (privación severa, privación moderada y no privación) implican un ordenamiento ordinal (no es posible establecer las distancias reales). Por dicho motivo, los índices de profundidad y severidad de la pobreza total, si bien permiten establecer diferencias entre distintos grupos de niños en situación de pobreza, solo deben considerarse ilustrativos de la gravedad de dicha situación en esos grupos.

Fuente: Alkire, Sabina y James Foster, "Counting and multidimensional poverty measurement", *Working Paper*, N° 32, Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano (OPHI), diciembre de 2009; F. Bourguignon y S. R. Chakravarty, "The measurement of multidimensional poverty", *Journal of Economic Inequality*, vol. 1, N° 1, abril de 2003; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "Pobreza infantil en América Latina y el Caribe" (LC/R.2168). Santiago de Chile, 2010; CEPAL/UNICEF, "Guía para estimar la pobreza infantil", 2012 [en línea] <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/>; E. Espíndola y M.N. Rico, "Child poverty in Latin America: multiple deprivation and monetary measures combined", *Global Child Poverty and Well-being. Measurement, concepts, policy and action*, Alberto Minujín y Sailen Nandy, The Policy Press, Bristol, 2012; D. Gordon, David, "Cómo monitorear el derecho a la salud", *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud*, Lima, Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud (EDHUCASALUD)/Federación Internacional de Organizaciones de Derechos Humanos y Salud (IFHHRO); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia, 2005*, Nueva York, 2005.

1. Evolución de la pobreza infantil en el período 2000-2011

Si bien en los últimos años en varios países de la región se ha avanzado mucho en el análisis de la pobreza infantil, sus determinantes y los distintos abordajes para medirla (Tuñón, 2012; CONEVAL/UNICEF, 2013), hasta el momento no ha sido frecuente la mirada en el tiempo. Esta perspectiva es fundamental para poder valorar la progresividad en el cumplimiento de los derechos y los esfuerzos que están realizando los países en esa dirección. Ello se ve favorecido por las modificaciones realizadas a los instrumentos de recolección de información de los países, en particular a las encuestas de hogares, principal fuente de estimación de la pobreza infantil, y plantea un doble desafío: realizar una comparación en el tiempo que entregue información para evaluar las transformaciones que se han producido en las distintas dimensiones de la pobreza infantil e impulsar la mejora de las encuestas. Esto es crucial, por ejemplo, respecto de preguntas referidas al acceso a información de los hogares y las personas, en un mundo donde es tan relevante el acceso a las tecnologías de la comunicación.

Durante el período considerado, y de acuerdo con las encuestas de hogares más cercanas a los años estipulados (2000-2011), se registra una situación auspiciosa en la medida en que todos los países de América Latina estudiados anotan un descenso en el porcentaje de menores de 18 años privados en algunos de los derechos básicos (pobreza total). En la región (14 países comparables en el tiempo a nivel nacional), la reducción de la pobreza infantil total fue de poco más de 14 puntos porcentuales en el período, ya que pasó del 55,3% de los niños alrededor de 2000 al 41,2% cerca de 2011. El descenso más importante se observa en el Perú, que entre 1999 y 2011 redujo el porcentaje de niños que viven en situación de pobreza casi 25 puntos porcentuales, pese a lo cual, en 2011 el 62,6% de los menores de 18 años de este país era pobre. La menor baja en el índice de pobreza infantil total se presenta en la Argentina (zonas urbanas), con poco menos de 5 puntos porcentuales entre los mismos años, pero solo con el 24,3% de los niños con alguna privación⁶. En torno a 2011, a pesar de que también se verifican bajas, el país con mayor

⁶ Cabe destacar que en la Argentina no están disponibles los indicadores de información, lo que resulta en menores niveles de pobreza infantil, pero también en avances menos significativos en su reducción.

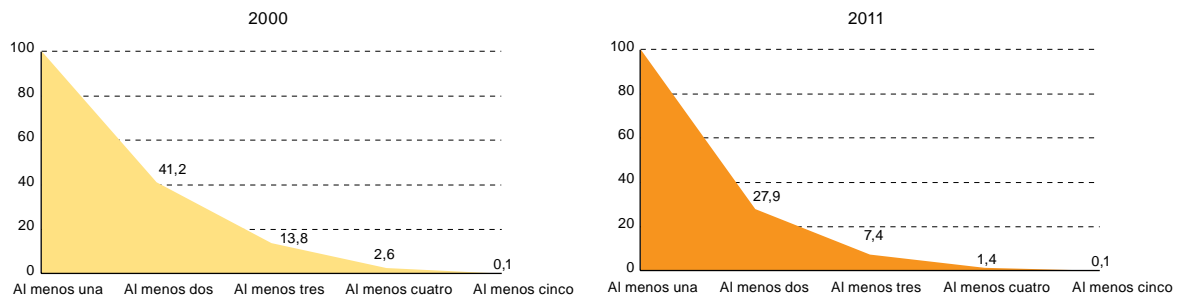
porcentaje de niños, niñas y adolescentes privados de forma moderada o grave era Guatemala (2006), con casi un 80%. En una situación también grave se encuentran los niños de El Salvador (incidencia de pobreza de casi un 79% en 2010), Nicaragua (2005) con el 78,6% y Bolivia (Estado Plurinacional de) (2009) con un 71,4%⁷. En contraste, los países que registran un menor porcentaje de niños, niñas o adolescentes en situación de pobreza total en 2011 son Chile con un 15,7% y el Uruguay con un 17,4% (véase el cuadro II.2).

En el gráfico II.2 se ilustra la distribución del número de privaciones moderadas (incluidas las graves) y graves en el conjunto de la región y su cambio en el tiempo (véanse los cuadros II.3 y II.4 para conocer el detalle por países). En el cuadro II.4 se observa que en 14 países, el porcentaje de la infancia pobre con una sola privación aumenta del 42,3% al 58,3%, al tiempo que la proporción de este grupo con múltiples privaciones (dos o más) disminuye considerablemente (de casi el 58% al 42%). Por otra parte, el porcentaje de la infancia pobre con varias privaciones (tres o más) disminuyó del 33,5% al 17,8% y el porcentaje de niños, niñas y jóvenes con muchas privaciones (exactamente cinco) se redujo del 3,4% al 1,1%. Esto da cuenta no solo del avance en términos de la reducción del porcentaje de niños afectados con alguna privación, sino también de la disminución de la intensidad de la pobreza entre los niños pobres.

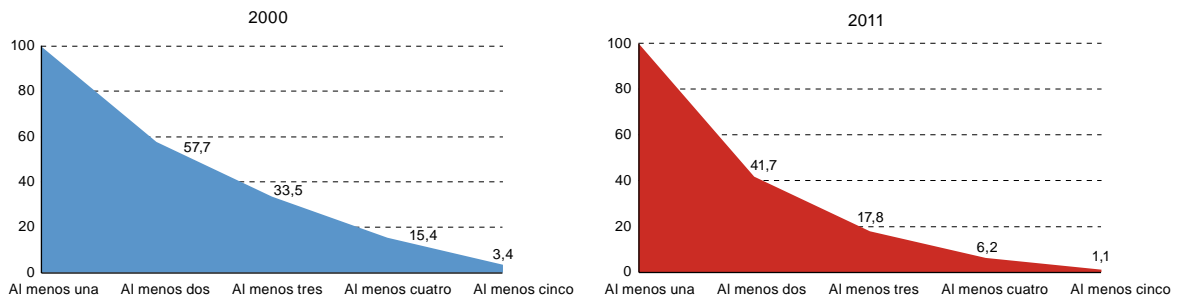
Gráfico II.2

América Latina (14 países): cambios en la distribución acumulada del número total de privaciones y del número de privaciones graves, 2000 y 2011^a
(En porcentajes)

A. Distribución acumulada del número de privaciones graves entre los niños extremadamente pobres



B. Distribución acumulada del número total de privaciones entre los niños pobres^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 En los gráficos se presentan las privaciones en forma acumulada. Por ejemplo, el porcentaje de niños que tienen al menos tres privaciones incluye a los niños que tienen cuatro o cinco privaciones. Los valores iniciales son equivalentes al 100% (niños con al menos una privación), ya que las distribuciones se calcularon en el universo de niños pobres o extremadamente pobres, según el caso.

^b Incluye niños, niñas y adolescentes en extrema pobreza.

⁷ Varios países de la región están elaborando mediciones multidimensionales de la pobreza en general y de la pobreza infantil en particular. A diferencia de las mediciones nacionales, más adaptadas a las condiciones específicas y los objetivos de política pública de los Estados, las mediciones internacionales buscan la comparabilidad entre países y en el tiempo, motivo por el cual pueden diferir de las primeras.

Al observar el comportamiento de la pobreza infantil extrema (véase el cuadro II.2), se puede apreciar que a nivel regional (14 países) esta disminuyó (del 27,2% al 16,7%) y que todos los países registran un descenso en el porcentaje de menores de 18 años privados de forma grave de algunos de estos derechos. Al igual que la pobreza infantil total, la pobreza extrema disminuyó más de 10 puntos porcentuales en una década. Proporcionalmente, la baja de la pobreza extrema es un logro mayor, ya que representa una reducción de casi un 40% en comparación con un descenso de un cuarto en la pobreza infantil total.

El descenso más importante de población infantil en esta condición se observó en Honduras, que entre 1999 y 2010 bajó 28 puntos porcentuales la pobreza infantil extrema, para situarla en un 22% de los niños menores de 18 años. Le siguieron la República Dominicana con una reducción de 21 puntos porcentuales (un 7% en 2011) y El Salvador (con un 28,1% de niños extremadamente pobres en 2010). Los menores descensos los presentan Costa Rica (2,2%), Venezuela (República Bolivariana de) (2,4%), el Uruguay (3,5%) y la Argentina (3,9%), en ese orden, en parte debido a que en 2000 ya registraban bajos niveles de extrema pobreza en la infancia (véase el cuadro II.2).

Por otra parte, la intensidad de la extrema pobreza ha disminuido significativamente, de la misma manera que ocurrió con la pobreza total entre los niños. Mientras que en la década de 2000, el 41,2% del total de niños, niñas y adolescentes en extrema pobreza tenía más de una privación severa en un derecho básico y un 13,8% tenía privaciones en tres o más derechos, en torno a 2011 la situación mejoró sustancialmente. Esto no solo se debe a una notoria reducción en los niveles de extrema pobreza en la infancia, sino también al descenso de la proporción de niños extremadamente pobres con más de una privación grave (en 2011, solo el 27,9% de los niños extremadamente pobres tenía dos o más privaciones severas) (véase el gráfico II.2.A). A nivel regional, durante el período considerado también descendió de manera notoria la intensidad de la pobreza infantil total. Los descensos más importantes se verificaron entre los niños, las niñas y los adolescentes que tenían al menos dos y al menos tres privaciones en 2000 (en ambos casos más de 15 puntos porcentuales). Si bien el descenso entre los niños con al menos cinco privaciones, que se encontrarían en una situación muy dramática de violación de sus derechos, es muy inferior, del 3,4% en 2000 al 1,1% en 2011 en el caso de la pobreza infantil total (véase el gráfico II.4.B), esto indica un balance positivo para la década en la situación de pobreza multidimensional en la infancia, puesto que no solo se reduce su incidencia, sino que también disminuye el porcentaje de niños, niñas y adolescentes con mayor cantidad de privaciones, lo que además tiene implicancias de política en la medida en que las intervenciones se deberían concentrar en un menor número de dimensiones.

2. Evolución de las privaciones en América Latina

Así como se observó que la composición de la pobreza multidimensional en la infancia se modificó entre 2000 y 2011, tanto en lo referido a la reducción de los niveles de pobreza y extrema pobreza como en cuanto a su intensidad (medida en número de privaciones), es importante considerar la evolución de cada una de las dimensiones y, de este modo, analizar cómo se han ido cerrando las brechas de cumplimiento de cada uno de los derechos constitutivos de la pobreza infantil.

a) Privaciones en la calidad de la vivienda

Se considera que los menores de 18 años que habitan en viviendas sin techo o con techo de paja, o construidas con material de desecho, o donde viven cinco o más personas por habitación, sufren una privación grave en vivienda para la medición de pobreza infantil. Los niños privados de forma moderada son aquellos cuyas viviendas tienen paredes de paja o palma, o piso de tierra, o donde viven tres o más personas por habitación. En 2011, la dimensión de vivienda es la que registra el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes con privaciones moderadas o graves respecto del resto de las dimensiones que componen la pobreza infantil en la mayoría de los países analizados, con la excepción del Brasil, Costa Rica y la República Dominicana, que registran mayor porcentaje de privaciones en el ámbito del saneamiento⁸.

⁸ En la encuesta nacional de hogares del Brasil (PNAD) no se registra el material del piso de la vivienda, por lo que la pobreza infantil puede estar subestimada en esta comparación regional.

De los 16 países con información a nivel nacional en 2011, 5 (Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Nicaragua y el Perú) presentan más del 10% de niños, niñas y adolescentes con privaciones severas en este derecho. Los países que en 2011 mostraban una proporción de niños privados en forma severa en esta dimensión menor al 3% eran el Brasil, Chile, Costa Rica, la República Dominicana y el Uruguay (véase el cuadro II.5).

Todos los países muestran un descenso en el porcentaje de niños, niñas y adolescentes privados en forma moderada o grave en esta dimensión. Los países que registraron mayores reducciones —sobre 10 puntos porcentuales— fueron Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador (zonas urbanas), El Salvador, México, Nicaragua y el Paraguay. También se registró una baja significativa en las privaciones moderadas o graves en vivienda en Honduras. Cabe notar que en todos estos países el nivel de privación al iniciar el nuevo milenio era del 30% o más, y en la mayoría superaba el 50% (véase el cuadro II.6).

En Centroamérica se concentran los países que mantienen altos niveles de privación moderada o grave en este ámbito: El Salvador, Guatemala y Nicaragua (todos con una incidencia actual del 60%). A ellos les siguen Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú (con un 51% y un 53%, respectivamente).

En el caso de los menores de 18 años que habitan en lugares con condiciones graves de privación, se observa un descenso en la mayoría de los países, excepto en la Argentina (zonas urbanas), Chile y Venezuela (República Bolivariana de), que muestran un leve aumento no estadísticamente significativo. Las bajas más significativas se registraron en El Salvador y Nicaragua (más de 13 puntos porcentuales), seguidos de México (más de 11 puntos porcentuales).

b) Privaciones en el saneamiento

Los menores de 18 años que no tienen servicio sanitario en las viviendas o predios que habitan, y que por ello utilizan lugares abiertos, son considerados con privación grave en saneamiento. Los privados de forma moderada son los que disponen de una letrina o un pozo negro sin conexión a un desagüe. De los 16 países con información a nivel nacional en 2011, 12 tienen más del 10% de niños, niñas y adolescentes con algún nivel de privación asociado a servicios sanitarios (véase el gráfico II.3). Respecto del total de los niños, niñas y adolescentes privados en saneamiento, todos los países muestran un descenso entre 2000 y 2011 (véase el cuadro II.6). Es destacable que varios países han logrado bajas muy significativas en esta dimensión: en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Guatemala, Honduras, México, el Paraguay, el Perú y la República Dominicana, los descensos fueron de 10 puntos porcentuales o más. El menor descenso se registró en Nicaragua (solo 2,9 puntos porcentuales de 2001 a 2005, para alcanzar a poco más del 50% de los niños con privaciones en saneamiento). Cabe señalar que otros países registraron descensos porcentuales bajos, pero parten de niveles de privación mucho más acotados, por lo que dichas reducciones siguen siendo significativas (un ejemplo es el caso de Costa Rica).

Por su parte, el país con mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes con privaciones moderadas o graves en esta dimensión es Guatemala, que en 2006 presentaba el 56,3% de la población menor de 18 años en esta situación. En contraste, los países que registran a nivel nacional un menor porcentaje de niños, niñas y adolescentes con privaciones moderadas o graves en esta dimensión son Chile (3,5%) y el Uruguay (2,6%).

A nivel regional, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes con privaciones severas en saneamiento en 2011 es del 7,8%, una cifra significativamente inferior a la del 14,5% registrada en 2000 (la baja ronda los 7 puntos porcentuales). También se observa un descenso importante en todos los países. La reducción más notoria ocurrió en Bolivia (Estado Plurinacional de) (15,2 puntos porcentuales), seguido del Perú (13,8%) y de Honduras, El Salvador y el Brasil (en ese orden).

Cuadro II.5
América Latina (17 países): evolución de las privaciones graves en distintas dimensiones constitutivas de la extrema pobreza en la infancia, alrededor de 2000 y 2011
(En porcentajes)

País		Acceso a agua potable	Acceso a saneamiento	Calidad de la vivienda	Acceso a educación	Acceso a información
Argentina (urbano)	1999	2,0	5,6	5,7	0,2	...
	2011	0,9	1,2	5,8	0,1	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	38,4	38,2	17,6	1,1	12,0
	2009	31,4	23,0	13,9	0,2	3,4
Brasil	1999	7,0	17,0	2,8	1,2	2,2
	2011	2,9	9,1	1,5	0,6	0,5
Chile	2000	6,7	3,3	0,2	0,2	1,8
	2011	2,9	0,5	0,4	0,2	0,2
Colombia	1999	7,2	10,6	7,3	1,8	6,8
	2011	6,1	7,8	4,0	0,6	1,6
Costa Rica	2002	4,8	1,6	2,7	0,8	1,2
	2011	5,0	0,6	1,0	0,3	0,3
Ecuador (urbano)	2002	0,7	2,8	11,5	0,7	0,7
	2011	0,5	0,7	2,5	0,2	0,1
Ecuador	2011	7,8	5,3	4,5	0,3	1,5
El Salvador	1999	12,2	12,9	33,9	3,0	10,0
	2010	7,7	4,9	20,8	1,1	2,6
Guatemala	1998	14,2	16,4	42,0	7,5	11,0
	2006	9,7	11,3	36,0	4,4	16,5
Honduras	1999	13,5	18,8	14,8	4,3	36,9
	2010	6,5	10,6	7,3	1,3	2,0
México	2000	8,3	11,0	15,0	1,2	2,1
	2010	6,7	4,4	3,8	0,7	0,7
Nicaragua	2001	12,9	17,2	37,6	5,9	12,3
	2005	15,4	13,3	24,1	4,6	8,6
Paraguay	2000	3,4	6,8	18,5	1,5	7,2
	2011	2,1	2,1	6,9	0,3	0,3
Perú	1999	23,0	26,4	12,7	0,6	34,4
	2011	18,6	12,6	12,5	0,2	1,8
República Dominicana	2002	25,5	3,5	2,6	1,2	2,7
	2011	1,1	3,6	1,5	1,2	1,4
Uruguay (urbano)	1999	0,7	1,0	5,5	0,3	0,5
	2011	0,0	1,4	1,7	0,1	0,2
Uruguay	2011	0,2	1,6	1,7	0,1	0,2
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	5,2	8,6	8,4	1,2	0,8
	2011	3,7	6,8	8,5	0,6	0,04
América Latina (14 países)^a	2000	9,9	14,5	10,2	1,6	6,2
	2011	6,5	7,8	5,8	0,8	1,6
América Latina (17 países)^b	2011	6,2	7,5	5,8	0,8	1,5

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^b Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

Cuadro II.6
América Latina (17 países): evolución de las privaciones moderadas (incluidas las graves) en distintas dimensiones constitutivas de la pobreza en la infancia, alrededor de 2000 y 2011
(En porcentajes)

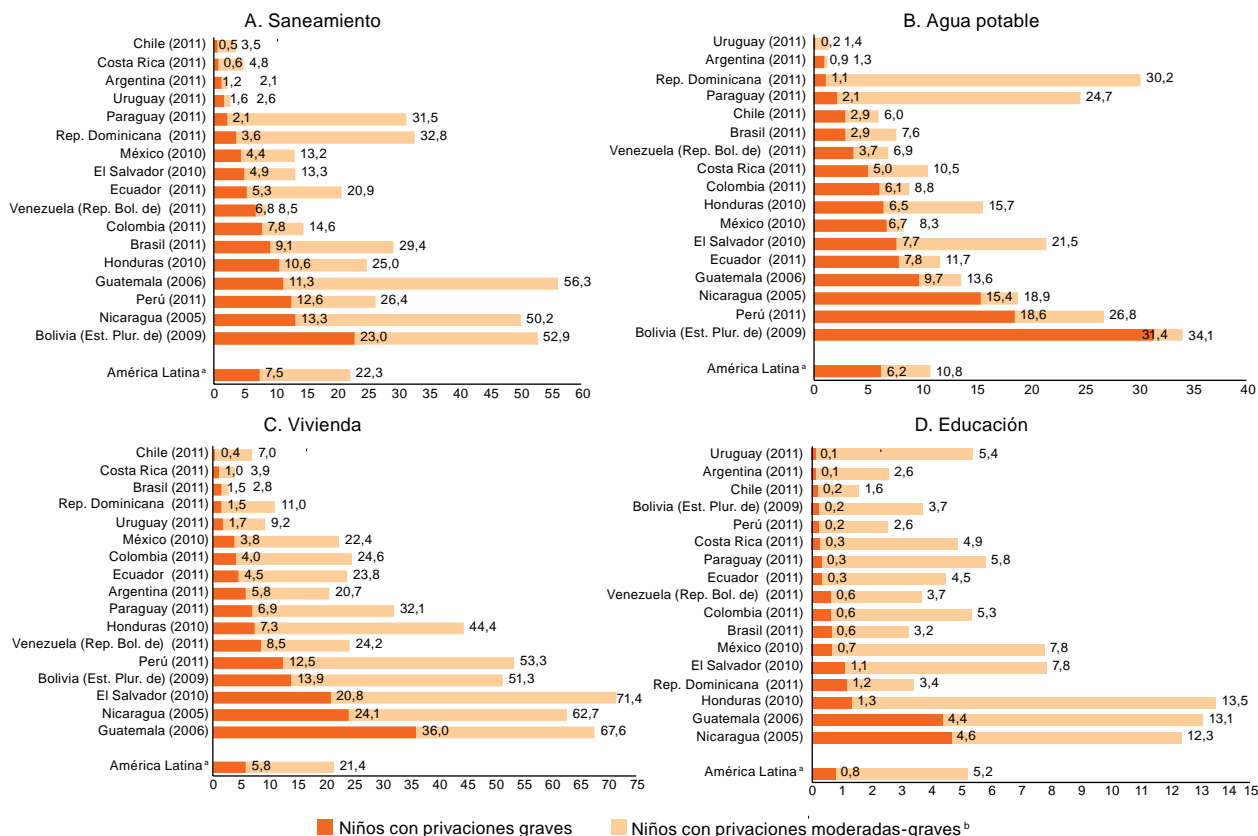
País		Acceso a agua potable	Acceso a saneamiento	Calidad de la vivienda	Acceso a educación	Acceso a información
Argentina (urbano)	1999	2,0	8,0	22,9	3,5	...
	2011	1,3	2,1	20,7	2,6	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	38,5	65,2	77,6	31,7	34,9
	2009	34,1	52,9	51,3	3,7	12,3
Brasil	1999	15,2	43,6	5,4	5,4	9,5
	2011	7,6	29,4	2,8	3,2	1,4
Chile	2000	9,9	13,7	12,1	2,5	12,9
	2011	6,0	3,5	7,0	1,6	1,7
Colombia	1999	7,8	20,2	31,9	9,5	21,1
	2011	8,8	14,6	24,6	5,3	4,9
Costa Rica	2002	9,4	8,4	9,3	8,2	8,2
	2011	10,5	4,8	3,9	4,9	1,0
Ecuador (urbano)	2002	8,4	20,6	30,0	6,5	57,4
	2011	3,9	5,2	14,1	3,0	1,9
Ecuador	2011	11,7	20,9	23,8	4,5	7,9
El Salvador	1999	35,8	18,6	82,1	10,8	30,3
	2010	21,5	13,3	71,4	7,8	10,4
Guatemala	1998	22,0	68,7	74,3	17,5	46,7
	2006	13,6	56,3	67,6	13,1	22,7
Honduras	1999	15,8	51,1	54,0	17,1	37,5
	2010	15,7	25,0	44,4	13,5	12,9
México	2000	18,2	29,2	37,6	9,5	10,2
	2010	8,3	13,2	22,4	7,8	4,1
Nicaragua	2001	17,7	53,1	73,4	13,0	44,6
	2005	18,9	50,2	62,7	12,3	38,4
Paraguay	2000	40,1	53,3	48,1	8,6	18,6
	2011	24,7	31,5	32,1	5,8	3,4
Perú	1999	36,7	47,2	63,6	6,2	82,9
	2011	26,8	26,4	53,3	2,6	9,4
República Dominicana	2002	41,6	46,2	14,0	3,7	10,0
	2011	30,2	32,8	11,0	3,4	4,4
Uruguay (urbano)	1999	2,5	11,2	12,5	5,8	2,4
	2011	0,3	2,2	9,1	5,0	0,4
Uruguay	2011	1,4	2,6	9,2	5,4	0,8
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	8,6	15,1	30,3	7,0	8,8
	2011	6,9	8,5	24,2	3,7	1,3
América Latina (14 países)^a	2000	18,2	36,7	29,2	8,3	19,1
	2011	11,2	23,3	21,4	5,3	5,0
América Latina (17 países)^b	2011	10,8	22,3	21,4	5,2	4,9

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^b Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

Gráfico II.3
América Latina (17 países): privaciones moderadas (incluidas las graves) y graves en distintas dimensiones constitutivas de pobreza en la infancia, alrededor de 2011
(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 de 17 países (incluye las zonas urbanas de la Argentina).

^b La incidencia de las privaciones moderadas-graves incluye la incidencia de las privaciones graves.

c) Privaciones en el acceso a agua potable

La privación en el acceso a agua potable se entiende como la privación del “derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para su uso personal y doméstico”⁹. Igualmente, se asume que el acceso a agua potable es una condición para la realización del derecho a la vida, a la alimentación, a la salud y a la vivienda¹⁰. Por lo mismo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio se pone énfasis en esta materia y se propone reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible a agua potable (séptimo ODM, meta 7C).

Los menores de 18 años que no tienen acceso a agua potable y que beben agua proveniente de fuentes naturales (arroyos, ríos, lagunas y lluvia), o que para acceder a una fuente de agua potable de cualquier tipo demoran más de 15 minutos, son considerados con privación grave en la dimensión de acceso a agua potable. Los privados de forma moderada son aquellos que acceden a agua de acarreo (fuera de la vivienda)¹¹.

La dimensión de acceso a agua potable es la que registra el tercer mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes privados moderados o graves en América Latina. Alrededor de 2011, a nivel regional (17 países), un 10,8% de los niños están privados en forma moderada o grave y un 6,2% están privados gravemente del acceso a agua potable.

⁹ “El derecho al agua”, Observación General, N° 15 artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁰ En julio de 2010, las Naciones Unidas declararon el derecho al agua potable y al saneamiento como un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos (CEPAL/UNICEF, 2012b).

¹¹ En caso de registrarse el uso de agua embotellada para beber, se considera privación moderada si esta se combina con el uso de fuentes naturales de agua para otros fines (Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento).

De los 16 países con información nacional, 10 (Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, el Paraguay, el Perú y la República Dominicana) presentan más del 10% de niños, niñas o adolescentes con algún tipo de privación asociada a este servicio y 3 (Bolivia (Estado Plurinacional de), Nicaragua y el Perú) tienen dicho nivel de incidencia tomando en cuenta solo las privaciones de carácter grave (véanse los cuadros II.5 y II.6).

Respecto del total de niños, niñas y adolescentes privados en esta dimensión (de forma moderada o grave), la gran mayoría de los países muestran una mejoría, con las excepciones de Colombia, Costa Rica y Nicaragua, que habrían registrado un leve incremento (en torno al 1%). Las bajas más importantes se observaron en el Paraguay, El Salvador, la República Dominicana, México y el Perú, en ese orden, con disminuciones de entre 10 puntos porcentuales y 15 puntos porcentuales en el período 2000-2011.

Por otra parte, los países con mayor porcentaje de población infantil con privaciones moderadas o graves son Bolivia (Estado Plurinacional de), el Perú y Nicaragua, con incidencias superiores al 15%. En contraste, los países con menores porcentajes de niños, niñas o adolescentes con algún tipo de privación en acceso a agua potable son el Uruguay y la Argentina, con menos del 1% de niños en esa situación (véase el gráfico II.3).

En el caso de los menores de 18 años que no tienen acceso a agua potable (privación grave), hubo un descenso en la mayoría de los países, salvo Nicaragua (del 12,9% en 2001 al 15,4% en 2005). Las bajas más significativas se registraron en República Dominicana (24 puntos porcentuales) y Bolivia (Estado Plurinacional de) y Honduras (7 puntos porcentuales). Pese a las disminuciones registradas en la década, en algunos países todavía persisten altos niveles de privación grave en acceso a agua potable, sobre todo en la región andina: Bolivia (Estado Plurinacional de) presenta el 31,4% de los niños con privación grave en 2009 y el Perú tiene un 18,6% de los niños en la misma situación en 2011.

d) Privaciones en la educación

Los menores de 18 años en edad escolar y que no han ingresado al sistema educativo son considerados con privación grave en la dimensión de educación. Los privados de forma moderada son aquellos que no asistían al sistema escolar al momento de la medición y no tenían educación secundaria completa, pero habían asistido a la escuela en algún momento. La dimensión de educación es una de las que tiene menor porcentaje de niños, niñas y adolescentes privados moderados o graves respecto del resto de las dimensiones que componen la pobreza infantil¹². A nivel regional, en 2011, el 5,2% de los niños menores de 18 años ven violado su derecho a la educación de manera moderada o grave (nunca fueron a la escuela o desertaron) y solo el 0,8% sufre privación de manera grave. De esto se concluye que prácticamente toda la infancia tiene acceso a la educación formal básica (véase el cuadro II.6).

De los 16 países con información nacional, solo 3 —Guatemala (un 13,1% en 2006), Honduras (un 13,5% en 2010) y Nicaragua (un 12,3% en 2005)— registran más del 10% de niños, niñas y adolescentes con privaciones moderadas o graves asociadas a la educación, en tanto que solo 2 países (Nicaragua y Guatemala) registraron niveles de privación grave iguales o superiores al 4% en la última medición (véase el gráfico II.3).

Todos los países de la región registran bajas respecto del total de niños, niñas y adolescentes privados en esta dimensión de forma moderada o grave. El avance más importante se observó en el Estado Plurinacional de Bolivia, que en 10 años habría reducido las privaciones en este ámbito de casi un 32% en 1999 a casi un 4% en 2009, principalmente por el descenso de los niveles de deserción escolar. En los restantes países, las disminuciones no superaron los 4 puntos porcentuales, aunque los niveles de privación cerca de 2000 ya eran bajos.

e) Privaciones en la información

Los menores de 18 años que habitan en viviendas donde no hay electricidad o que no tienen en el hogar algún bien que permita la comunicación (televisión, radio o teléfono, ya sea fijo o móvil, de manera simultánea) son considerados con privación grave en la dimensión de acceso a la información. Los privados de forma moderada son aquellos que tienen en su hogar solo uno de los conjuntos de medios de comunicación (radio o televisión, o algún

¹² Cabe destacar que este indicador se mide entre los niños de más de 6 o 7 años, dependiendo del sistema educativo del país, ya que la educación preescolar aún no es obligatoria en la región y por lo general no se mide el acceso a este nivel de enseñanza.

tipo de teléfono). Esta dimensión tiene muchas particularidades de acuerdo con el país y es la que ha sufrido más modificaciones en las mediciones, ya que los mercados de las comunicaciones han avanzado vertiginosamente y su cobertura se ha extendido con gran rapidez. En muchos casos, las diferencias de un año a otro son producto de que se ha incorporado o eliminado el registro de diversos bienes de información o comunicación del hogar. Este es el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de) y Honduras, donde los cambios no se deben a la magnitud de las privaciones, sino a las transformaciones en la estimación de la dimensión, o de la Argentina, donde no hay posibilidad de medir esta dimensión.

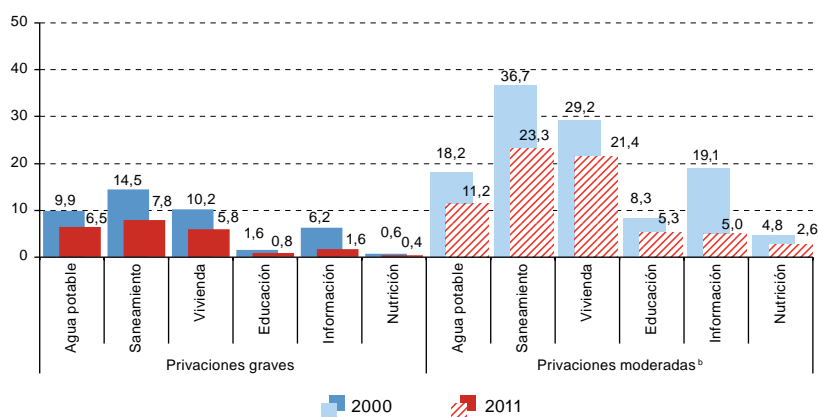
Pese a esto, es posible afirmar que existe una clara tendencia a la disminución en el nivel de privaciones en el área de la información (véanse los cuadros II.5 y II.6). Al iniciarse el nuevo milenio, alrededor del 19% de los niños, las niñas y los adolescentes de la región se veían privados en alguna medida en esta dimensión. Esta situación cambió radicalmente, en parte por la relativa masificación del acceso a las telecomunicaciones y los bienes asociados (sobre todo el acceso a la telefonía móvil), y alrededor de 2011 solo el 5% de los niños tenían acceso restringido a la información (privación moderada o grave) en los 14 países que se pueden comparar en el tiempo a nivel nacional. De modo similar, alrededor de 2000, solo el 6,2% veían gravemente violado su derecho a la información (no tenían ningún bien que facilitara el acceso a la información y la comunicación, o ni siquiera accedían al servicio básico de electricidad). Este valor se redujo al 1,6% hacia 2011.

Estas cifras dan cuenta de una reducción generalizada de las privaciones con respecto a este derecho, aunque hay países donde en 2011 los niveles siguen siendo relevantes: Bolivia (Estado Plurinacional de) (12,3%), El Salvador (10,4%), Guatemala (22,7%), Honduras (12,9%) y Nicaragua (38,4%). Entre estos países, persiste un nivel de violación grave del derecho a la información en Guatemala (un 16,5% de los niños) y Nicaragua (8,6%). En Guatemala incluso se registra un aumento de 5,5 puntos porcentuales en el período 1998-2006.

En términos sintéticos, entre 2000 y 2011 se registraron marcadas reducciones de los niveles de privación tanto grave como moderada y fueron especialmente relevantes las disminuciones de las carencias en saneamiento, vivienda y acceso a la información. Las reducciones menos significativas se dieron en el ámbito de la educación y de la desnutrición, ya que a inicios de la década pasada estas dimensiones ya exhibían bajos niveles de privación entre los niños de la región. La reducción generalizada de las privaciones en todas las dimensiones explica los significativos avances tanto en el descenso de la pobreza infantil total y extrema, como en la disminución de su intensidad (véase el gráfico II.4).

Gráfico II.4

América Latina (14 países): evolución de las privaciones graves y moderadas (incluidas las graves) en las dimensiones constitutivas de pobreza infantil, alrededor de 2000 y 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 Promedio de 14 países con información a nivel nacional en ambos momentos.

^b Incluye las privaciones graves.

Recuadro II.2

El tiempo: una dimensión que contribuye a la comprensión de la pobreza en la infancia

Entre las privaciones que enfrentan los niños, las niñas y los adolescentes se encuentra la falta de tiempo para vivir la infancia, es decir, para realizar las actividades que corresponden a esa etapa del ciclo de vida para un buen desarrollo. Conocer qué actividades realizan los menores de 18 años y cuánto tiempo dedican a esas actividades puede aportar información muy importante para medir el bienestar de esta población y el cumplimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales (Rico, 2013). Para ello, el mejor instrumento estadístico de información son las encuestas de uso del tiempo, que tienen por objeto cuantificar el tiempo invertido en las distintas actividades que se pueden realizar a lo largo del día y que proveen una imagen detallada del quehacer cotidiano y sus implicancias, que no es posible captar con otras fuentes de información. Hasta el momento, en América Latina, las encuestas de uso del tiempo no han estado lo suficientemente bien diseñadas y orientadas para medir las actividades que realizan los niños, las niñas y los adolescentes, e incluso en la mayoría de ellas no se contempla la entrevista a los menores de 12 años.

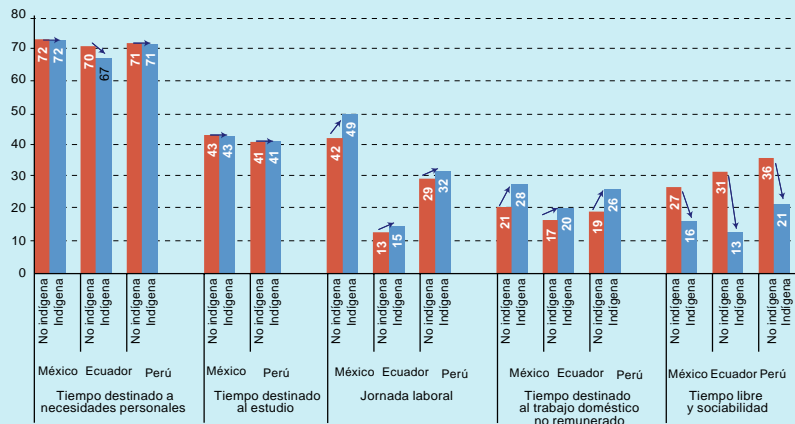
Sin embargo, cuando se incluye a este grupo poblacional, y de acuerdo con el método de entrevista que se utilice, es posible obtener información detallada sobre qué actividades realizan los niños y cómo se suceden las actividades a lo largo del día, si las realizan solos o acompañados por otras personas del núcleo familiar o del hogar, y el lugar donde las realizan (la escuela, el hogar, la calle u otro). La panorámica completa que proveen los acontecimientos y su contexto permite obtener una serie de indicadores posibles de identificar como factores protectores y otros como factores de riesgo para el desarrollo integral de la infancia en ámbitos variados, además de posibilitar el establecimiento de vínculos entre el tiempo y las distintas dimensiones. Por ejemplo, es posible relacionar una actividad recreacional o lúdica con aspectos vinculados a la salud y a la educación: si al observar el tiempo que un niño destina al juego y la recreación en un día aparece como adecuado, pero al indagar a qué se destina dicho tiempo, se verifica que es a ver televisión, jugar videojuegos o en el computador, es posible que este niño sea más proclive a la obesidad que otro que tiene actividades recreativas no sedentarias o deportivas. Asimismo, el rendimiento escolar puede verse afectado, al quedar rezagado el tiempo destinado a los estudios.

El bienestar en la infancia depende de qué actividades son postergadas o desplazadas por otras. Es más probable que los que se ven obligados a trabajar tengan mayor ausentismo en la escuela o la abandonen, o que tengan menos tiempo para estudiar. También el trabajo doméstico no remunerado que realizan influye sobre las otras actividades. Por ejemplo, tener que reemplazar a un adulto en el cuidado de niños pequeños, enfermos o adultos mayores limita mucho las posibilidades de acceder a actividades que promueven el desarrollo. Estos problemas son más evidentes entre los niños, las niñas y los adolescentes que pertenecen a hogares en situación de pobreza monetaria.

Algunos estudios internacionales permiten ilustrar la potencialidad de la medición del tiempo como medida de bienestar en la infancia. Por ejemplo, la aplicación de la encuesta de uso del tiempo en el Japón permitió detectar algunos problemas específicos entre los niños y su entorno familiar, y se pudo percibir que un número significativo de familias ya no almuerzan o cenan juntas, y que una proporción de niños y niñas salen de sus casas a estudiar sin tomar el desayuno. También se observaron niveles muy bajos de participación en actividades físicas, debido a que la mayoría de los japoneses utilizan el tiempo libre para ver televisión. La influencia de los patrones culturales queda constatada en un estudio realizado en los Estados Unidos (Hofferth y Sandberg, 2000) donde se analizan las diferencias en el uso del tiempo entre los niños de origen asiático, hispano y afrodescendientes. En dicho estudio se constató que los niños asiáticos pasaban más tiempo estudiando, mientras que los niños afrodescendientes destinaban más tiempo a las actividades de la iglesia y los niños hispanos pasaban más tiempo con sus familiares comiendo y realizando actividades no remuneradas.

En América Latina, las encuestas de uso del tiempo del Ecuador (2011), México (2009) y el Perú (2011) permiten observar que las adolescentes y los adolescentes indígenas de 15 a 19 años tienen una jornada laboral más extensa, es decir que dedican más tiempo al trabajo remunerado y al trabajo doméstico no remunerado y menos al descanso, la recreación y la sociabilidad que los adolescentes que no pertenecen a un pueblo originario. Es posible pensar que los primeros tienen una calidad de vida inferior y un menor grado de bienestar en comparación con el resto de los jóvenes de su misma edad (véase el siguiente gráfico).

Ecuador (2011), México (2009) y Perú (2011): tiempo destinado a los distintos grupos de actividades por la población indígena y no indígena de 15 a 19 años^a
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), procesamiento especial de las encuestas de uso del tiempo del Perú (2010), México (2009) y de la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo en el Área Urbana y Rural (2011) del Ecuador.

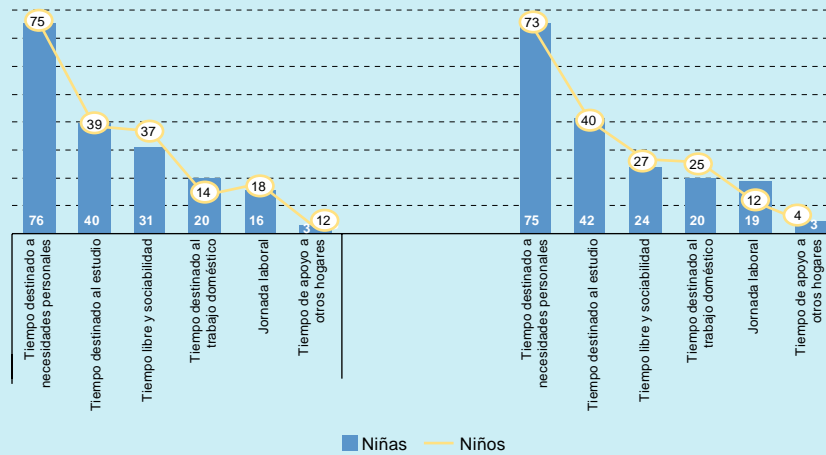
^a En el Ecuador no se preguntó por actividades relacionadas con los estudios.

Recuadro II.2 (conclusión)

Las encuestas de uso del tiempo también permiten captar cómo, aun en edades tempranas, existen importantes diferencias entre las niñas y los niños, que se constituyen en desigualdades de género debido a sus consecuencias en el bienestar actual y futuro de unas y otros. Los adolescentes de 12 a 14 años pasan más tiempo que sus congéneres varones realizando actividades domésticas de trabajo no remunerado

y menos tiempo en actividades recreativas, lo que muestra la presencia de pautas culturales y de conformación de roles que perjudican a las mujeres. El comportamiento y las actitudes que se aprenden en la niñez se trasladan a la vida adulta y refuerzan los roles y modelos sexistas sobre el quehacer adulto, así como las oportunidades de acceder a una mejor calidad de vida (véase el siguiente gráfico).

Ecuador (2011), México (2009) y Perú (2011): tiempo destinado a los distintos grupos de actividades por la población de 12 a 14 años, según sexo^a
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), procesamiento especial de las encuestas de uso del tiempo del Perú (2010), México (2009) y de la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo en el Área Urbana y Rural (2011) del Ecuador.

^a En el Ecuador no se preguntó por actividades relacionadas con los estudios.

Estas encuestas ofrecen una amplia posibilidad de identificar los factores asociados a las variaciones en los tiempos que se invierten en determinadas acciones. Factores como el tamaño de la familia, si el niño o la niña vive con ambos progenitores o no, el clima educacional del hogar, la pertenencia étnica, el área geográfica y la situación socioeconómica, y características como el sexo, la edad, el orden de nacimiento y otras, permiten obtener una visión integral de la situación de los niños y de aspectos de la pobreza que los afecta que por lo general no se abordan.

Además, el debate en torno a ellos conduce a una mayor reflexión respecto de cómo se pasa de la retórica de derechos a la práctica operativa de definir dimensiones, variables e indicadores que reflejen esa voluntad y ese convencimiento. La información es una herramienta y una oportunidad para la política pública. El cálculo de indicadores asociados a los derechos económicos, sociales y culturales para la infancia contribuye a garantizar la plena vigencia de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos de derechos humanos. El desafío es utilizar la información existente y generar nuevas metodologías desde la particularidad de la infancia.

Fuente: Sandra L. Hofferth y John F. Sandberg, *How American Children Spend their Time*, Universidad de Michigan, abril de 2000; Vivian Milosavljevic, "Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina", *Cuadernos de la CEPAL*, N° 92 (LC/G.2321-P), Santiago de Chile, CEPAL, junio de 2007; Vivian Milosavljevic y Odette Tacla, "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, julio de 2007; María Nieves Rico, "Derechos de la infancia. Enfoque, indicadores y perspectivas", *Seminario Internacional Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad*, Santiago de Chile, Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), 2013.

3. Contribución de las privaciones en los niveles de pobreza infantil

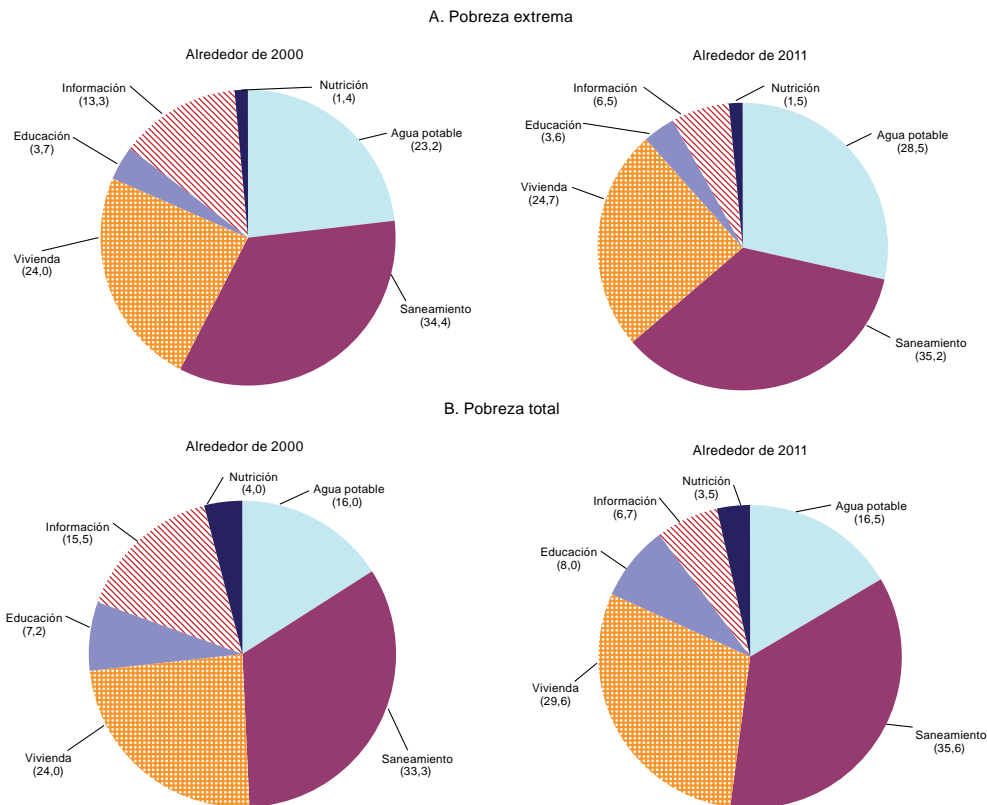
Como se analizó en los puntos anteriores, en la reducción de la pobreza infantil no solo ha tenido relevancia la disminución del nivel y grado de privación (moderada o grave) en las distintas dimensiones, consideradas de forma individual. Asociada a esta reducción de los niveles de pobreza total y extrema pobreza infantil, también ha disminuido, aunque en forma diferencial entre un país y otro, la intensidad de la pobreza, vista como el número y el promedio de privaciones o violaciones a derechos básicos que simultáneamente afectan a los niños.

Puesto que progresivamente los niños, las niñas y los adolescentes en situación de pobreza se ven afectados sobre todo por una privación, con una disminución de la proporción de aquellos afectados por un "síndrome de privaciones", es relevante analizar cuáles son las privaciones que predominan al establecer la magnitud de la pobreza y extrema pobreza infantil. Aunque el análisis individual de las privaciones por dimensión otorga pistas relevantes

para identificar en qué derechos se ven más afectadas la infancia y la adolescencia, la observación conjunta de la relevancia de las dimensiones entre los pobres o extremadamente pobres permite una visión resumida que facilita la detección de áreas prioritarias para la intervención mediante políticas sociales y sus componentes sectoriales.

Como se aprecia en el gráfico II.5, en la reducción de la pobreza infantil total y la extrema pobreza, los distintos factores (dimensiones) no han cambiado significativamente su relevancia: las tres dimensiones con mayor peso son las de acceso a servicios sanitarios, calidad de la vivienda y acceso a agua potable, que incluso no modifican el orden de su contribución entre 2000 y 2011. Sin embargo, al reducirse la extrema pobreza, estas tres dimensiones han cobrado un mayor peso relativo, lo que sugiere que los avances en educación, información y nutrición han sido más importantes que en ellas. A nivel regional, mientras que alrededor de 2000, la calidad de la vivienda, el acceso a agua potable y a saneamiento adecuado eran dimensiones que afectaban a casi el 82% de los niños extremadamente pobres (por sí solas o en combinación con las demás), esta gravitación aumentó al 88,4% en 2011. De la misma forma, en la pobreza infantil total, estas tres dimensiones también son muy significativas en la explicación del nivel de pobreza, y su relevancia aumentó al disminuir la pobreza total entre los niños, del 73% en 2000 al 82% en 2011¹³. A diferencia de lo que ocurre en el caso de la extrema pobreza, ha aumentado el peso de la educación como factor incidente en los niveles de pobreza total, lo que sugiere que los avances en la reducción de las privaciones en esta área han sido relativamente magros. El hecho de que su peso disminuya en la explicación de la extrema pobreza indica que efectivamente hubo avances más que proporcionales en la reducción de la proporción de niños que no accedían a la escuela, y que no ocurra lo mismo en la pobreza total supone que los avances en la reducción de la deserción escolar han tenido menos significación que los logros en otras áreas.

Gráfico II.5
América Latina (14 países): contribución de las privaciones en diversas dimensiones a la pobreza infantil total y extrema, alrededor de 2000 y 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 países.

^a Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

¹³ Es importante señalar que el indicador de contribución de las privaciones en distintas dimensiones no incorpora el grado de privación (moderado o grave). Si bien esto no es aplicable a las contribuciones de las dimensiones en la extrema pobreza, sí lo es en el caso de la pobreza total.

De todas maneras, de 14 países con información a nivel nacional, 11 aumentaron el peso de la dimensión de vivienda en la explicación de la pobreza total en la infancia, con la excepción del Brasil, Costa Rica y Nicaragua. En el cálculo de pobreza extrema, el factor calidad de la vivienda también aumenta en 10 países de la región destacándose el caso del Perú que incrementa su peso 14 puntos porcentuales, y los casos de Costa Rica y México, donde, por el contrario, el peso de este factor disminuye en la pobreza extrema (más de 10 puntos porcentuales). Estos datos insinúan que, en general, el acceso a viviendas de calidad y sin hacinamiento en la región es una tarea que aún no ha sido suficientemente abordada por los Estados y menos aún considerada por las políticas de infancia (véanse los cuadros II.7 y II.8). En cambio, el saneamiento, otra de las áreas de alta incidencia en la explicación de los niveles de pobreza, ha registrado avances en varios países. En Chile, Costa Rica, Honduras, México y Venezuela (República Bolivariana de) su relevancia disminuyó sistemáticamente en la década considerada, dando cuenta de una mejoría en la provisión de formas de tratamiento de desechos domiciliarios. En cambio, se registra que el peso de la dimensión de agua potable en la pobreza infantil total se incrementó en 11 países. Llama la atención el caso de Costa Rica, donde aumentó del 20,8% en 2002 al 40% en 2011 (véase el cuadro II.8). En este país es incluso más destacable en el cálculo de la pobreza extrema el peso del acceso a agua potable, que pasó del 42,8% en 2002 al 67,6% en 2011, como se puede apreciar en el cuadro II.7.

Cuadro II.7

América Latina (17 países): contribuciones de las dimensiones en pobreza extrema infantil, alrededor de 2000 y 2011
(En porcentajes)

Pais		Nutrición	Acceso a agua potable	Acceso a saneamiento	Calidad de la vivienda	Acceso a educación	Acceso a información
Argentina (urbano)	1999	4,1	14,2	39,9	40,2	1,6	...
	2011	5,5	11,0	13,6	68,5	1,5	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	0,9	35,5	35,3	16,3	1,0	11,1
	2009	1,6	43,0	31,4	19,0	0,3	4,6
Brasil	1999	1,0	23,0	55,7	9,2	4,0	7,1
	2011	0,8	19,6	62,0	9,8	4,3	3,5
Chile	2000	0,8	54,5	26,7	1,6	2,0	14,3
	2011	1,0	68,7	12,9	9,3	4,1	3,9
Colombia	1999	1,5	21,1	31,1	21,3	5,2	19,9
	2011	1,5	29,6	38,3	19,7	3,1	7,9
Costa Rica	2002	1,2	42,8	14,0	24,4	7,0	10,6
	2011	2,8	67,6	8,4	13,6	3,5	4,0
Ecuador (urbano)	2002	6,5	3,9	15,8	66,0	3,9	3,8
	2011	15,6	11,1	14,9	51,7	5,1	1,7
Ecuador	2011	3,4	38,8	26,4	22,1	1,6	7,6
El Salvador	1999	1,5	16,7	17,6	46,4	4,1	13,7
	2010	1,6	20,3	12,9	55,3	2,9	6,9
Guatemala	1998	3,4	15,1	17,4	44,6	7,9	11,7
	2006	3,4	12,1	14,1	44,7	5,4	20,4
Honduras	1999	1,3	15,1	21,0	16,5	4,8	41,3
	2010	1,8	22,9	37,5	25,9	4,7	7,2
México	2000	2,1	21,6	28,6	39,0	3,2	5,5
	2010	1,9	40,6	26,3	23,1	4,0	4,1
Nicaragua	2001	1,4	14,8	19,7	43,2	6,8	14,1
	2005	1,5	23,0	19,8	35,9	6,9	12,9
Paraguay	2000	1,8	8,8	17,9	48,7	3,9	18,9
	2011	3,9	17,3	17,3	56,4	2,5	2,7
Perú	1999	0,8	23,5	27,0	12,9	0,6	35,1
	2011	1,4	40,1	27,2	26,9	0,5	3,9
República Dominicana	2002	0,6	71,3	9,8	7,4	3,4	7,5
	2011	0,8	12,7	40,9	17,2	13,1	15,4
Uruguay (urbano)	1999	7,0	8,4	11,1	64,3	3,4	5,8
	2011	14,8	0,0	35,9	43,4	2,2	3,7
Uruguay	2011	13,4	3,5	37,0	38,7	2,6	4,8
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	0,0	21,4	35,5	34,8	4,8	3,4
	2011	0,0	18,7	34,7	43,2	3,2	0,2
América Latina (14 países)^a	2000	1,4	23,2	34,4	24,0	3,7	13,3
	2011	1,5	28,5	35,2	24,7	3,6	6,5
América Latina (17 países)^b	2011	1,7	28,4	34,6	25,5	3,5	6,4

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^b Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

Cuadro II.8
América Latina (17 países): contribuciones de las dimensiones de pobreza infantil, alrededor de 2000 y 2011
 (En porcentajes)

País		Nutrición	Acceso a agua potable	Acceso a saneamiento	Calidad de la vivienda	Acceso a educación	Acceso a información
Argentina (urbano)	1999	7,1	5,1	20,5	58,4	8,9	...
	2011	7,4	4,5	7,3	71,9	8,9	...
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	3,5	15,0	25,4	30,2	12,4	13,6
	2009	4,4	21,1	32,8	31,8	2,3	7,6
Brasil	1999	3,7	18,5	53,2	6,5	6,6	11,6
	2011	2,5	16,8	64,4	6,1	7,0	3,2
Chile	2000	1,5	19,1	26,4	23,3	4,8	24,9
	2011	1,9	29,8	17,6	34,7	7,7	8,3
Colombia	1999	5,1	8,2	21,2	33,4	10,0	22,2
	2011	5,5	14,3	23,7	39,9	8,7	8,0
Costa Rica	2002	3,8	20,8	18,6	20,5	18,2	18,1
	2011	4,6	40,0	18,3	14,8	18,5	3,8
Ecuador (urbano)	2002	6,5	6,4	15,7	22,8	5,0	43,7
	2011	6,5	6,4	15,7	22,8	5,0	43,7
Ecuador	2011	16,6	11,7	15,4	41,9	8,8	5,7
El Salvador	1999	4,1	19,3	10,0	44,3	5,8	16,4
	2010	3,3	16,7	10,3	55,5	6,1	8,1
Guatemala	1998	6,5	9,0	28,0	30,3	7,1	19,1
	2006	7,3	7,3	30,1	36,2	7,0	12,1
Honduras	1999	5,6	8,5	27,5	29,0	9,2	20,2
	2010	5,1	13,3	21,3	37,8	11,5	11,0
México	2000	5,3	16,5	26,5	34,0	8,6	9,2
	2010	3,4	14,4	22,8	38,8	13,5	7,1
Nicaragua	2001	3,1	8,5	25,5	35,2	6,2	21,4
	2005	2,9	10,1	26,7	33,3	6,6	20,4
Paraguay	2000	2,9	23,1	30,7	27,7	5,0	10,7
	2011	3,9	24,4	31,1	31,6	5,7	3,3
Perú	1999	3,1	15,0	19,3	26,1	2,5	34,0
	2011	3,7	21,8	21,4	43,3	2,1	7,7
República Dominicana	2002	2,4	35,2	39,0	11,8	3,1	8,5
	2011	1,4	36,4	39,5	13,3	4,1	5,3
Uruguay (urbano)	1999	9,7	6,5	29,4	32,7	15,3	6,4
	2011	17,2	1,3	10,9	44,1	24,4	2,1
Uruguay	2011	15,3	6,2	11,5	40,1	23,4	3,5
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	0,0	12,3	21,6	43,3	10,1	12,6
	2011	0,0	15,4	19,0	54,5	8,2	2,9
América Latina (14 países)^a	2000	4,0	16,0	33,3	24,0	7,2	15,5
	2011	3,5	16,5	35,6	29,6	8,0	6,7
América Latina (17 países)^b	2011	3,7	16,2	34,6	30,8	8,0	6,6

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

^b Se incluyen las zonas urbanas de la Argentina.

4. La pobreza infantil en el Caribe

En esta edición del *Panorama Social* se publican por primera vez estimaciones de la pobreza infantil con enfoque multidimensional para siete países del Caribe: Antigua y Barbuda, Belice, Granada, Guyana, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago. En el caso de Jamaica se muestran algunas privaciones disponibles. Dichas estimaciones fueron elaboradas sobre la base de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), y en el caso de Antigua y Barbuda, Granada y Santa Lucía sobre la base de las Encuestas de Condiciones de Vida. Estas encuestas se llevaron a cabo entre 2005 y 2008. Las estimaciones ofrecen una primera idea de la situación en el Caribe con respecto a

la pobreza infantil desde un enfoque multidimensional y de derechos. Elaboradas con la misma metodología que se aplica a los países de América Latina, permiten comparar la pobreza infantil en los países del Caribe con la del resto de la región, algo que no es posible con las estadísticas de pobreza monetaria, que se construyen sobre la base de metodologías diferentes.

Cuadro II.9
El Caribe (7 países): incidencia de la pobreza extrema y la pobreza total en la infancia^a
(En porcentajes)

	Incidencia de la pobreza infantil total	Incidencia de la pobreza infantil extrema
Antigua y Barbuda (2005) ^b	10	1
Belice (2006)	71	36
Granada (2008) ^b	32	7
Guyana (2006)	74	46
Santa Lucía (2005) ^b	25	5
Suriname (2006) ^c	41	30
Trinidad y Tabago (2006) ^d	28	10

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y encuestas de condiciones de vida de los respectivos países.

^a Se utiliza la definición de infancia del UNICEF, que abarca a la población de 0 a 17 años de edad. Las dimensiones de la estimación multidimensional de la pobreza infantil consideradas son agua potable, saneamiento, vivienda, educación, información y nutrición.

^b No incluye la dimensión de nutrición.

^c La dimensión de información contiene un nivel de omisión significativo en la encuesta, por lo que las privaciones están subestimadas.

^d No incluye la dimensión de información.

Las estimaciones revelan que en estos siete países del Caribe, igual que en América Latina, hay una proporción significativa de niños, niñas y adolescentes afectados por la pobreza: se registran niveles de pobreza infantil total de entre un 10% y un 74%, y niveles de pobreza infantil extrema de entre un 1% y un 46% (véase el cuadro II.9). Esta variabilidad es muy similar a la observada en América Latina. En los países del Caribe que registran los niveles de pobreza infantil más altos (Guyana y Belice), los porcentajes de niños pobres (total o de forma extrema) se encuentran en el mismo rango que en los países de América Latina con alta pobreza infantil, como Nicaragua y el Perú. Los países del Caribe con niveles de pobreza infantil bajos (Santa Lucía y Antigua y Barbuda) se encuentran en el mismo rango que los de América Latina con niveles más bajos, como Chile y el Uruguay. Los restantes países del Caribe oscilan entre niveles de pobreza medio-altos (Suriname) y medio-bajos (Granada y Trinidad y Tabago). Estas primeras estimaciones, sugieren que la pobreza infantil en la subregión, al menos en los siete países analizados, tiene un alcance bastante similar a la de América Latina.

En los países del Caribe, se observa una marcada diferencia entre los continentales (Belice, Guyana y Suriname) y las islas (Antigua y Barbuda, Granada, Santa Lucía y Trinidad y Tabago). Belice, Guyana y Suriname registran, en promedio, una incidencia de pobreza total de más del 60% y de pobreza extrema de más del 35%. En tanto, los países insulares de esta subregión tienen, en promedio, una incidencia de la pobreza infantil total del 24% y del 6% en el caso de la pobreza extrema. Esto se explica, en parte, por el alto nivel de pobreza rural en Belice, Guyana y Suriname. En estos tres países, a diferencia de las islas pequeñas del Caribe, las disparidades entre áreas urbanas y rurales son muy marcadas.

Con respecto a las dimensiones de la pobreza infantil, en los ocho países hay incidencias significativas de las privaciones moderadas o severas en el acceso a agua potable, en la calidad de la vivienda y en el acceso a información. Por el contrario, el porcentaje de niños privados en sus derechos a educación, nutrición y acceso a servicios sanitarios tiende a ser más bajo (véase el cuadro II.10).

En lo que se refiere a la dimensión de calidad de la vivienda, los países con porcentajes más altos de niños, niñas y adolescentes privados (moderados o severos) son Guyana (51%) y Belice (44%). Los porcentajes más bajos se registran en Antigua y Barbuda (3%) seguido de Trinidad y Tabago (8%). En relación con el agua potable, hay al menos un 18% de niños privados (moderados o severos) en su acceso en cinco de los ocho países (incluido Jamaica). Además, en Belice, Guyana y Suriname, al menos un 20% de los niños están privados en forma grave en esta dimensión, mientras que el porcentaje en los otros países es más bajo: en Jamaica es del 15,2%, en Trinidad y Tabago llega al 8,6% y en Antigua y Barbuda, Granada y Santa Lucía es cercano al 0%.

Cuadro II.10

El Caribe (8 países): incidencia de las privaciones moderadas o severas y severas de las personas de 0 a 17 años
(En porcentajes)

	Privaciones moderadas o severas						Privaciones severas					
	Nutrición	Agua potable	Saneamiento	Vivienda	Educación	Información	Nutrición	Agua potable	Saneamiento	Vivienda	Educación	Información
Antigua y Barbuda (2005)	...	7	1	3	1	0	...	0	1	0	0	0
Belice (2006)	5	24	7	44	8	34	2	21	3	15	0	6
Granada (2008)	...	5	2	14	3	16	...	0	1	4	1	2
Guyana (2006)	6	34	3	51	6	39	3	29	2	20	0	15
Jamaica (2005)	...	21	3	...	2	...	...	15	1	...	0	...
Santa Lucía (2005)	...	3	5	9	4	11	...	0	3	1	0	3
Suriname (2006)	5	28	16	18	7	...	1	27	15	6	1	...
Trinidad y Tabago (2006)	1	18	0	8	5	...	1	9	0	2	0	...

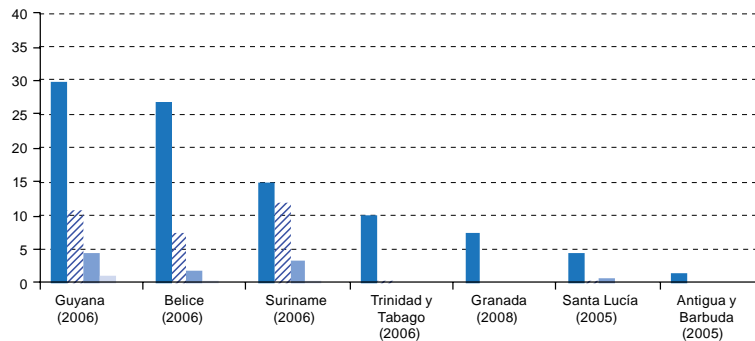
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y encuestas de condiciones de vida de los respectivos países.

No solo la pobreza es más alta en Belice, Guyana y Suriname, sino que más niños, niñas y adolescentes sufren privaciones (moderadas o severas) en dos o más dimensiones. En estos tres países, el porcentaje de niños privados de forma múltiple va del 21% al 42%, mientras que en los otros países oscila del 1% al 6% (véase el gráfico II.6). En cuanto a las privaciones severas, los países continentales (Belice, Guyana y Suriname) registran entre un 9% y un 16% de niños privados en dos o más dimensiones, mientras que en los restantes países hay muy pocos niños en esta situación.

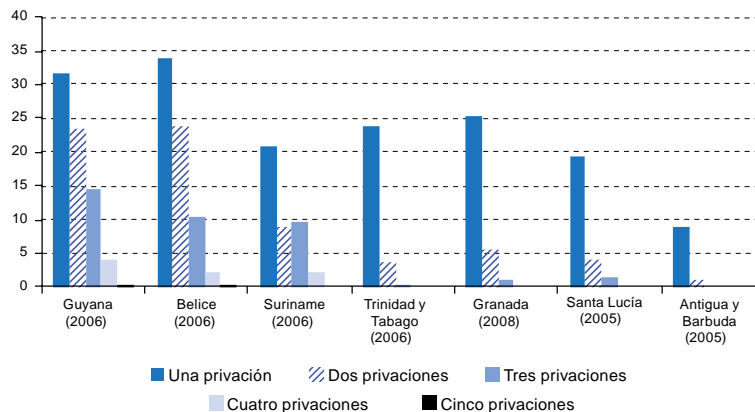
Gráfico II.6

El Caribe (7 países): niños pobres y extremadamente pobres de 0 a 17 años, según número de privaciones
(En porcentajes)

A. Privaciones severas



B. Privaciones moderadas o severas



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y encuestas de condiciones de vida de los respectivos países.

En general, la pobreza infantil es más alta en los países de ingreso bajo y en aquellos donde la pobreza monetaria es más alta. De los siete países en los que se puede hacer una estimación de la pobreza infantil, Guyana es clasificado por el Banco Mundial como de ingreso medio-bajo, Belice, Granada, Jamaica, Santa Lucía y Suriname son considerados de ingreso medio-alto, y Antigua y Barbuda y Trinidad y Tabago se consideran de ingreso alto. Con respecto a la pobreza monetaria, Belice, Granada, Guyana y Suriname son los países que registran los niveles más altos (entre un 36% y un 51% de la población total), seguidos de Santa Lucía (29%) y Antigua y Barbuda, Jamaica y Trinidad y Tabago (entre un 17% y un 18%). Sin embargo, ni el ingreso de un país ni la pobreza monetaria explican completamente la variabilidad del nivel de pobreza infantil. Por ejemplo, Trinidad y Tabago tiene el PIB per cápita más alto del Caribe, pero no tiene el nivel de pobreza infantil más bajo. A diferencia de los otros indicadores, las estimaciones de la pobreza infantil multidimensional ofrecen una visión única y detallada de la situación de los niños, las niñas y los adolescentes privados moderada o gravemente en sus derechos. Sirven como punto de referencia para enfocar los esfuerzos de los gobiernos por reducir este flagelo y proveen una base para la medición del progreso en su reducción en los años que vienen.

5. Pobreza infantil e infancia en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza monetaria

En este capítulo se optó por utilizar una metodología multidimensional para identificar la niñez pobre, puesto que se consideró que el método de las privaciones múltiples, asociadas a la violación de un conjunto de derechos de la infancia posible de mensurar, responde de mejor manera a las particularidades e insuficiencias del bienestar entre los niños, las niñas y los adolescentes. Como ya se ha visto, el enfoque de privaciones múltiples se distingue claramente del método monetario de medición de la pobreza, tanto en su conceptualización como en la aproximación empírica. Las insuficiencias de bienestar reflejadas por el método indirecto (monetario) suelen estar correlacionadas con las privaciones que se pueden observar directamente y que medimos como pobreza infantil. Hay que tener en cuenta que dicha correlación no es exacta. Mirar la situación de los niños, las niñas y los adolescentes utilizando ambas ópticas para abordar el bienestar se transforma en un aporte porque permite combinar distintos problemas y analizar distintos tipos de medidas de política pública orientadas a mejorar la situación en la infancia con una perspectiva integral de las intervenciones.

La pobreza entre niños, niñas y adolescentes, medida a partir de los ingresos de los hogares, se ha reducido notoriamente en las últimas dos décadas, aunque con altibajos. Entre 1990 y 2010, la pobreza y la indigencia disminuyeron en torno al 20% entre los niños de 0 a 5 años. No obstante, en ambos casos, en la mitad del período (año 2000), los niveles eran casi los mismos que en 1990 y recién a partir de 2005 es notoria la reducción (Rossel, 2013). Esta reducción también es heterogénea en relación con los países.

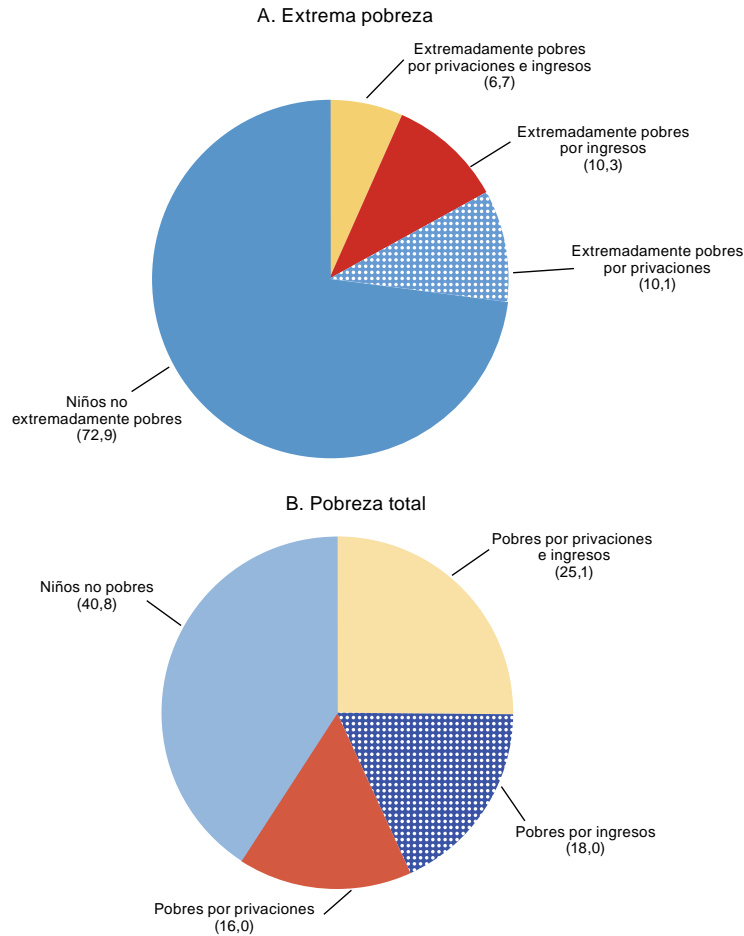
Pese a que ambos juegos de cifras evolucionaron en el mismo sentido, y en niveles parecidos, no todos los niños pobres viven en hogares con insuficiencias de ingresos ni todos los niños en hogares pobres (método monetario) ven necesariamente violados sus derechos básicos. Al respecto, es necesario, examinar la evolución combinada de la pobreza infantil y de la pobreza a nivel de hogares (vista en los niños).

Alrededor de 2000, el 39,3% de los niños de la región vivían en situación de pobreza infantil y a la vez de pobreza monetaria (63,6 millones de niños), porcentaje que se redujo al 25,1% en torno a 2011 (40,6 millones de niños) (véase el cuadro II.12). Esta reducción representa más de 20 millones de niños menos en situación de pobreza infantil y monetaria simultáneamente. La pregunta es si los restantes 40 millones constituyen un núcleo duro de pobreza multidimensional (incluida la monetaria) debido a temas de aislamiento geográfico, exclusión social o discriminación, o si es posible mejorar sus condiciones de vida más o menos rápidamente, como ocurrió con los 23 millones que han salido de esa situación.

Por otra parte, a comienzos de la década de 2000, un 16% de los niños se encontraban en situación de pobreza infantil, pero no tenían insuficiencias de ingresos (25,8 millones). Esta categoría se mantuvo prácticamente constante y registró el mismo valor hacia 2011, lo que sugiere que la reducción de la categoría (pobres por ambos métodos) obedeció, en parte, a mejorías en los ingresos de los hogares que no se habrían reflejado necesariamente en mejoras en las condiciones de vida objetivas de los niños. En el mismo sentido, los niños que no eran pobres pero sufrían las insuficiencias de ingresos de sus hogares aumentaron de un 15,8% (25,7 millones) a un 18,0% (29 millones).

Esto deja entrever que las reducciones de pobreza infantil y monetaria registradas en la región tendieron a guardar cierta independencia, es decir, las políticas públicas que afectan la pobreza según ambas ópticas no habrían estado estrechamente relacionadas entre sí. Por este motivo, es necesario desarrollar acciones más articuladas al respecto (véanse el cuadro II.12 y el gráfico II.7).

Gráfico II.7
América Latina (14 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según combinación de categorías de pobreza infantil y pobreza por ingresos, alrededor de 2011
(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.

Cuadro II.11
América Latina (14 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según combinación de categorías de pobreza infantil extrema e indigencia, alrededor de 2000 y 2011
(En porcentajes y número de niños)

	Extremadamente pobres por privaciones e ingresos	Extremadamente pobres por ingresos	Extremadamente pobres por privaciones	Niños no extremadamente pobres	Total	Extremadamente pobres por privaciones e ingresos	Extremadamente pobres por ingresos	Extremadamente pobres por privaciones	Niños no extremadamente pobres	Total
	<i>(en porcentajes)</i>					<i>(número de niños)</i>				
2000	13,7	11,6	13,5	61,1	100	22 194 566	18 855 969	21 879 481	98 979 888	161 909 904
2011	6,7	10,3	10,1	72,9	100	10 745 578	16 651 778	16 272 420	117 697 274	161 367 051

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 II.12

América Latina (14 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según combinación de categorías de pobreza infantil total y pobreza por ingresos, alrededor de 2000 y 2011

(En porcentajes y número de niños)

	Pobres por privaciones e ingresos	Pobres por ingresos	Pobres por privaciones	Niños no pobres	Total	Pobres por privaciones e ingresos	Pobres por ingresos	Pobres por privaciones	Niños no pobres	Total
	(en porcentajes)					(número de niños)				
2000	39,3	15,8	16,0	28,9	100	63 660 168	25 658 509	25 855 894	46 735 333	161 909 904
2011	25,1	18,0	16,0	40,8	100	40 575 921	29 039 281	25 843 052	65 908 797	161 367 051

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 II.13

América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según situación de pobreza infantil extrema e indigencia por ingresos de sus hogares, alrededor de 2000 y 2011

(En porcentajes)

País	Año	Niños extremadamente pobres o en hogares indigentes			Subtotal pobres extremos	Subtotal indigentes	No pobres extremos ni indigentes
		Pobres extremos e indigentes	No pobres extremos e indigentes	Pobres extremos no indigentes			
Argentina (urbano)	1999	4,0	7,6	7,5	11,5	11,5	80,9
	2011	0,6	2,4	7,0	7,6	7,6	90,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	33,0	9,0	23,1	56,1	56,1	34,9
	2009	21,6	7,2	25,3	46,8	46,8	46,0
Brasil	1999	9,8	10,2	11,4	21,2	21,2	68,6
	2011	3,4	6,8	8,3	11,7	11,7	81,5
Chile	2000	1,8	6,5	8,2	10,0	10,0	83,5
	2011	0,5	4,5	3,5	3,9	3,9	91,6
Colombia	1999	11,8	22,8	10,3	22,1	22,1	55,2
	2011	5,8	10,1	9,1	14,9	14,9	75,0
Costa Rica	2002	2,4	8,5	6,6	9,0	9,0	82,5
	2011	1,8	9,3	5,0	6,8	6,8	83,9
Ecuador (urbano)	2002	7,2	18,3	7,6	14,8	14,8	66,9
	2011	1,6	12,8	2,7	4,4	4,4	82,8
Ecuador	2011	6,0	13,4	9,2	15,1	15,1	71,5
	El Salvador	1999	19,9	7,7	25,0	45,0	45,0	47,3
2010		11,6	10,5	16,5	28,1	28,1	61,4
Guatemala	1998	28,2	9,1	28,0	56,2	56,2	34,6
	2006	26,6	9,5	21,2	47,8	47,8	42,6
Honduras	1999	40,1	23,6	10,0	50,1	50,1	26,3
	2010	16,6	33,7	5,4	22,0	22,0	44,3
México	2000	13,1	8,7	12,9	26,1	26,1	65,2
	2010	6,2	13,2	7,6	13,7	13,7	73,1
Nicaragua	2001	33,8	15,9	18,4	52,2	52,2	31,9
	2005	24,3	14,8	18,4	42,7	42,7	42,5
Paraguay	2000	19,2	18,8	10,5	29,7	29,7	51,5
	2011	6,5	30,5	3,8	10,3	10,3	59,2
Perú	1999	23,5	6,0	24,9	48,3	48,3	45,7
	2011	6,6	2,7	24,3	30,9	30,9	66,5
República Dominicana	2002	10,7	15,1	17,5	28,2	28,2	56,8
	2011	3,2	23,9	3,8	7,0	7,0	69,1
Uruguay (urbano)	1999	1,7	2,1	5,4	7,1	7,1	90,8
	2011	0,4	1,8	3,2	3,6	3,6	94,6
Uruguay	2011	0,4	1,8	3,5	3,9	3,9	94,3
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	8,5	19,8	8,6	17,1	17,1	63,1
	2011	5,6	12,5	9,1	14,7	14,7	72,9
América Latina^a	2000	13,7	11,6	13,5	27,2	27,2	61,1
	2011	6,7	10,3	10,1	16,7	16,7	72,9

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 Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

Cuadro II.14
América Latina (17 países): distribución de los niños de 0 a 17 años, según situación de pobreza infantil y pobreza por ingresos de sus hogares, alrededor de 2000 y 2011
(En porcentajes)

País	Año	Niños pobres por privaciones o ingresos			Subtotal pobres por privaciones	Subtotal pobres por ingresos	No pobres por privaciones ni por ingresos
		Pobres por privaciones e ingresos	No pobres por privaciones pero pobres por ingresos	Pobres por privaciones pero no pobres por ingresos			
Argentina (urbano)	1999	19,3	18,5	9,7	29,0	37,8	52,5
	2011	5,1	4,9	19,2	24,3	10,0	70,8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1999	66,3	2,5	25,9	92,2	68,8	5,3
	2009	43,2	8,0	28,2	71,4	51,1	20,7
Brasil	1999	34,2	17,4	14,1	48,3	51,6	34,3
	2011	17,6	17,3	16,2	33,8	34,9	48,9
Chile	2000	13,3	15,1	15,0	28,2	28,4	56,7
	2011	4,1	13,3	11,5	15,7	17,5	71,0
Colombia	1999	37,1	28,4	10,1	47,2	65,5	24,4
	2011	24,1	22,5	12,0	36,1	46,6	41,4
Costa Rica	2002	11,3	15,1	16,7	28,0	26,4	56,9
	2011	7,9	20,0	11,6	19,5	27,9	60,5
Ecuador (urbano)	2002	47,6	11,3	17,6	65,2	58,8	23,5
	2011	16,4	27,6	8,0	24,4	44,0	48,0
Ecuador	2011	25,1	21,8	15,5	40,7	47,0	37,5
El Salvador	1999	54,5	4,3	33,6	88,1	58,8	7,5
	2010	47,6	8,9	31,3	78,9	56,5	12,2
Guatemala	1998	64,4	4,1	21,8	86,2	68,4	9,7
	2006	58,2	5,4	21,6	79,9	63,7	14,7
Honduras	1999	68,9	15,7	6,4	75,4	84,7	8,9
	2010	52,2	23,1	11,0	63,1	75,2	13,8
México	2000	37,0	14,2	15,8	52,8	51,2	33,0
	2010	24,5	22,9	13,1	37,6	47,4	39,5
Nicaragua	2001	69,9	6,7	15,7	85,6	76,6	7,7
	2005	61,2	9,2	17,4	78,6	70,4	12,2
Paraguay	2000	55,9	12,7	11,4	67,3	68,6	20,0
	2011	39,7	21,3	14,3	54,0	60,9	24,8
Perú	1999	56,7	2,0	30,8	87,4	58,6	10,6
	2011	32,8	4,6	29,8	62,6	37,4	32,8
República Dominicana	2002	38,3	15,5	20,9	59,2	53,7	25,3
	2011	30,8	21,7	17,0	47,8	52,6	30,4
Uruguay (urbano)	1999	11,3	7,1	14,8	26,1	18,4	66,8
	2011	5,4	7,8	12,0	17,4	13,2	74,8
Uruguay	2011	5,4	7,4	13,3	18,6	12,8	73,9
Venezuela (República Bolivariana de)	1999	31,7	28,0	11,1	42,8	59,7	29,2
	2011	18,8	23,4	13,0	31,8	42,2	44,8
América Latina^a	2000	39,3	15,8	16,0	55,3	55,2	28,9
	2011	25,1	18,0	16,0	41,2	43,1	40,8

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.
^a Se excluye a la Argentina, el Ecuador y el Uruguay, ya que al menos una de las dos mediciones en estos países es solo para áreas urbanas.

6. La distribución territorial de las privaciones

Como se ha analizado en los puntos anteriores, la privación de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes a vivienda, educación, información, salud y nutrición forma parte constitutiva de su pobreza. Los menores de 18 años, además de presentar una singular vulnerabilidad en distintas dimensiones respecto de otros grupos etarios, no están expuestos de igual manera a la pobreza, ya que hay factores estructurales que hacen que algunos tengan mayor probabilidad que otros de no ejercer los derechos básicos para su desarrollo y bienestar. También hay factores

contextuales que conducen a una mayor incidencia de la pobreza infantil, entre los que destaca su distribución en el territorio nacional. La situación de pobreza infantil en la región hace necesario el estudio de las desigualdades desagregadas a niveles geográficos menores dentro de un país, para poder focalizar las políticas públicas y los proyectos sectoriales dirigidos a mejorar las condiciones de vida de los niños y adolescentes en distintos ámbitos espaciales, ya sea por aspectos geopolíticos o administrativos territoriales. En este sentido, dado que la pobreza infantil no tiene una distribución uniforme en el territorio, se pretende profundizar la información y el análisis, que hasta el momento ha estado limitado fundamentalmente a nivel regional y nacional, y por desagregación urbana y rural o político-administrativa.

Al analizar la pobreza infantil bajo un enfoque multidimensional que incluye su distribución territorial, la unidad de referencia está representada por el municipio, al que se concibe como uno de los espacios o escenarios en donde la pobreza infantil se torna más visible, al tiempo que se reconoce a las comunidades locales y a sus autoridades como actores cruciales para desencadenar un cambio y romper con el ciclo de pobreza y desigualdad que afecta a niños, niñas y adolescentes.

En el marco de los procesos de descentralización de las políticas, resulta relevante reducir el nivel geográfico de análisis a un nivel subnacional —como el municipio—, ya que, por ejemplo, a través del análisis espacial de un determinado indicador de pobreza, se facilita la determinación de *clusters* de municipios. Mediante esta determinación se puede identificar a aquellos *clusters* prioritarios para la implementación de políticas públicas, puesto que presentan altas concentraciones de niños, niñas y adolescentes en situación de privación, a veces incluso traspasando los límites nacionales y cruzando fronteras geográficas, lo que da cuenta de una realidad que afecta a diversas subregiones de América Latina y el Caribe.

Para estas mediciones subnacionales se utiliza la plataforma de los Sistemas de Información Geográfica (SIG), que permiten el mapeo de la distribución territorial de las privaciones sociales en que viven muchos niños y adolescentes. Los SIG son programas informáticos especializados para analizar patrones espaciales en la información y, si se consideran como instrumentos integrados a los gobiernos locales, son de gran utilidad en la definición de programas de desarrollo, políticas públicas y proyectos sociales que promuevan y aseguren, mediante el acceso a la información adecuada, las mejores condiciones habitacionales, educacionales y de servicios básicos y sociales para la población en general y los niños, las niñas y los adolescentes en particular. Los SIG permiten mostrar las distintas variables socioeconómicas y demográficas en su distribución espacial a través del análisis simple de la cartografía digital o del análisis de autocorrelaciones espaciales, lo que permite determinar subregiones con idénticas incidencias, así como la distribución espacial de dichas variables (pobreza infantil medida desde una perspectiva de privación de agua potable, saneamiento, vivienda adecuada y educación)¹⁴. Gracias a esta posibilidad de visualizar la distribución espacial de los fenómenos y al estudio de las similitudes y diferencias entre áreas mediante la estimación de autocorrelaciones espaciales, es posible determinar la concentración de dichas privaciones a través de la distribución de los municipios donde se presentan con mayor incidencia, lo que permitirá a las personas que participan en los procesos de adopción de decisiones contar con más información en el momento de generar las propuestas.

Para implementar esta metodología es necesario buscar una fuente de información que complemente las encuestas de hogares y de demografía y salud, puesto que estos instrumentos no captan información representativa a niveles geográficos menores. Por este motivo, se trabajó con los censos nacionales de población y vivienda que, por su universalidad, ofrecen información sobre cada individuo, cada hogar y cada vivienda dentro de un país. Los censos, que poseen cobertura nacional, son realizados por los institutos nacionales de estadísticas de los países con una periodicidad de aproximadamente diez años y captan información sobre las características educacionales, migratorias, laborales, demográficas, étnicas, de calidad de la vivienda, de disponibilidad de servicios básicos, de hacinamiento y de acceso a bienes y medios de comunicación, entre otras. La información que proporcionan se puede representar posteriormente a niveles geográficos menores (municipios, barrios y manzanas, entre otros).

En la adaptación que realizó CEPAL/UNICEF (2010 y 2012) de la medición de la pobreza infantil llevada a cabo por la Universidad de Bristol se calcularon, a partir de los censos de población, los indicadores de privación y sus umbrales para las dimensiones de vivienda, saneamiento, agua potable, educación y acceso a información, cada uno por áreas geográficas menores. Mediante el mapeo de estos indicadores de privación se pueden determinar los municipios que presentan un porcentaje más elevado de niños y adolescentes que viven en condiciones de pobreza.

¹⁴ Véase un ejemplo de análisis exploratorio de datos y de autocorrelación espacial en donde se detectan zonas definidas por zonas críticas, como los municipios, donde existe una alta proporción del indicador de privaciones, en CEPAL/UNICEF (2010), capítulo VI.

Con información proveniente de los censos de población de la última ronda de 2010, a continuación se presentan dos ejemplos de países donde la medición de pobreza se descompone en indicadores de privación de saneamiento y agua potable. Los indicadores de privación y los países seleccionados son: el porcentaje de niños menores de 18 años que viven con privación de vivienda en Costa Rica y el porcentaje de niños menores de 18 años que viven con privación de agua potable en Venezuela (República Bolivariana de). Específicamente, por la versatilidad que presentan en el tratamiento de los datos, se utilizaron bases de datos disponibles en el formato REDATAM (Recuperación de datos para áreas pequeñas por microcomputador)¹⁵.

a) Costa Rica: privación de vivienda

Pese a ser el país con menor índice de pobreza infantil total y extrema en Centroamérica, según se constata en los apartados anteriores, Costa Rica sigue presentando cifras preocupantes y cuando los datos corresponden al nivel nacional es muy difícil implementar políticas selectivas enfocadas a disminuir las inequidades sociales existentes, puesto que hay dificultades para que los programas sociales generen un impacto positivo en la población infantil que vive en condiciones de pobreza extrema en espacios localizados. En este país se presenta la medición de la privación de vivienda, cuyo umbral se definió como aquellas viviendas que presentan hacinamiento de tres o más personas por dormitorio (excluidos baño y cocina), piso de tierra o construcción con materiales inseguros, como techos o paredes exteriores de barro, desechos o similares.

Según se observa en el mapa II.1, la mayor concentración de niños y adolescentes que viven bajo esta privación se encuentra en los cantones coloreados de burdeos. De acuerdo con el cuadro II.15, los cantones con un porcentaje superior al 25% son: Los Chiles, Talamanca, Garabito, La Cruz, Upala, Carrillo y Buenos Aires. Estos cantones se localizan en la frontera con Nicaragua y en el límite con Panamá. Solo el cantón de Garabito, con un 30% de niños con privación, se localiza en la vertiente del océano Pacífico. Costa Rica y Nicaragua comparten una frontera común de 312 kilómetros. Es una zona con gran presencia de población móvil y migrante, fundamentalmente de origen nicaragüense, pero también de tránsito internacional de personas y bienes entre el norte y el sur de la región de Centroamérica. El rasgo más relevante de la dinámica fronteriza entre Costa Rica y Nicaragua es la migración. En los últimos tiempos, Costa Rica se ha caracterizado por ser un receptor neto de población inmigrante (un 7,8% de los habitantes del país eran inmigrantes internacionales en 2000 y el 97% de ese grupo eran nicaragüenses). Por su parte, Nicaragua se ha caracterizado por producir importantes flujos de población hacia el exterior, con dos destinos principales: Costa Rica y los Estados Unidos (Morales, Acuña, y Wing-Ching, 2010).

b) República Bolivariana de Venezuela: privación de agua potable

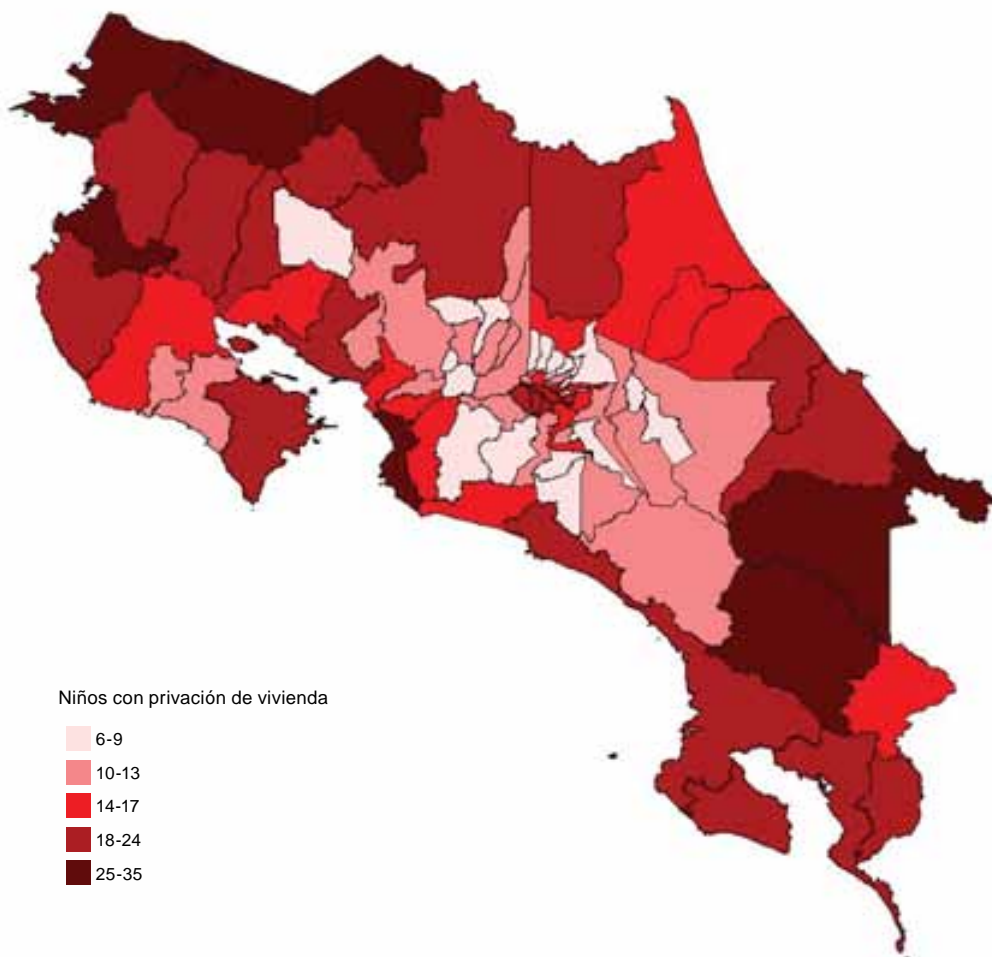
En la República Bolivariana de Venezuela se analizó la distribución espacial de la privación de agua potable, cuyo umbral se definió cuando el agua que consume la vivienda no procede de acueducto o tubería, sino de pozo, noria, camión cisterna, pila pública o estanque, río, lluvia u otro, y el suministro de agua está fuera de la vivienda y fuera del predio o terreno donde esta se sitúa. En el mapa II.2 y el cuadro II.16 se observa que esta privación se concentra en las zonas urbanas y en las zonas rurales con alto porcentaje de población indígena, como la zona del Amazonas, donde se encuentran los yanomamis, los yekuanas y warakenos, la zona de Apure, donde habitan los jiwis, los pumes, los ingas y los kumbas, y la zona del Delta Amacuro, donde se encuentran los pueblos inga y warao. Estos resultados permiten incorporar esta información a las políticas de provisión de agua potable, además de tenerla en cuenta en las políticas de infancia, dirigidas a los pueblos originarios, y de superación de la pobreza.

La metodología no permite encontrar una causalidad respecto de las concentraciones de determinadas privaciones en determinados municipios, pero sí es posible relacionarlas con ciertos determinantes, como la pertenencia a poblaciones originarias, la residencia en zonas urbanas o rurales, y la cercanía a zonas limítrofes con otros países. Al respecto, los dos indicadores de privaciones analizados por áreas geográficas menores muestran consistencia con estudios anteriores en relación con que las privaciones tienden a concentrarse en áreas de frontera y en territorios históricamente ocupados por los pueblos indígenas en cada país y en las zonas aledañas a ellos.

¹⁵ El formato REDATAM fue desarrollado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (www.cepal.org/redatam).

Mapa II.1

Costa Rica: niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de vivienda, por cantones, 2011
(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de la cartografía censal de la década de 2010 facilitada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica.

Cuadro II.15

Costa Rica: cantones con más niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de vivienda
(En porcentajes y número de niños)

Cantón	Porcentajes	Niños de 0 a 17 años con privación
Los Chiles	34,84	3 232
Talamanca	32,09	4 138
Garabito	30,79	1 810
La Cruz	29,29	2 181
Upala	26,83	4 527
Carrillo	25,37	3 065
Buenos Aires	25,03	4 472

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del censo de 2011 procesados con REDATAM.

Cuadro II.16

República Bolivariana de Venezuela: municipios con más del 65% de niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de agua potable

(En porcentajes y número de niños)

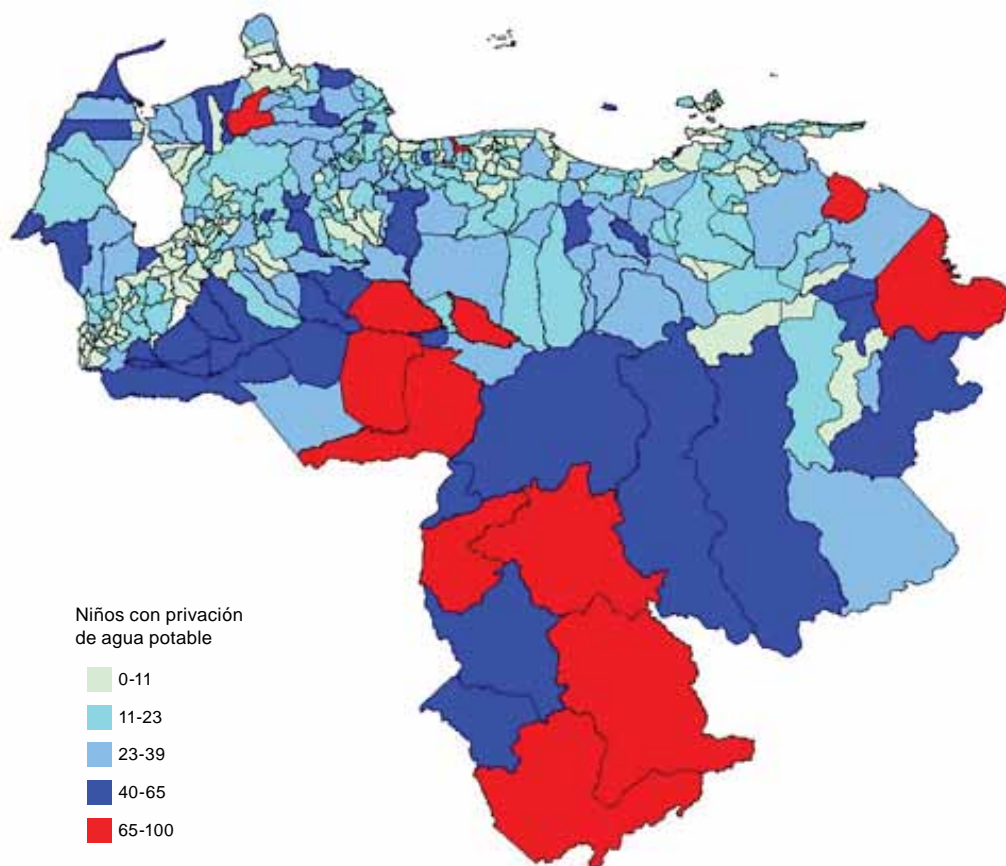
Municipio	Porcentajes	Niños de 0 a 17 años con privación
Autónomo Alto Orinoco	97,23	6 280
Democracia	95,14	3 131
Autónomo Río Negro	94,97	1 039
Antonio Díaz	92,30	11 933
Autónomo Manapiare	88,63	3 548
Pedernales	83,57	2 625
Pedro Camejo	77,58	9 593
Autónomo Autana	74,13	3 097
Achaguas	73,54	17 815
San Gerónimo de Guayabal	65,63	5 407

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del censo de 2011 procesados con REDATAM.

Mapa II.2

República Bolivariana de Venezuela: niños y adolescentes menores de 18 años que viven con privación de agua potable, por divisiones administrativas menores, 2011

(En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, sobre la base de la cartografía censal de la década de 2010 facilitada por el Instituto Nacional de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela.

C. Consideraciones finales

La pobreza infantil es un fenómeno extendido en América Latina y el Caribe y constituye un desafío prioritario para los gobiernos y la sociedad en su conjunto. No obstante, se registran importantes diferencias entre un país y otro. Entre los niños, las niñas y los adolescentes, las múltiples caras que adquiere la pobreza (privaciones nutricionales, en vivienda, en acceso a agua potable y saneamiento, en educación, en información y en el ingreso de los hogares) generan efectos negativos permanentes que están en el presente y que los marcarán por el resto de sus vidas. En buena medida, estos efectos también implicarán la reproducción de la pobreza y en algunos casos contribuirán a profundizar la desigualdad.

En los últimos diez años, la pobreza infantil por privaciones múltiples ha disminuido, pero la reducción fue lenta si se considera que es un período de crecimiento económico para la región y de reducción significativa de la pobreza por ingresos. A un promedio de diez puntos porcentuales de disminución por década, llevaría medio siglo más eliminar la pobreza infantil de la región.

La combinación de pobreza infantil y pobreza monetaria al analizar la infancia en hogares con insuficientes ingresos también mejoró, pero la “estructura relativa” de combinación se mantiene más o menos constante. La reducción no modifica la infantilización de la pobreza, un fenómeno que sigue vigente, por lo que surge el interrogante respecto de si la pobreza infantil que va quedando se vuelve más dura y requerirá de medidas más drásticas para superarla.

La evidencia desplegada confirma la tendencia al mejoramiento de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes. No obstante, se debe tener presente que la medición de la pobreza infantil realizada está acotada a ciertas carencias que las encuestas de hogares permiten cuantificar. Para que el enfoque multidimensional y de derechos despliegue todo su potencial sería importante complementar el análisis con estudios en torno a otras privaciones de otros ámbitos del bienestar, como, por ejemplo, el tiempo, como se observa en el recuadro II.2.

Las distintas privaciones remiten a intervenciones sectoriales, pero que se deben articular bajo una visión integral del fenómeno de la pobreza. Al respecto, es preciso estar consciente de que las intervenciones que apuntan a mejorar la calidad de vida de los niños muchas veces también implican mejorar la calidad de vida de todos los integrantes de la familia. Además, es preciso considerar que la sola intervención sectorial, si bien puede reducir la privación en una dimensión de la pobreza infantil, no necesariamente asegura el cumplimiento del resto de los derechos fundamentales de los niños, y que, en el marco de la cultura de la pobreza, también suelen vulnerarse derechos no considerados en las medidas de pobreza, como la explotación infantil o la violencia física y psicológica que se ejerce contra los niños y niñas. Por ello, la integralidad de las acciones de lucha contra la pobreza infantil no solo refiere a la actuación coordinada de los Estados en distintas políticas y programas de carácter sectorial, sino también a que las intervenciones deben considerar aspectos psicosociales, en particular el aseguramiento de que en las familias se desarrolle una cultura de reconocimiento y respeto a los derechos de los niños.

Repensar la política pública sectorial, y especialmente la destinada a la lucha contra la pobreza, es una tarea acuciante, tanto por la magnitud del fenómeno como por la urgencia. Cortar las cadenas de reproducción de la pobreza y la desigualdad requiere acciones decididas y bien planificadas, orientadas a poblaciones objetivo donde efectivamente haya efectos positivos. Al respecto, las políticas públicas no solo deben orientarse a enfrentar las situaciones de pobreza actual, sino también a construir sistemas de promoción y protección social que permitan compensar los efectos de la pobreza (mala salud, baja educación y autoestima, trabajo informal, bajos ingresos, entre otros) y, por esa vía, aminorar el efecto de los factores que hacen posible su reproducción o resurgimiento.

El enfoque de derechos humanos en las políticas de desarrollo, y principalmente en los programas de superación de la pobreza, conlleva el reconocimiento de que la pobreza infantil tiene una doble implicación en la violación de los derechos humanos: impide su ejercicio actual y limita las oportunidades y la construcción de capacidades para su ejercicio futuro. La mayoría de los niños y adolescentes pobres ven sus derechos violentados, ignorados o parcialmente realizados en forma cotidiana, y sus familias, que carecen del goce de sus propios derechos, no pueden, por tanto, protegerlos.

Las políticas y los programas gubernamentales dirigidos a niños, niñas y adolescentes también forman parte del entorno del desarrollo integral de la infancia. En este sentido, como ya lo ha dicho la CEPAL, tal vez el principal giro que debe producirse para impulsar los derechos de los niños, niñas y adolescentes es alejarse de una visión que relega las condiciones que permitirían el acceso y ejercicio a los derechos a la esfera privada: ya sea a los hogares y las familias o al mercado. Estos ámbitos forman parte de la producción de bienestar de la infancia, pero no deben ser garantes y arquitectos de los derechos de la infancia. Esa función descansa fundamentalmente en el Estado y sus políticas públicas.

La integralidad de los derechos requiere una expresión en la gestión pública a través del desarrollo de sistemas coherentes de instrumentos de carácter intersectorial donde las distintas instituciones involucradas asuman responsabilidades concretas, dirijan la inversión de recursos al logro de metas y establezcan mecanismos de seguimiento y control centrados en resultados. No hay que olvidar que una política dirigida al desarrollo integral de la infancia y a la protección de sus derechos debe contemplar como un paso inicial ineludible la superación de la pobreza infantil. Combatir la pobreza infantil es un imperativo moral y político, ya que sus nefastas consecuencias afectan no solo a niños, niñas y adolescentes, sino a la sociedad en su conjunto, dañando las bases para un desarrollo económico y social sostenible en el largo plazo. De este modo, a nivel internacional se reconoce que la agenda para el desarrollo después de 2015 y los países latinoamericanos y caribeños deben abocarse a proteger los derechos de la infancia y adolescencia, ampliar los programas de superación de la pobreza y expresar en acciones concretas la voluntad política de hacer de la infancia y del objetivo de la igualdad una prioridad.

Recuadro II.3

Los indicadores de pobreza multidimensional como instrumentos para las políticas públicas

El debate sobre la medición de la pobreza con métodos multidimensionales y su aplicación en distintos países ha tenido efectos más allá de la esfera académica o de los organismos internacionales, y en la actualidad también se encuentra presente en el área de las políticas públicas. En Colombia y México ya se han adoptado índices multidimensionales de pobreza como medidas oficiales. La posibilidad de descomponer la contribución de cada dimensión a la pobreza, así como de realizar desagregaciones para distintos grupos poblacionales, entre los que se encuentran los niños, las niñas y los adolescentes, convierte a estas medidas de pobreza multidimensional en instrumentos muy útiles para el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas. No obstante, su utilización requiere algunas consideraciones, ya que el establecimiento de metas de reducción de la pobreza en función de uno u otro indicador (multidimensional o de ingresos) puede tener importantes implicancias. Por una parte, la magnitud de la población identificada mediante el método multidimensional puede diferir significativamente, y de hecho muchas veces difiere, de la que surge de la utilización del método del ingreso. Este aspecto debe ser tenido en cuenta cuando estas medidas se utilizan para definir metas de política pública. De la misma manera, el establecimiento de metas de reducción de pobreza basadas en uno u otro indicador implica orientar las intervenciones públicas hacia distintas políticas. Idealmente, los indicadores oficiales

de pobreza deberían cubrir tanto aspectos multidimensionales como de ingresos, sin perder de vista que se trata de medidas complementarias para ilustrar la situación de la población.

También se ha discutido la potencialidad de las medidas multidimensionales de pobreza como instrumento para la focalización de políticas públicas. Los programas de transferencias monetarias, que en la actualidad integran los sistemas de protección social de la mayoría de los países de la región, han tenido como característica distintiva la utilización de métodos estadísticos o econométricos de focalización, con el propósito de determinar la elegibilidad de los postulantes. En términos generales, han optado por la utilización de métodos de comprobación sustitutiva de medios de vida (generalmente basados en análisis discriminante o modelos probit), que consisten en asignar un puntaje a los hogares en función de sus características (observadas en una visita o declaradas). A partir del ordenamiento de los hogares y del establecimiento de un punto de corte —en función de la población objetivo establecida o de las restricciones fiscales—, se establece qué hogares se transforman en beneficiarios. A pesar de que uno de los aspectos más valorados de estos programas ha sido su relativamente buena focalización, la utilización de medidas multidimensionales de pobreza como instrumentos de identificación y selección permitiría reducir los errores de focalización e incrementar la eficacia de las políticas.

Recuadro II.3 (conclusión)

El principal argumento para abogar por la utilización de indicadores multidimensionales de privación como instrumentos de focalización ha sido que los métodos de comprobación sustitutiva de medios de vida, aun cuando incluyen distintas dimensiones, no son verdaderamente multidimensionales porque no capturan la privación en cada una de esas dimensiones. Lo que buscan finalmente es aproximarse al nivel de ingresos de las familias, por más que lo hagan a través de múltiples indicadores. También se ha señalado que los mecanismos de focalización utilizados se han centrado en las privaciones de ingreso y no en las privaciones en términos de capital humano, a pesar de que atacar estas privaciones, en particular en el caso de niños, niñas y jóvenes, es un objetivo explícito de estas políticas.

Para ilustrar sobre las potencialidades de las medidas multidimensionales de pobreza como instrumento de focalización, Azevedo y Robles (2013) presentan un ejercicio que consiste en aplicar una medida de pobreza multidimensional basada en

Alkire y Foster (2009) para el caso del Programa Oportunidades de México. Los autores analizan este mecanismo de focalización y lo comparan con mecanismos alternativos, incluido el utilizado verdaderamente por el programa, en función de su capacidad para incluir a los hogares de menores ingresos, así como a los hogares donde existe el trabajo infantil o se registran déficits en términos de asistencia escolar. Así, encuentran que el método de focalización multidimensional identifica mejor a los hogares que sufren privaciones en estas tres dimensiones. En un ejercicio similar aplicado al programa de Asignaciones Familiares del Uruguay (Lavalleja, Mathieu y Messina, 2013), que considera tanto las características del hogar como los atributos individuales de los niños, niñas y adolescentes, se subrayan las ventajas que implica utilizar un indicador flexible, que permite concentrar los esfuerzos, por ejemplo, en los niños que sufren privaciones en una determinada dimensión, otorgándole mayor peso.

Fuente: S. Alkire y J. Foster, "Counting and multidimensional poverty measurement", *Working Paper*, N° 32, Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano (OPHI), diciembre de 2009; S. Alkire y M.E. Santos "Acute multidimensional poverty: a new index for developing countries", *Human Development Reports Research Paper*, julio de 2010; R. Angulo, B. Díaz y R. Pardo, "Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010", *ISER Working Paper Series*, N° 2013-03, enero de 2013; V. Azevedo y M. Robles, "Multidimensional targeting: Identifying beneficiaries of conditional cash transfer programs", *Social Indicators Research*, vol. 112, N° 2, 2013; F. Bourguignon y S.R. Chakravarty, "The measurement of multidimensional poverty", *Journal of Economic Inequality*, N°1, 2003; M. Lavalleja, G. Mathieu y P. Messina, "Evaluación de los mecanismos de selección de beneficiarios de asignaciones familiares", trabajo de investigación monográfica, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, 2013; M. Ravallion, "On multidimensional indices of poverty", *Journal of Economic Inequality*, vol. 9, N° 2, 2011.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor (2006), "La articulación de acciones legales y políticas en la demanda de derechos sociales", *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en América Latina. Del invento a la herramienta*, Alicia Yamin (ed.), Plaza y Valdés/IDRC.
- Alkire, Sabina y Maria Emma Santos (2010), "Acute multidimensional poverty: a new index for developing countries", *Human Development Reports Research Paper*, julio.
- Alkire, Sabina y James Foster (2009), "Counting and multidimensional poverty measurement", *Working Paper*, N° 32, Iniciativa de Oxford sobre la Pobreza y el Desarrollo Humano (OPHI), diciembre.
- Azevedo V. y Robles M. (2013), "Multidimensional targeting: Identifying beneficiaries of conditional cash transfer programs", *Social Indicators Research*, vol. 112, N° 2.
- Bourguignon, François y Satya R. Chakravarty (2003), "The measurement of multidimensional poverty", *Journal of Economic Inequality*, vol. 1, N° 1, abril.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL), "Definición de viviendas en situación de hacinamiento" [en línea]. <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/viviendas_en_situacion_de_hacinamiento.htm> [fecha de consulta: 20 de enero de 2011].
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *Panorama Social de América Latina 2009* (LC/G.2423-P/E), Santiago de Chile.
- (2000), *Panorama Social de América Latina 1999-2000* (LC/G.2068-P/E), Santiago de Chile.
- (1998), *Panorama Social de América Latina 1998* (LC/G.2050-P), Santiago de Chile.
- (1997), *Panorama Social de América Latina 1997* (LC/G.1982-P/E), Santiago de Chile.
- (1994), *Panorama Social de América Latina 1994* (LC/G.1844-P/E), Santiago de Chile.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2012a), "Guía para estimar la pobreza infantil. Información para avanzar en el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes" (LC/M2)" [en línea] <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/>.
- (2012b), "Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina", *Documentos de Proyecto*, N° 477 (LC/W.477), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2010), "Pobreza infantil en América Latina y el Caribe" (LC/R.2168), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2009), "Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro", *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, N° 9, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio.

- CEPAL/DGEC (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Dirección General de Estadísticas y Censos) (1988), *La heterogeneidad de la pobreza: una aproximación bidimensional* (LC/MVD/R.12/Rev.1), Montevideo, Oficina de la CEPAL en Montevideo.
- CONEVAL/UNICEF (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2013), *Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2008-2010*, México, D.F., Oficina del UNICEF en México.
- Espíndola, Ernesto y María Nieves Rico (2012), "Child poverty in Latin America: multiple deprivation and monetary measures combined", *Global Child Poverty and Well-Being. Measurement, concepts, policy and action*, Alberto Minujín y Sailen Nandy, Bristol, The Policy Press.
- (2010), "La pobreza infantil: un desafío prioritario", *Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre la base de los objetivos de desarrollo del Milenio*, N° 10, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Foster, James, Joel Greer y Erik Thorbecke (1984), "A class of decomposable poverty measures", *Econometría*, vol. 52, N° 3, mayo.
- Gordon, David (2006), "Cómo monitorear el derecho a la salud", Conferencia Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud (EDHUCASALUD)/Federación Internacional de Organizaciones de Derechos Humanos y Salud (IFHHRO).
- (ed.) (2003), "Final draft: The distribution of child poverty in the developing world", Report to UNICEF, Bristol, Centre of International Poverty Research, Universidad de Bristol [en línea] <http://www.ibge.gov.br/poverty/pdf/Social%20Exclusion/REFERENCE%20CHILD%20POVERTY%20REPORT.pdf> [fecha de consulta: 12 de julio de 2013].
- Gordon, David y otros (2003), *Child Poverty in the Developing World*, Bristol, The Policy Press.
- Grupo de Río sobre Estadísticas de Pobreza (2007), *Compendio de Mejores Prácticas en la Medición de la Pobreza*, Santiago de Chile
- Hofferth, L. Sandra y John F. Sandberg (2000), *How American Children Spend their Time*, Michigan, Universidad de Michigan, abril.
- Kaztman, Rubén (2011), "Infancia en América Latina: privaciones habitacionales y desarrollo de capital humano", *Documentos de Proyecto*, N° 431 (LC/W.431), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Lavalleja M., G. Mathieu y P. Messina (2013), "Evaluación de los mecanismos de selección de beneficiarios de asingaciones familiares", trabajo de investigación monográfica, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República.
- Minujin, Alberto, Enrique Delamónica y Alejandra Davidziuk (2006), "Pobreza infantil. Conceptos, medición y recomendaciones de políticas públicas", *Cuaderno de Ciencias Sociales*, N° 140, San José, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Morales, Abelardo, Guillermo Acuña y Karina Wing-Ching (2010), "Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica", *serie Población y Desarrollo*, N° 94 (LC/L.3249-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.54.
- (2000), *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)* [en línea] <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals> [fecha de consulta: 20 de enero de 2011].
- Ravallion, Martin (2011), "On multidimensional indices of poverty", *Policy Research Working Paper*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Rico, María Nieves (2013), "Derechos de la infancia. Enfoque, indicadores y perspectivas", *Seminario Internacional Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad*, Santiago de Chile, Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH).
- Rossel, Cecilia (2013), "Desbalance etario del bienestar. El lugar de la infancia en la protección social en América Latina", *serie Políticas Sociales*, N°176 (LC/L.3574), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Townsend, P. (1979), *Poverty in the United Kingdom*, Londres, Allen Lane and Penguin.
- Tuñón, Ianiina (2012), *La infancia argentina sujeto de derecho. Progresos, desigualdades y desafíos pendientes en el efectivo cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes*, Buenos Aires, Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2007), "UN General Assembly adopts powerful definition of child poverty", Nueva York [en línea] http://www.unicef.org/media/media_38003.html [fecha de consulta: 12 de julio de 2013].
- (2005), *El Estado Mundial de la Infancia 2005*, Nueva York.
- (2004), "PRSPs & children: child poverty, disparity and budgets", *CD PRSPs Resource Package*, Nueva York.



Algunas dimensiones soslayadas del bienestar en América Latina

A. Aspectos conceptuales y metodológicos

1. ¿En qué está la discusión?
2. Iniciativas en curso
3. Bienestar, desigualdad y malestar
4. Propuesta de análisis sobre la base de algunas dimensiones principales del bienestar

B. Espacio

1. Contaminación atmosférica en las ciudades latinoamericanas
2. Exposición a la contaminación atmosférica como causa de mortalidad
3. Crecimiento del parque automotor y contaminación atmosférica

C. Tiempo

1. La jornada laboral
2. Tiempo de trabajo remunerado, no remunerado y tiempo libre

D. Convivencia

1. La violencia
2. La violencia doméstica

E. Consideraciones finales

Bibliografía

A. Aspectos conceptuales y metodológicos

El bienestar es un concepto amplio sobre el que se han dado muchas y variadas definiciones. Es un estado físico, social y mental positivo; no es solo la ausencia de dolor, incomodidad o incapacidad. El bienestar requiere que las necesidades básicas sean satisfechas, que los individuos tengan una motivación y que se sientan capaces de participar en la sociedad y de lograr metas personales importantes. El bienestar se fortalece por medio de condiciones que incluyen relaciones personales de apoyo, comunidades fuertes e inclusivas, buena salud, seguridad personal y financiera, un empleo gratificante y un medio ambiente saludable y atractivo (Reino Unido, Gobierno de, 1999).

1. ¿En qué está la discusión?

Las múltiples definiciones acerca de qué constituye el bienestar abarcan propuestas conceptuales, metodológicas y de política. En términos amplios, la palabra bienestar se ha utilizado para referirse a la situación de vida de una persona o de un grupo social (Gasper, 2007). Los enfoques más comunes incluyen calidad de vida, estándares de vida y desarrollo humano, y nociones como bienestar social, utilidad, satisfacción con la vida, prosperidad, satisfacción de necesidades, expansión de capacidades y felicidad. Aunque algunos de estos términos tienen significados específicos, muchos se superponen y en ocasiones se utilizan de forma intercambiable (McGillivray, 2005).

Durante buena parte del período de la posguerra, la teoría del desarrollo asociaba el bienestar al progreso económico, expresado en el producto total que una sociedad era capaz de generar, con la convicción de que la difusión del crecimiento económico permitiría generarlo de manera universal. En virtud de esa visión, se construyó el indicador del PIB para dar cuenta del desarrollo económico y del progreso de las sociedades. Tanto en la teoría como en los planteamientos de política, el PIB se utilizó además como variable sustituta del bienestar (Boarini, Johansson y D'Ercole, 2006).

Con el transcurso del tiempo han surgido diversas críticas respecto de las limitaciones del PIB para dar cuenta del bienestar en las sociedades. Desde los años setenta se han formulado propuestas orientadas a elaborar un indicador ajustado que reflejara, por una parte, la producción de riqueza y bienestar en la sociedad, y por la otra, los bienes y servicios que no están en el mercado. Con estas iniciativas se buscaba ajustar las medidas económicas convencionales (como el PIB) con los costos y beneficios sociales y ambientales que normalmente quedan fuera del marco de las cuentas nacionales¹.

En un sentido distinto, otros enfoques se han orientado a construir índices compuestos que logren dar mejor cuenta del carácter multidimensional del bienestar. Este es el caso del índice de desarrollo humano, construido sobre la base de tres indicadores (ingreso, expectativa de vida y nivel educativo), que tiene como fundamento teórico el enfoque de las capacidades de Amartya Sen. Este enfoque representa un giro en las comprensiones del bienestar asociadas puramente a las dimensiones materiales y de ingreso. En lo medular, plantea que el progreso, el desarrollo o la reducción de la pobreza ocurren cuando las personas tienen más libertades (o capacidades). “El desarrollo puede concebirse como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos” (Sen, 2000). En consecuencia, la “buena vida” sería, en parte, una elección genuina y no una situación en la que la persona se vería forzada a desarrollar sus experiencias de vida. El valor intrínseco de la libertad estaría vinculado al empoderamiento de las personas para que puedan surgir por sí mismas en tanto actores o agentes creativos de su propio desarrollo.

¹ Entre estas iniciativas cabe destacar la medida de bienestar económico de Nordhaus y Tobin (1972); el índice de bienestar económico sostenible (IBES) de Daly y Cobb (1989); el indicador del progreso genuino de Cobb, Halstead y Rowe (1995); y la medida de progreso interno de la New Economics Foundation.

Otra aproximación distinta es la que introduce los aspectos subjetivos en la evaluación del bienestar². Un aspecto central se refiere a la relación entre desarrollo económico (o material) de la sociedad y bienestar subjetivo, entendido este último como el grado en que las personas evalúan positivamente su bienestar o calidad de vida. La idea central es que a partir de un determinado nivel de desarrollo económico y material de las sociedades, se observa un menor rendimiento del crecimiento económico en relación con la experiencia del bienestar. En la literatura económica esto se conoce como la “paradoja de Easterlin” y se refiere al hecho de que, si bien las personas con mayores ingresos son más felices que aquellas con ingresos más bajos, a partir de un determinado momento, el nivel de felicidad permanece constante aunque se registren aumentos sustanciales del ingreso (Easterlin, 1974).

Pese a su importante aporte a la comprensión del fenómeno del bienestar, los indicadores mencionados han sido objeto de numerosas críticas. Por una parte, los pesos que se asignan a cada una de las dimensiones involucradas son materia de intenso debate (Conceição y Bandura, 2008). Asimismo, la posible colinealidad de los indicadores y, por tanto, la robustez de las variables elegidas, también ha sido un punto de atención metodológica. Por último, las medidas que se construyen desde la óptica puramente subjetiva del bienestar muestran debilidades metodológicas importantes para dar cuenta de su carácter multidimensional.

Pese a estas críticas y a los diversos problemas metodológicos y conceptuales por resolver, nuevos debates han trascendido las discusiones puramente académicas para ser considerados por diversos gobiernos.

Un hito crucial fue la creación de la Comisión Stiglitz, Sen y Fitoussi, establecida en 2008 por el presidente de Francia, Nicolas Sarkozy, con el apoyo de la Comisión Europea, para discutir los alcances del progreso y el bienestar en el siglo XXI. En las conclusiones de esta comisión primó la comprensión del bienestar como fenómeno multidimensional. Si bien se nutren de esfuerzos previos en la selección y construcción de indicadores, incluidos los debates sobre felicidad, estas conclusiones van más allá en el intento por establecer un conjunto de indicadores comparables entre países, o al menos sentar la discusión para identificarlos.

Stiglitz, Sen y Fitoussi (2008) elaboran una serie de recomendaciones para fortalecer los indicadores que actualmente miden el progreso y el bienestar a partir del examen de los límites del PIB. En la dimensión económica, proponen considerar las medidas netas por sobre las brutas; analizar la calidad y cantidad de los servicios, sus cambios y flujos; mejorar la medición de los servicios provistos por los gobiernos, y prestar más atención al consumo de los hogares que al consumo total de la economía. Se trata de analizar el ingreso, la riqueza y el consumo en su conjunto y no por separado, además de valorizar los servicios y el consumo generado dentro del hogar y su desigualdad. En segundo término, proponen analizar la calidad de vida tanto a partir de indicadores subjetivos de bienestar como de indicadores que dan cuenta de las oportunidades y condiciones en que viven las personas en materia de salud, educación, seguridad, voz política, condiciones medioambientales y otras. En tercer lugar, enfatizan la necesidad de considerar la dimensión de desarrollo sostenible, un aspecto sobre el que existe menos consenso, y de analizar por separado las dimensiones económicas y medioambientales, con especial atención en las variaciones de las reservas de los principales activos fundamentales para la vida humana.

2. Iniciativas en curso

A partir del trabajo de esta comisión, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) estableció en 2010 una alianza de múltiples organismos internacionales para medir el progreso en las sociedades³. Hasta el momento, esta alianza se ha centrado en definir los indicadores que deberían analizarse individualmente de forma periódica y en el futuro se espera generar un índice compuesto de bienestar. Estos indicadores se construirán a partir de tres dimensiones: recursos económicos, calidad de vida y sostenibilidad. Al mismo tiempo, se ha propuesto analizar

² En el marco del enfoque que introduce la dimensión subjetiva del bienestar se han elaborado diversos índices para medir la felicidad. Entre ellos se encuentra el índice nacional bruto de felicidad de Bután, que señala que el verdadero desarrollo humano se fundamenta en la conexión entre las dimensiones materiales de bienestar y las espirituales, y se sostiene sobre cuatro pilares: desarrollo socioeconómico sostenible y equitativo, conservación del medio ambiente, promoción de la cultura y gobernanza (véase [en línea] <http://grossnationalhappiness.com/gnhIndex/introductionGNH.aspx>). Otra iniciativa reciente es un informe mundial sobre la felicidad de Helliwell, Layard y Sachs (2013).

³ Además de la OCDE, esta iniciativa, denominada Global Project on Measuring the Progress of Societies, contó con el apoyo del Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Africano de Desarrollo (BAfD), la Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO), la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESAP) y la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) (véase [en línea] <http://www.midiendoelprogreso.org/socios.html>).

los entornos humanos en relación con los ecosistemas y distinguir entre bienestar individual y social al momento de analizar las conexiones entre los indicadores (Quiroga, 2007).

En una línea semejante, *Wellbeing and Poverty Pathways* (2011), una asociación establecida entre diversos centros académicos del Reino Unido, la India y Zambia, ha establecido una serie de indicadores comparables entre países para definir el bienestar y la calidad de vida en las siguientes ocho dimensiones: salud física y mental, recursos económicos, características de los entornos locales, agencia y participación, conexiones sociales, relaciones cercanas, competencia y autovaloración, y valores y significados⁴. A su vez, estas dimensiones se encuentran insertas en un contexto caracterizado por el ambiente físico, la infraestructura, el sistema político y económico, las instituciones sociales, las dinámicas de paz y conflicto, los servicios disponibles y el régimen político. En este caso, se enfatiza la necesidad de considerar medidas cualitativas complementarias, que brinden un contexto al análisis de los distintos indicadores, y de asignar un papel primordial a la cultura en la definición de bienestar, entre otros aspectos.

Como lo muestra la New Economics Foundation (NEF), estas discusiones han despertado gran atención en diversos gobiernos y su impacto se ha acrecentado año tras año (NEF, 2008). Inglaterra ha sido pionera en este sentido y en 1994, en el marco del plan de acción plasmado en el Programa 21, lanzó una estrategia de desarrollo sostenible: *Sustainable Development: the UK Strategy* (Reino Unido, Gobierno de, 1994). Posteriormente, en 1997, el gobierno anunció su intención de diseñar una nueva estrategia, para lo cual preparó un documento de consulta —*Opportunities for Change*— y una serie de publicaciones sobre aspectos particulares del desarrollo sostenible. La nueva estrategia se elaboró sobre la base de los logros de la estrategia de 1994, pero planteó un nuevo enfoque que resaltaba la dimensión social del desarrollo sostenible en conjunto con los aspectos económicos y ambientales. En 1999 se lanzó el documento *A Better Quality of Life* (1999), donde se define un sistema de aproximadamente 150 indicadores que ofrecen una visión detallada de los avances y desafíos en materia de desarrollo sostenible. Los indicadores principales (*headline indicators*) son un subconjunto de ese sistema. Tres de ellos remiten al ámbito económico (crecimiento, inversión y empleo), cinco a hacen referencia al ámbito social (pobreza, educación, salud, vivienda y criminalidad) y siete remiten al sector ambiental (cambio climático, calidad del aire, tráfico, calidad del agua de los ríos, vida silvestre, uso de la tierra y desechos).

Además del Reino Unido, otros países han liderado iniciativas similares. Estas incluyen experiencias implementadas desde hace ya varios años por los gobiernos de Australia (*Measures of Australia's Progress (MAP)*)⁵, Dinamarca (*Structural Monitoring. International Benchmarking of Denmark*)⁶, Irlanda (*Measuring Ireland's Progress*)⁷ y Nueva Zelanda (*Monitoring Progress Towards a Sustainable New Zealand*)⁸.

En América Latina también comienzan a ponerse en marcha iniciativas orientadas a definir indicadores para la medición multidimensional del bienestar. Dos de ellas revisten particular importancia. La primera es la implementación de la medición multidimensional de la pobreza en México desde fines de 2009. Esta iniciativa es la primera en reflejar las distintas formas que puede asumir la pobreza en los hogares, al incluir tanto factores sociales (salud, vivienda, educación y acceso a alimentos) como ingresos a nivel nacional, estatal y municipal. Son varios los elementos destacables de esta aproximación a la pobreza multidimensional: a) las dimensiones escogidas por el Congreso se basan en derechos sociales; b) los puntajes de corte se basan principalmente en la Constitución de México y las principales normas vigentes en el área social (estos dos elementos alinean la medición de la pobreza con el marco legal mexicano); c) la metodología hace visible el vínculo entre pobreza, programas sociales y estrategias para fines de políticas públicas, y d) cada dos años se hacen estimaciones de los índices de pobreza a nivel nacional y estatal y cada cinco años a nivel municipal⁹. En su presentación de la metodología, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social de México (CONEVAL) define el concepto de multidimensionalidad de la pobreza, las dimensiones e indicadores que lo componen, los umbrales para cada indicador y los criterios utilizados. De acuerdo con esta nueva definición, una persona es multidimensionalmente pobre si su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades, y tiene una carencia en al menos uno

⁴ Véase [en línea] <http://www.wellbeingpathways.org/>.

⁵ Véase [en línea] <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/1370.0.55.001>.

⁶ Véase [en línea] <http://uk.fm.dk/publications/2000/structural-monitoring-international-benchmarking-of-denmark/>.

⁷ Véase [en línea] <http://www.cso.ie/en/releasesandpublications/measuringirelandsprogress/>.

⁸ Véase [en línea] http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/environment/sustainable_development/monitoring-progress-towards-sustainable-nz.aspx.

⁹ Véase [en línea] <http://www.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>.

de los siguientes seis indicadores: brechas educacionales, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, calidad de la vivienda y sus espacios, servicios básicos en la vivienda y acceso a alimentos¹⁰.

Otra iniciativa es la Conferencia latinoamericana para la medición del bienestar y la promoción del progreso de las sociedades, en la que participaron algunas instituciones de la región (como el BID, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el PNUD). El encuentro, realizado en México, D.F. en mayo de 2011, fue organizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico (FCCyT) de México, con el apoyo de la OCDE y su Centro de Desarrollo, y formó parte de una serie de conferencias regionales realizadas en el marco del proyecto global *Midiendo el Progreso de las Sociedades*, previas al cuarto Foro Mundial de la OCDE, que tuvo lugar en Nueva Delhi en octubre de 2012¹¹. La conferencia tuvo como antecedentes los foros mundiales convocados por la OCDE en Palermo (2004), Estambul (2007) y Bután (2009). Desde un punto de vista conceptual, un antecedente fundamental fue el informe *The Measurement of Economic Performance and Social Progress Revisited. Reflections and Overview* (Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2008), al que ya nos hemos referido. A continuación se presentan las principales conclusiones de la conferencia:

- a) La comprensión del bienestar de las personas y de sus determinantes es clave, dado que muestra la dirección en que la sociedad debe moverse para lograr el progreso y orienta a quienes toman las decisiones.
- b) Los indicadores comúnmente utilizados solo captan en forma parcial la complejidad del fenómeno. Como se ha señalado, tal es el caso del PIB, que se centra en la producción de bienes y servicios sin considerar aspectos como la distribución del ingreso, la justicia, las libertades, la capacidad de las personas de tener una vida con sentido, la satisfacción con la vida y la sostenibilidad del progreso económico. Una medida adecuada del progreso debería asumir un enfoque multidimensional.
- c) La medición del bienestar va más allá del PIB y del dinero, requiere considerar tanto las dimensiones objetivas como subjetivas y debería centrarse tanto en las personas como en los hogares.
- d) Las dimensiones importantes del bienestar deberían incluir los factores que repercuten en la salud, la educación, las condiciones de trabajo, la vivienda, la situación económica, las relaciones interpersonales, la disponibilidad de tiempo libre, el acceso a la protección social, la ciudadanía efectiva, la igualdad de género y la pertenencia étnica.
- e) Hay una estrecha relación entre bienestar, equidad y cohesión social. A pesar del significativo crecimiento económico, América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo. Las desigualdades se manifiestan no solo en el ingreso, sino también en la educación, la salud, el acceso a servicios de calidad, la seguridad, la disponibilidad de tiempo libre y el ejercicio de la ciudadanía. En el análisis del bienestar se debe poner énfasis en las brechas étnicas y de género, así como en los diversos grupos vulnerables y en la movilidad social intergeneracional.
- f) Desde el punto de vista de la medición, el objetivo no es construir un índice sintético del bienestar, sino producir un número limitado de indicadores relevantes que puedan apoyar el diseño y la toma de decisiones en política. Existe consenso respecto de la necesidad de mejorar las fuentes de información oficiales y de crear otras que capten aspectos del bienestar que aún no han sido medidos (Rojas, 2011).

En definitiva, los elementos reseñados muestran que ha surgido una convicción compartida alrededor del mundo, incluida América Latina, respecto de la necesidad de repensar lo que constituye el progreso de las sociedades. Las narrativas que señalan el crecimiento económico como única vía para lograr el bienestar de las personas resultan, a lo menos, insuficientes. Con ello se replantean las formas tradicionales de medir dicho bienestar, incorporando cuestiones como el medio ambiente, los costos de su deterioro y sus efectos actuales e intergeneracionales, así como aspectos subjetivos de la vida de las personas.

3. Bienestar, desigualdad y malestar

Repensar lo que constituye el bienestar y la forma en que debe medirse adquiere una significación particular en América Latina, en un contexto marcado por tres factores distintos: a) importantes avances en el cumplimiento de las metas globales de desarrollo, b) persistencia de la desigualdad y c) emergencia y creciente visibilidad del fenómeno del malestar social.

¹⁰ Para acceder a más información sobre la metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, la construcción de líneas de bienestar, mapas e informes sobre el estado de la pobreza en el país y sus regiones, véase [en línea] <http://www.coneval.gob.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Publicaciones-sobre-Medicion-de-la-pobreza.aspx>.

¹¹ Véase [en línea] <http://www.midiendoelprogreso.org/>.

Como se señala en un informe reciente (Alarcón, 2013), los países de América Latina y el Caribe han logrado grandes avances hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por la comunidad internacional. No obstante, aún quedan problemas muy importantes por resolver. La deforestación es una grave amenaza para la sostenibilidad del medio ambiente y la mayor pérdida de bosques ha ocurrido en América del Sur. La ampliación del acceso a los servicios de salud reproductiva es indispensable para prevenir la mortalidad materna y reducir la maternidad entre adolescentes. Asimismo, la tasa de urbanización sigue siendo más rápida que la mejora de los tugurios, lo que significa que el desafío está en mejorar las viviendas y las fuentes hidrosanitarias (Alarcón, 2013).

Ello no opaca el avance hacia una notoria reducción de los niveles de pobreza. Sin embargo, aún se registran elevados niveles de desigualdad de la distribución del ingreso, en los que solo se ha logrado un leve descenso. “Si bien las mejoras distributivas de inicios de siglo son positivas, la evidencia parece indicar la persistencia de cuatro aspectos centrales que limitan los futuros avances en materia de igualdad: la distribución del ingreso, la distribución de la educación y el conocimiento, la muy desigual capacidad para aprovechar esa educación y conocimientos en el mercado laboral y la reproducción intergeneracional de la desigualdad” (CEPAL, 2010a). A ello se suman dos factores que exacerban las brechas por cerrar en el mapa de las desigualdades. “Por una parte se ha consagrado un acceso segmentado a mecanismos de aseguramiento frente al riesgo y la vulnerabilidad, lo que incluye el acceso muy desigual a las prestaciones de salud y de seguridad social. Por otra parte, el gasto social ha crecido en mayor volumen en sus instrumentos menos redistributivos, como la seguridad social. Se trata, pues, de una arquitectura de protección social que debe readecuarse para avanzar con mayor igualdad” (CEPAL, 2010a).

Además de los aspectos mencionados, la convicción respecto de la necesidad de repensar lo que constituye el bienestar surge precisamente en un momento de emergencia y creciente visibilidad del fenómeno del malestar. Desde hace varios años en Chile, y recientemente en el Brasil —por mencionar solo dos países que han logrado avances importantes hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio—, se observa un malestar generalizado que se hace visible mediante grandes movilizaciones sociales. Este malestar está provocado por cuestiones particulares, como la educación, el transporte público y los conflictos ambientales, que catalizan una disconformidad difusa presente en toda la sociedad. Los que reaccionan en primer lugar son los jóvenes, que complementan la manifestación pública en la calle con formas de convocatoria y difusión inéditas, asociadas a las nuevas tecnologías que forman parte de su universo cultural.

Estos movimientos pueden tener puntos de partida diferentes (la educación, el transporte público, la contaminación de los alimentos con agroquímicos, la presencia de elementos tóxicos en el ambiente y demás), pero muestran una disconformidad que tiene como telón de fondo un “ambiente de época”. Entre otros aspectos, se caracterizan por no contar con una agenda de reivindicaciones clara y unificada, y por resistirse a la participación de fuerzas políticas organizadas en partidos, tratando de salvaguardar una independencia que sienten que resguarda lo que la gente realmente quiere.

Resulta paradójico, entonces, que la pregunta por el bienestar se plantee en un contexto en que, al tiempo que los países de la región han hecho avances significativos hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se hace visible un malestar generalizado a través de movilizaciones sociales muy diversas. En tanto, los indicadores tradicionales parecen no dar cuenta de cuestiones que son esenciales al bienestar desde el punto de vista de los protagonistas de los procesos de desarrollo.

4. Propuesta de análisis sobre la base de algunas dimensiones principales del bienestar

La CEPAL no se ha propuesto elaborar un nuevo índice sintético de bienestar. Al menos cuatro razones fundamentan esta opción. En primer lugar, un índice sintético llevaría a simplificar o esquematizar un fenómeno que es muy complejo. La simplificación se produce ya desde la selección de las dimensiones a ser consideradas en el índice, que es arbitraria por definición. Además, con el paso del tiempo, algunas de las dimensiones seleccionadas —como, por ejemplo, la alfabetización o la desnutrición— van quedando relegadas a un lugar más secundario del que tenían inicialmente. Por otra parte, los ponderadores (o pesos de cada indicador) también suscitarían controversias: ¿por qué dar mayor peso a algunas dimensiones (o indicadores) si los países, o grupos poblacionales, que están siendo

analizados dan una valoración distinta a esas mismas dimensiones (o indicadores)? Si bien los índices sintéticos son útiles para establecer clasificaciones de países —como ocurre, por ejemplo, con el índice de desarrollo humano—, también son de difícil interpretación, pues requieren la identificación de umbrales (o líneas de corte) para definir qué elementos están por debajo del bienestar esperado. Por último, hay que destacar que actualmente no están dadas las condiciones para construir un índice, dado que algunas de las dimensiones que interesa considerar no se encuentran suficientemente documentadas en la estadística oficial de los países. De hecho, existen ámbitos significativos donde la información es escasa o prácticamente inexistente, por lo que es necesario desarrollar y perfeccionar las fuentes de información oficial. También es necesario que en el proceso de estandarización de la información por país se contemplen cuestiones relativas a su homologación (o armonización) a los efectos de la comparabilidad. En definitiva, tanto los problemas relacionados con la selección de los indicadores como otros de carácter técnico y metodológico deben resolverse antes de pensar en poner en marcha un sistema de medición multivariado, si es que ese fuese el objetivo.

Tampoco se trata de avanzar hacia un sistema exhaustivo de indicadores. Esta otra opción tiene la ventaja de que no genera una simplificación del fenómeno del bienestar como ocurre con los índices sintéticos de bienestar y, en ese sentido, es más tentadora. Sin embargo, la propia exhaustividad de la información dificulta su uso en un esquema de análisis con una visión integrada e idealmente comparativa del desarrollo de los países en términos de logros de bienestar. Al respecto, un caso ilustrativo es el sistema de aproximadamente 150 indicadores elaborado en 1999 por el Gobierno del Reino Unido tras un proceso de consulta pública, en el marco de una estrategia que resalta la dimensión social del desarrollo sostenible junto con los aspectos económicos y ambientales (*A Better Quality of Life, 1999; Quality of Life Counts, 2004*). Indudablemente, este sistema de indicadores ofrece una visión detallada de los avances y desafíos en materia de desarrollo sostenible. Sin embargo, el sistema es tan complejo que fue necesario definir un subconjunto de indicadores principales para dar cuenta, de forma resumida, de los avances y rezagos en el cumplimiento de los objetivos de la política de desarrollo sostenible en Inglaterra. Sin duda, todo esto fue de gran utilidad para los encargados de formular las políticas a nivel central y regional en el país. Sin embargo, difícilmente podría reproducirse en América Latina, dado que gran parte de los países carecen de estadísticas oficiales en muchos de los temas que interesa abordar en una medición multidimensional del bienestar.

La presente propuesta se orienta hacia un término medio, al estilo de los indicadores principales mencionados, pero en vez de estos indicadores se seleccionan algunas dimensiones principales. Es una propuesta modesta, que considera tres dimensiones que se han soslayado en la discusión acerca del bienestar en América Latina y que pueden considerarse condiciones necesarias, sin las cuales no hay bienestar: espacio, tiempo y convivencia. Estas van más allá de las condiciones “de primera generación”, que son fundamentales para el desarrollo de la vida humana y remiten a dimensiones sectoriales como la salud, la educación, las condiciones de trabajo, la vivienda o la situación económica. También pueden ser pensadas como “lugares” desde donde es posible obtener una mirada integrada y multidimensional de cuestiones que ya hemos analizado de forma parcial y fragmentada.

El espacio que habitamos es, sin duda, una dimensión fundamental del bienestar de las personas. La clave está en la calidad del espacio que habitamos y en particular del medio ambiente. Un medio ambiente sano tiene efectos positivos en el bienestar de las personas y, por tanto, es una condición necesaria de dicho bienestar. Por otra parte, el material contaminante, las sustancias peligrosas y el ruido inciden negativamente en la salud y el bienestar de las personas. La OCDE ha destacado que los factores ambientales inciden en más del 80% de las principales enfermedades y que cerca de un cuarto de todas las enfermedades y muertes en el mundo se deben a condiciones ambientales precarias. Factores ambientales de carácter más extremo, como los desastres naturales (terremotos, ciclones, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas y brotes epidémicos), también pueden provocar gran número de muertes y enfermedades. La preservación de los recursos naturales y de un medio ambiente saludable es uno de los desafíos más importantes para garantizar la sostenibilidad del bienestar (OCDE, 2011, pág. 212).

La capacidad de mantener un equilibrio en el tiempo que se requiere para realizar distintas actividades —vinculadas al trabajo, la vida familiar, las relaciones interpersonales y de carácter recreativo— es una segunda dimensión clave del bienestar de las personas. Cuando no se tiene esa capacidad se rompe el equilibrio y disminuye el tiempo para la convivencia familiar, las relaciones interpersonales, las actividades recreativas y demás. Dos tipos de actividades conspiran contra la capacidad de mantener ese equilibrio: a) el tiempo laboral pagado, o jornada laboral, que históricamente ha sido demasiado extenso, con lo que se ha reducido al mínimo la capacidad de realizar otras actividades (con las políticas de conciliación entre actividad laboral y vida familiar que surgen en la década de 1990

se busca reestablecer el equilibrio entre estos dos ámbitos de la vida de las personas), y b) el tiempo que se destina al trabajo doméstico no remunerado que se realiza en el hogar. La suma del tiempo laboral pagado y del tiempo destinado al trabajo no remunerado da lugar a la carga de trabajo total, que afecta la disponibilidad de tiempo libre e incide negativamente en el bienestar.

Una convivencia sana constituye la tercera dimensión clave del bienestar. La convivencia hace referencia a los modos de vivir juntos en distintos ámbitos de la vida cotidiana: la familia, el trabajo, el espacio público. En el plano de los valores, una convivencia sana requiere respeto por la diversidad, tolerancia y confianza en otras personas. En el plano normativo, una convivencia sana requiere aceptación (y cumplimiento) de las normas que regulan la interacción social. El bienestar de las personas disminuye cuando la convivencia se encuentra afectada por la intolerancia, la desconfianza y la falta de aceptación de la diversidad. También disminuye cuando las normas que regulan la interacción social no son aceptadas ni respetadas (CEPAL, 2007). En la perspectiva de este documento, las manifestaciones de violencia en distintos ámbitos de la vida —tanto público como privado— expresan un fuerte deterioro de la convivencia y, por tanto, son factores que inciden en la disminución del bienestar.

Por último, es importante resaltar que en la propuesta que se elabora a continuación no se han incorporado los aspectos subjetivos del bienestar. Ello no responde a que se le asigne poca relevancia a estos aspectos. Por el contrario, la propuesta que sigue se sostiene en la idea de que un enfoque más amplio para la comprensión del bienestar debe ir más allá de la métrica monetaria, incluidos los aspectos del bienestar no “comprados” por el ingreso. “En este marco, una cuestión emergente en el debate latinoamericano es la necesidad de incorporar aspectos subjetivos, como las percepciones y actitudes de los individuos sobre sus condiciones de vida y las relaciones sociales que sostienen, en la evaluación de su bienestar” (Villatoro, 2012).

En estudios anteriores, la CEPAL ha incorporado indicadores subjetivos en la evaluación del bienestar (CEPAL, 2007, 2010a y 2012). Sin embargo, es precisamente porque los aspectos subjetivos no constituyen una dimensión más del bienestar, sino que lo recorren transversalmente, que este tema requiere un análisis particular. Recorriendo las dimensiones que se plantean en la propuesta que sigue, este análisis debería considerar, entre otros aspectos, la percepción que las personas tienen de la contaminación ambiental y cómo ello afecta su bienestar, la satisfacción que sienten respecto de su tiempo libre y el balance del tiempo en términos de jornada laboral y trabajo doméstico no remunerado, así como su preocupación por la seguridad y la violencia.

B. Espacio

El espacio es una de las dimensiones materiales fundamentales de la vida humana. Es el medio ambiente que habitamos e incluye el agua, el suelo, el aire, los objetos, los seres vivos, las relaciones entre hombres y mujeres, y elementos intangibles como los valores culturales. Un espacio (o medio ambiente) saludable es una condición necesaria para que las personas puedan alcanzar niveles dignos de bienestar.

En las últimas décadas, el medio ambiente en América Latina ha estado sometido a impactos de distinto tipo e intensidad como resultado del modelo de desarrollo. Muchos están presentes en los actuales debates ambientales: la deforestación, producto de la tala y quema de bosques; la reducción de la biodiversidad y el daño a sistemas ecológicos, que son clave en las cadenas alimenticias; la pesca excesiva, que pone en peligro un gran número de especies de la fauna silvestre; la erosión del suelo, que reduce la productividad, perjudica la calidad del agua y degrada la tierra; la contaminación de ríos y mares con aguas servidas o residuales, con escurrimientos agrícolas y con desechos industriales; la contaminación del aire, que se produce como consecuencia de la emisión de sustancias tóxicas a la atmósfera; y el calentamiento global, que conduce a sequías que, a su vez, provocan inundaciones, olas de calor, elevación de la marea y derretimiento de glaciares y placas de hielo.

Todas estas transformaciones del medio ambiente —o del espacio que habitamos— inciden en el bienestar de las personas. Para ilustrar cómo estos cambios afectan el bienestar humano, a continuación se considera uno de los factores en juego: el deterioro de la calidad del aire y, en particular, la contaminación atmosférica urbana¹².

1. Contaminación atmosférica en las ciudades latinoamericanas

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la contaminación atmosférica implica la modificación de las características naturales de la atmósfera, ya sea a nivel domiciliario o en espacios exteriores, por cualquier agente químico, físico o biológico. Los mecanismos de combustión domiciliarios, los vehículos motorizados, los complejos industriales y la quema de bosques son fuentes comunes de contaminación atmosférica. Entre los contaminantes de preocupación para la salud pública se incluyen el material particulado (MP), el monóxido de carbono, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre¹³.

La contaminación atmosférica se genera principalmente en entornos urbanos, lo que implica que este problema adquiere un carácter crítico en el contexto latinoamericano. En las tres últimas décadas, la población urbana de América Latina se ha incrementado en un 240%, mientras que la población rural solo aumentó un 6,1%. Como consecuencia de este fenómeno, la población urbana pasó de representar el 70,6% de la población total en 1990 a constituir el 79,5% en 2010, lo que convierte a la región en una de las zonas más urbanizadas del planeta. Países como la Argentina, Chile, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) exhiben tasas de urbanización superiores al 86%¹⁴. Asimismo, cabe resaltar que ya en 1990, tres de las diez principales megaciudades del mundo estaban localizadas en América Latina: Buenos Aires, México, D.F. y São Paulo.

Se ha señalado que en América Latina y el Caribe, al menos 100 millones de personas están expuestas a la contaminación atmosférica a niveles superiores a los recomendados por la OMS (Cifuentes y otros, 2005). Los grupos más vulnerables a los efectos de la contaminación del aire son los niños, los adultos mayores, las personas con ciertas enfermedades preexistentes y aquellas que viven en situación de pobreza.

Como se señaló, junto con el ozono (O₃), el dióxido de nitrógeno (NO₂) y el dióxido de azufre (SO₂) el material particulado es uno de los principales contaminantes del aire¹⁵. En el gráfico III.1 se muestra el promedio anual de material particulado MP10 en 27 ciudades seleccionadas de América Latina y el Caribe. En el bienio 2007-2008, todas estas ciudades (localizadas en 15 países de la región) superaban los límites de material particulado MP10 recomendados por la OMS. En las *Guías de Calidad del Aire* de la OMS de 2005, el valor máximo recomendado de MP10 es de 20 microgramos por metro cúbico (µg/m³) como promedio anual y 50 microgramos por metro cúbico (µg/m³) como promedio para 24 horas (OMS, 2006).

Trece de las ciudades incluidas en el gráfico III.1 son capitales: Bogotá, Buenos Aires, Caracas, Ciudad de Guatemala, Kingston, Lima, México, D.F., Montevideo, Panamá, Quito, San José, San Salvador y Santiago. En el bienio 2008-2009, las capitales con mayores niveles de contaminación del aire por MP10 en la región eran Lima, Bogotá y Santiago, con promedios anuales más de tres veces superiores a la norma recomendada por la OMS. En México, D.F. se han reducido en forma significativa los niveles históricos de contaminación del aire, disminuyendo la cantidad de plomo y material particulado emitido a la atmósfera mediante la aplicación de un conjunto de medidas, como la eliminación de la gasolina con plomo y la puesta en marcha del programa de restricción vehicular denominado “Hoy no circula”. No obstante, la ciudad sigue estando por encima de la norma¹⁶.

Además de las capitales de los países, se destacan los altos niveles de contaminación atmosférica por MP10 en ciudades intermedias. Este es el caso de Mexicali (México) que está entre las ciudades con mayor nivel de

¹² En esta sección se hace referencia específicamente a espacios exteriores en entornos urbanos. Debido a las restricciones de espacio, y pese a ser un problema de gran importancia en la región, no se considera la contaminación del aire dentro de los hogares.

¹³ Véase [en línea] http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/en/index.html.

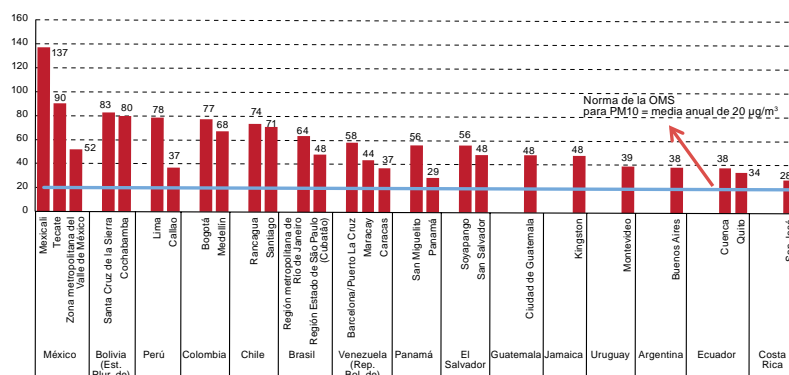
¹⁴ Véase [en línea] http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

¹⁵ El material particulado es una mezcla de pequeñas partículas sólidas y líquidas que están en el aire que respiramos. El MP10 está compuesto por partículas de un diámetro menor o igual a 10 micrones (un micrón es la milésima parte de un milímetro). Por su tamaño, el MP10 puede ingresar al sistema respiratorio del ser humano. Cuanto menor sea el diámetro de estas partículas, mayor será el potencial daño para la salud.

¹⁶ Véase más información en SEMARNAT (2011).

contaminación atmosférica del mundo¹⁷. También se destacan Santa Cruz de la Sierra y Cochabamba (Bolivia (Estado Plurinacional de)), con niveles de contaminación cuatro veces superiores a los recomendados por la OMS, así como Medellín (Colombia) y Rancagua (Chile), con niveles levemente inferiores.

Gráfico III.1
América Latina y el Caribe (27 ciudades seleccionadas): promedio anual de material particulado MP10, alrededor de 2008-2009^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de Organización Mundial de la Salud (OMS), "Outdoor air pollution in cities" [en línea] http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/.

^a Véanse más detalles sobre el método de estimación en la base de datos sobre la contaminación atmosférica urbana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/en/#.

2. Exposición a la contaminación atmosférica como causa de mortalidad

La exposición a la contaminación atmosférica urbana, y en particular al material particulado MP10, conlleva un grave riesgo para la salud de las personas y genera un aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad. Según la OMS, "la contaminación atmosférica urbana aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas, como la neumonía, y crónicas, como el cáncer del pulmón y las enfermedades cardiovasculares. La contaminación atmosférica afecta de distintas formas a diferentes grupos de personas. Los efectos más graves se producen en las personas que ya están enfermas. Además, los grupos más vulnerables, como los niños, los ancianos y las familias de pocos ingresos y con un acceso limitado a la asistencia médica son más susceptibles a los efectos nocivos de dicho fenómeno" (OMS, 2011).

El Observatorio mundial de la salud de la OMS permite acceder a bases de datos sobre aspectos prioritarios de la salud, incluida la mortalidad y la carga de la enfermedad¹⁸. En el gráfico III.2 se muestran las muertes atribuibles a la contaminación atmosférica en América Latina y el Caribe en 2004 y 2008. Los países con mayor número de muertes atribuibles a la contaminación del aire en 2008 fueron Cuba (26), la Argentina (24), Chile (19) y el Uruguay (19). Le siguen la República Dominicana (16), México (13), el Perú (13), el Brasil (12) y Saint Kitts y Nevis (12).

La OMS estima que en América Latina y el Caribe mueren unas 400.000 personas al año por exposición al material particulado. De ellas, unas 300.000 mueren a causa de la exposición en espacios interiores debido a la quema de biomasa o de otras fuentes (citado en Korc, 2000, pág. 17). A su vez, en el estudio *La calidad del aire en América*

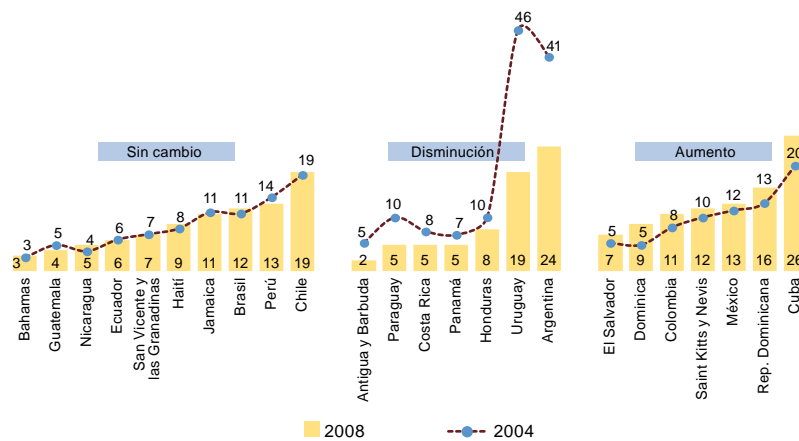
¹⁷ Mexicali tiene una media anual de 137 µg/m³. La ciudad con el mayor promedio anual de contaminación del aire en el mundo es Ulaanbaatar (Mongolia) con 279 µg/m³ (dato de 2008).

¹⁸ La OMS ha definido la carga de la enfermedad como el impacto de un problema de salud en un área específica, medido por la mortalidad y la morbilidad. A menudo se cuantifica en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), lo que permite cuantificar el número de años perdidos debido a la enfermedad. La carga global de la enfermedad se puede considerar como un indicador de brecha entre el estado de salud actual y el estado de salud ideal, cuando el individuo vive hasta la vejez libre de enfermedad y discapacidad. Estas medidas permiten comparar la carga de la enfermedad de diferentes regiones, naciones o localidades, y también se han utilizado para predecir los posibles efectos de las intervenciones de salud.

Latina: una visión panorámica (Clean Air Institute, 2012) se establece que las altas concentraciones de contaminantes del aire tienen un efecto negativo en las personas y causan enfermedades y muertes prematuras. La OCDE advierte que: “se prevé que la contaminación del aire se convertirá en la principal causa ambiental de mortalidad prematura, por encima de las aguas insalubres y la falta de saneamiento, con una proyección a que se duplique en el mundo el número de muertes prematuras derivadas de la exposición a material particulado, pasando de más de 1 millón hoy en día a aproximadamente 3,6 millones al año en 2050” (OCDE, 2012, citado en Clean Air Institute, 2012).

En el gráfico III.2 se muestra que, en aproximadamente cuatro años (2004-2008), menos de un tercio de los países (7 de 24) han presentado una disminución de muertes por causas relacionadas con la contaminación atmosférica. Ello no se condice con el grado de urgencia con que se debería actuar frente a muertes que son evitables utilizando estrategias de salud pública preventivas, especialmente si se considera que, según la OMS, una reducción de la contaminación por partículas (MP10) de 70 a 20 microgramos por metro cúbico permite reducir alrededor de un 15% las muertes relacionadas con la calidad del aire. Sin embargo, se destaca que en el mismo período, en diez países no hay cambio en el número de muertes atribuibles a este factor (incluidos el Brasil, Chile y el Perú), lo que implica que se ha puesto un freno a una tendencia muy peligrosa desde el punto de vista del bienestar. En sentido inverso, se observa que en los restantes siete países se registra un aumento en el número de muertes atribuibles a la contaminación atmosférica, lo que ciertamente no es positivo.

Gráfico III.2
América Latina y el Caribe (24 países): muertes atribuibles a la contaminación del aire en el exterior,
alrededor de 2004 y 2008
(Por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “Global Health Observatory Data Repository” [en línea] <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>.

El Observatorio mundial de la salud de la OMS también permite acceder a datos sobre otras causas de mortalidad. Si el número de muertes atribuibles a la contaminación atmosférica se compara con otras causas —como los suicidios, los accidentes de tránsito y los homicidios— se observa claramente la importancia del problema y la necesidad de actuar con urgencia sobre los factores que lo determinan. Los datos del Observatorio indican que en la Argentina, Chile y el Uruguay, el número de muertes atribuibles a la contaminación atmosférica es mayor que el número de muertes por suicidio, accidentes de tránsito y homicidios. En México, el Perú y la República Dominicana, el número de muertes atribuibles a la contaminación atmosférica se ubica en segundo lugar después de los accidentes de tránsito. Por último, en el Brasil y Colombia, estas muertes se ubican en tercer lugar, después de los homicidios y los accidentes de tránsito¹⁹. En definitiva, la exposición a la contaminación atmosférica se ha transformado en una causa de mortalidad muy importante sobre la cual es imperativo actuar a través de políticas públicas eficaces.

¹⁹ Véase [en línea] <http://www.who.int/gho/es/>.

3. Crecimiento del parque automotor y contaminación atmosférica

¿Está siendo debidamente protegido el derecho a respirar aire limpio en los países de la región? Durante las últimas dos décadas se han realizado grandes esfuerzos para reducir la contaminación del aire en varias zonas urbanas de América Latina. Las exitosas acciones emprendidas en Bogotá, México, D.F., Santiago y São Paulo han sido extensamente documentadas. Sin embargo, la contaminación del aire sigue siendo un problema en los centros urbanos de América Latina ya establecidos y se está convirtiendo en un asunto preocupante en las ciudades emergentes de la región (Clean Air Institute, 2012).

Desde fines de la década de 1990 se vienen implementando programas de gestión de la calidad del aire en Bogotá (Plan Decenal de Descontaminación del Aire para Bogotá), Kingston (Jamaica Air Quality Management Programme), Lima (Plan Integral de Saneamiento Atmosférico para Lima-Callao), Montevideo (Red de Monitoreo de la Calidad del Aire) y San José (Programa para mejorar la calidad del aire del Gran Área Metropolitana de Costa Rica), por mencionar solo algunos. Todas estas ciudades cuentan con normas de calidad del aire y algunas tienen límites de emisión de fuentes móviles y fuentes fijas, así como programas de inspección y mantenimiento de vehículos (revisión técnica). Sin embargo, a pesar de estos importantes esfuerzos, en varios países de la región aún falta generar las condiciones para un crecimiento sostenible de las ciudades y, de esta manera, asegurar el bienestar presente y futuro de las poblaciones que en ellas habitan.

Uno de los principales factores que contribuyen al aumento de los índices de contaminación atmosférica en grandes conglomerados urbanos es el incremento del número de vehículos motorizados. “El uso de vehículos motorizados, en gran parte de uso privado, constituye uno de los elementos más contaminantes en las ciudades. Esta alta tasa de motorización no causaría necesariamente graves problemas de contaminación si los vehículos no fueran usados diariamente por sus propietarios, para llegar a su lugar de trabajo, implicando su circulación por vías ya muy congestionadas. Este comportamiento es propiciado por un transporte público deficiente, así como por la gran extensión y segregación funcional de las ciudades, factores que contribuyen al incremento de las emisiones de fuentes móviles e influyen directamente en los niveles de contaminación atmosférica” (Simioni, 2003).

Se ha señalado que en una ciudad como Santiago, el sector de transporte es responsable de aproximadamente el 50% de las concentraciones ambientales de material particulado fino, y ello puede servir de referencia a otras ciudades de América Latina que tienen problemas de contaminación atmosférica (Bull 2003, pág. 164). Las restantes fuentes de contaminación del aire incluyen el sector industrial, la generación de energía y el uso doméstico de combustible para calefacción, cocción y refrigeración. De esto se desprende que el crecimiento del parque automotor es clave para la sostenibilidad de las ciudades, tanto desde el punto de vista de la contaminación atmosférica como de la congestión vehicular.

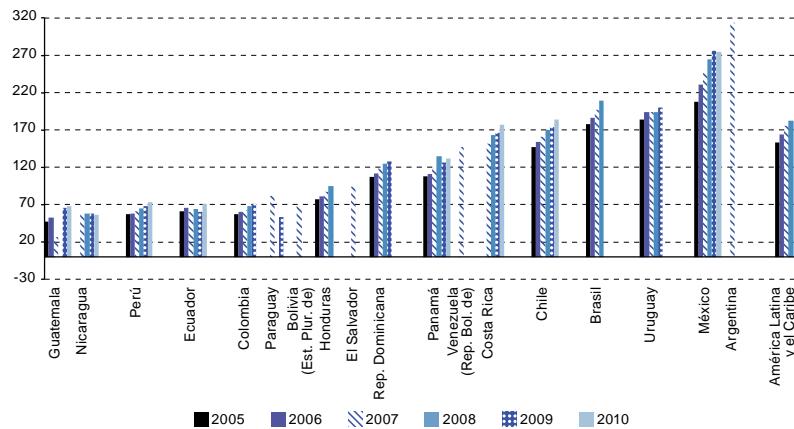
En el gráfico III.3 se muestra que el parque automotor ha crecido de forma significativa en los últimos años en prácticamente todos los países de la región. En México se registra el mayor aumento, ya que se pasó de 200 automóviles por cada 1.000 habitantes en 2004 a 275 automóviles por cada 1.000 habitantes en 2009, lo que significa un aumento de 75 automóviles por cada 1.000 habitantes en el período. Le siguen el Brasil (de 164 a 209 automóviles por cada 1.000 habitantes), Chile (de 135 a 184 automóviles por cada 1.000 habitantes), Costa Rica (de 152 a 177 automóviles por cada 1.000 habitantes), Panamá (de 118 a 132 automóviles por cada 1.000 habitantes) y la República Dominicana (de 105 a 128 automóviles por cada 1.000 habitantes). En otros países, como Colombia, Honduras y el Perú, también hay una tendencia al crecimiento, pero el parque automotor sigue siendo pequeño.

En los estudios sobre la situación del mercado automotor en América Latina se indica que hay varios factores que condicionan la demanda de vehículos: la baja de precios, las expectativas de mejora de crecimiento económico y un transporte público deficiente que incluye el escaso desarrollo de infraestructuras de transporte como el ferrocarril. Además, en los estudios se hace referencia al “gran número de familias que están superando los umbrales de ingreso que les permite ser parte de las clases medias. Esto mejora sus condiciones de acceso a financiación y a un poder de adquisición familiar que les permite comprar un primer vehículo” (BBVA, 2010). Se trata de familias jóvenes que por lo general conforman la primera generación con acceso a este tipo de bienes de consumo.

En el gráfico III.3 también se muestra que la Argentina es el país de América Latina con más vehículos por cada 1.000 habitantes (314 en 2008). Sin embargo, este número es bastante menor que el de los países desarrollados. Por ejemplo, en 2008, los Estados Unidos tenían la tasa de motorización más alta del mundo con 815 vehículos

por cada 1.000 habitantes (lo que se acerca a un vehículo por persona), mientras que países como el Japón (592), Francia (598) y Suecia (521) están más cerca de una relación de 0,5 vehículos por persona. El promedio para América Latina en 2008 fue de 182 vehículos por cada 1.000 habitantes, lo que indica que todavía se está muy lejos de la situación de los países desarrollados.

Gráfico III.3
América Latina y el Caribe (18 países): crecimiento del parque automotor en aproximadamente cinco años^a
(Por cada 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco Mundial, Federación Internacional de Carreteras (IRF), World Road Statistics.

^a En el parque automotor se incluyen automóviles, autobuses y vehículos de carga, pero no se incluyen vehículos de dos ruedas.

Pese al crecimiento experimentado en años recientes, el sector automotor aún tiene un alto potencial de crecimiento en América Latina, ya que en varios países de la región sigue siendo pequeño y antiguo. Además, se encuentra muy concentrado en las áreas urbanas, sobre todo en las grandes ciudades y en las ciudades intermedias, “como ocurre en Lima (donde se encuentra 2/3 del parque automotor del Perú), en la Argentina (el 50% de los vehículos del país se encuentran en la provincia de Buenos Aires) o en Caracas donde se concentra el 38% de los vehículos en circulación” (BBVA, 2010).

Desde el punto de vista del mercado, los elementos anteriores pueden interpretarse como una oportunidad, pero desde el punto de vista del desarrollo sostenible de las ciudades y del bienestar de las poblaciones que en ellas habitan, es evidente que se requiere de un conjunto de regulaciones para armonizar el crecimiento del sector automotor con un mejoramiento de la calidad del aire. El desafío no es sencillo y requiere ir más allá de las medidas ya incorporadas en varios de los programas de gestión de calidad del aire en la región (como el establecimiento de límites de emisión para las fuentes móviles, un calendario de restricción vehicular y programas de inspección y mantenimiento de vehículos). Además del control de los vehículos que ya están en circulación, se requiere diseñar e implementar programas de transporte urbano sostenible que deberían tener en cuenta iniciativas como el sistema de transporte público masivo en bus de Bogotá (TransMilenio) y el Metrobus de México, D.F.

Otro factor clave para el desarrollo sostenible de las ciudades es la conciencia de la ciudadanía. Como lo señalaba la CEPAL hace algunos años, “la conciencia de la ciudadanía es un factor clave en la gestión para descontaminar el aire. Más específicamente, supone que el avance sistemático hasta ahora alcanzado en materia ambiental sólo será posible mantenerlo con el compromiso de todos los ciudadanos. Esto quiere decir que, por una parte, el Estado deberá incorporar la participación ciudadana como una variable central dentro de su gestión y, por otra, la ciudadanía deberá apropiarse y hacerse cargo de un problema cuya responsabilidad es finalmente compartida” (Simioni, 2003). El problema es que “en ninguna de estas ciudades (consideradas) existe un grado de conciencia ciudadana que supere los niveles básicos de sensibilización y se está muy lejos de lograr un comportamiento proactivo en materia de protección del medio ambiente” (Simioni, 2003, pág. 12). Hoy ya han pasado varios años y es importante reconocer que poco se ha avanzado en términos del fortalecimiento de una conciencia ciudadana para la formulación de políticas de control de la contaminación atmosférica.

C. Tiempo

El tiempo, como el espacio, es otra de las dimensiones fundamentales de la vida humana. El bienestar presente depende, en gran medida, de lo que hacemos y podemos hacer y, por tanto, del tiempo que podemos dedicar a distintas actividades. “La importancia del uso del tiempo se deriva del hecho de que el bienestar de un individuo no depende solo de su ingreso o consumo, sino de su libertad sustantiva para usar el tiempo” (Gammage, 2009, pág. 7). En otras palabras, la disponibilidad de tiempo refleja el bienestar de una persona o de un grupo social.

Sin embargo, la vida cotidiana de las personas está sujeta a diversas restricciones que limitan esa libertad. Se ha planteado que “el tiempo es un bien escaso y, por tanto, valioso. Nunca hay una libre disponibilidad sobre el tiempo; la anticipación del futuro, la determinación de las metas y la selección de los medios siempre se encuentra limitada por la presión del tiempo” (Lechner, 1990, pág. 66). Desde una perspectiva similar, se ha destacado que el tiempo es un recurso escaso que “se consume, se gasta y se agota” (Lash y Urry, 1998, pág. 315).

El tiempo es un recurso limitado a lo largo de la vida de una persona. “A medida que el tiempo dedicado al trabajo, remunerado o no, sea mayor, menor es el tiempo disponible para otras actividades, como el descanso y el ocio. Como consecuencia, se puede decir que una persona que carece del tiempo adecuado para dormir, descansar y para actividades relacionadas con el ocio, vive y trabaja en un estado de pobreza de tiempo” (Gammage, 2009, pág. 7). La noción de pobreza de tiempo hace referencia a un déficit de bienestar.

En esta sección se examina cómo la organización social del tiempo condiciona el bienestar de las personas. Con este propósito, en primer lugar se considera la evolución reciente de la jornada laboral, que es el tiempo destinado al trabajo remunerado. Después se examina la distribución del tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado (lo que se denomina “carga global de trabajo”) y al tiempo libre. El análisis de la carga global de trabajo y del tiempo libre se realiza en virtud de la información de las encuestas de uso del tiempo realizadas en cuatro países de la región.

1. La jornada laboral

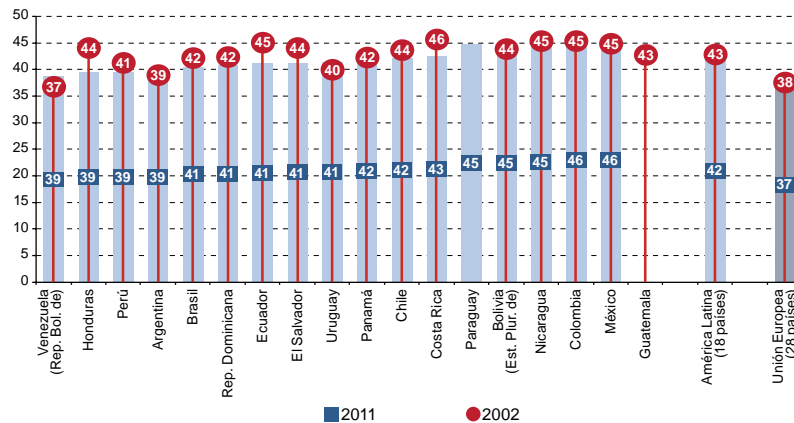
El tiempo laboral pagado —que es el tiempo dedicado a generar recursos monetarios para cubrir diversas necesidades— es una parte esencial en la vida de la mayoría de las personas en la actualidad. Cuanto mayor es la cantidad de tiempo laboral pagado, menor es el tiempo de que disponen las personas para realizar otras actividades, como las responsabilidades familiares, el descanso y el ocio. Por este motivo, la reducción de la jornada laboral (término con que se denomina el tiempo laboral pagado) ha sido una de las reivindicaciones más constantes del movimiento de trabajadores y trabajadoras durante gran parte del siglo XX.

La lucha del movimiento de trabajadores y trabajadoras por la reducción de la jornada laboral siempre respondió a una lógica humanizadora. Entre otros aspectos, con ella se buscaba preservar la salud de los trabajadores y las trabajadoras (incluida la salud mental) y garantizar un tiempo adecuado para el descanso y la familia. Actualmente, la duración de la jornada laboral se considera un elemento clave de la calidad del empleo y es, por lo mismo, un indicador de trabajo decente, según la terminología de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En las primeras épocas de la industrialización, la jornada laboral se extendía de 14 a 16 horas diarias, que fueron progresivamente reducidas a 12, 11 y 10 horas por día. A principios de la primera guerra mundial, la jornada de 10 horas por día era bastante generalizada en Europa. Tras la finalización de la guerra, la presión de las organizaciones de trabajadores y trabajadoras aceleró el progreso hacia la jornada de ocho horas (Valticos y von Potobsky, 1995). Este proceso tuvo su auge poco antes de la segunda guerra mundial, cuando los Estados Unidos y gran parte de los países europeos establecieron jornadas de trabajo de entre 40 y 45 horas semanales, lo que también ocurriría en gran parte de América Latina.

La defensa de la jornada de 8 horas se ha mantenido constante y en las últimas décadas del siglo XX se produjo un cambio global hacia un límite de 40 horas semanales, pese a la existencia de significativas diferencias regionales y del proceso desigual para reducir las horas de la semana legal de trabajo (Lee, McCany Messenger, 2007). En el gráfico III.4 se muestra que mientras en Europa se trabaja un promedio de 37 horas semanales, la jornada laboral en América Latina promedia las 42 horas semanales. En 2011, solo cuatro países de América Latina (la Argentina, Honduras, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de)) estaban bajo el límite de las 40 horas semanales, lo que muestra un fuerte contraste con la situación europea, donde la mayoría de los países tenía jornadas medias de entre 35 y 39 horas semanales. En sentido contrario, se destaca que la jornada laboral media en dos países de la región (Colombia y México) se ubicaba sobre el límite de las 45 horas semanales, lo que es ciertamente preocupante.

Gráfico III.4
América Latina y el Caribe (18 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más,
alrededor de 2002 y 2011
(En horas semanales)

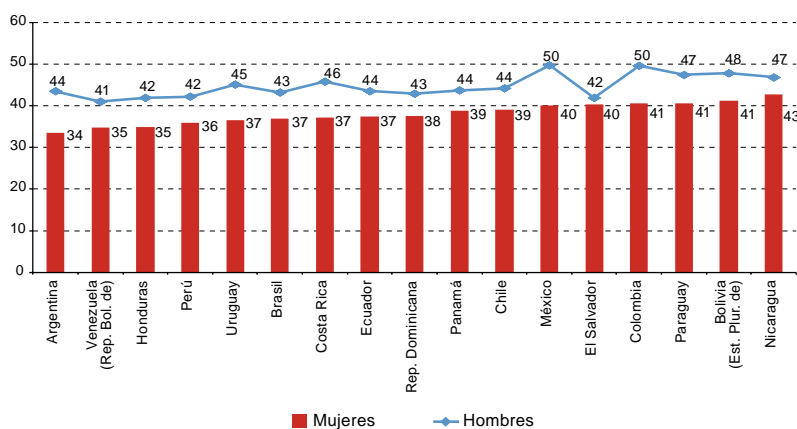


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

Los promedios disfrazan la distribución de las horas de trabajo en distintas categorías ocupacionales y tipos de empleo. Al respecto, es importante destacar que en América Latina y el Caribe los hombres tienen jornadas laborales más extensas que las mujeres. La diferencia fluctúa desde un mínimo de 2 horas semanales (en El Salvador la jornada laboral de los hombres es 2 horas más extensa que la de las mujeres) hasta un máximo de 10 horas, como ocurre en la Argentina y México (véase el gráfico III.5). En la mayoría de los países, la jornada laboral de los hombres es entre 5 y 7 horas semanales más prolongada que la de las mujeres. Esto indica que existe una clara brecha de género en cuanto a las horas de trabajo remunerado. En el caso de las mujeres que viven en pareja, y especialmente las que tienen hijos menores, esta brecha responde al hecho de que la disponibilidad para el trabajo remunerado se encuentra restringida por el tiempo que estas dedican al hogar y a las responsabilidades domésticas.

Otro elemento muy influyente en la duración de la jornada laboral es la informalidad. El empleo informal tiene mucha importancia en los mercados laborales de América Latina. Según la OIT (2011) “en 16 países con información disponible hacia fines de la década del 2000, 93 millones de personas (50% de la población ocupada) tenían un empleo informal. De ese total, 60 millones estaban en la economía informal propiamente dicha, 23 millones tenían un empleo informal sin protección social trabajando en el sector formal, y 10 millones un empleo informal en el servicio doméstico. En el caso de los jóvenes, 6 de cada 10 que consiguen trabajo sólo tienen acceso a empleos informales”. En los estudios realizados por la OIT sobre la generación de empleo en el sector informal, se registran serios problemas de calidad del empleo en variables como ingresos, contratos, jornada laboral, protección social y negociación. Por ejemplo, al destacar las brechas entre empleos formales e informales, en un estudio de Infante, Martínez y Tokman (1999) se estimaba que los trabajadores informales trabajan, en promedio, un 6% más de tiempo por semana que los trabajadores de las grandes y medianas empresas del sector formal. En América Latina y el Caribe, los trabajadores informales de escasa remuneración y calificación también se enfrentan a una elevada probabilidad de tener que afrontar jornadas prolongadas, ya que deben luchar por conseguir suficiente trabajo para obtener ingresos dignos.

Gráfico III.5
América Latina y el Caribe (17 países): jornada laboral de la población ocupada de 15 años y más, según sexo, alrededor de 2011
 (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.

En definitiva, si bien existen significativas diferencias en la duración de la jornada laboral, asociadas a categorías ocupacionales y tipos de empleo, la jornada laboral media en América Latina sigue siendo demasiado extensa. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países europeos, en América Latina y el Caribe la jornada laboral sigue estando muy por encima del límite de las 40 horas semanales.

2. Tiempo de trabajo remunerado, no remunerado y tiempo libre

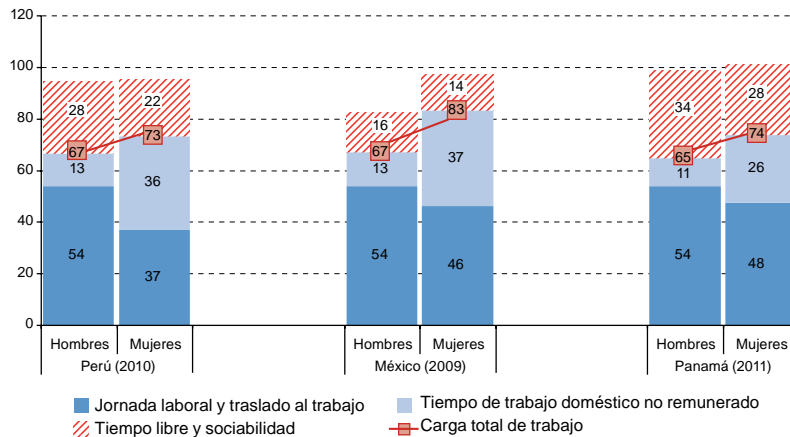
Como ya se indicó, el tiempo de trabajo pagado, que transcurre durante la jornada laboral, es una parte esencial en la vida de la mayoría de las personas en la actualidad. En el acápite anterior se señalaba que existe una brecha de género en cuanto a las horas de trabajo remunerado. Pero ello asume una de las transformaciones sociales más importantes que ha experimentado la región en las últimas décadas: la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado. “Solo entre 1990 y 2007 las tasas de participación de las mujeres en las edades típicamente activas (25 a 54 años) se elevaron cerca de 20 puntos porcentuales y aumentaron más de 15 puntos porcentuales las relativas al empleo. Este incremento en la participación laboral femenina responde a un conjunto diverso de factores, entre los que se destacan procesos seculares de individuación y autonomía, conjugados con el descenso y la postergación de la fecundidad. La expansión de las credenciales educativas de las mujeres opera también en el mismo sentido. Asimismo, la caída de los salarios y de la empleabilidad y estabilidad del trabajo de los hombres ha generado presiones para la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, que hacen de la mujer, en muchos hogares, la principal proveedora de ingresos o una generadora de ingresos equivalente al hombre. Finalmente, los cambios en las estructuras familiares, el aumento de la tasa de divorcios y de los hogares monoparentales con jefatura femenina tienden también a aumentar la participación de la mujer en el mercado laboral, lo que la transforma, en general, en la única persona receptora de ingresos” (CEPAL, 2010c, pág. 177).

Este aumento sin precedentes en la inserción laboral de la mujer le ha permitido generar sus propios ingresos y aumentar sus niveles de autonomía personal y económica. Sin embargo, no se ha traducido en una mejora equivalente de la calidad. En un estudio sobre la calidad del empleo con enfoque de género en los países del MERCOSUR y Chile (Valenzuela y Reinecke, 2001) se resalta, entre otros aspectos, que las mujeres perciben ingresos inferiores a los hombres en prácticamente todas las ramas de actividad, grupos y categorías ocupacionales, así como en todas las categorías de edad y niveles de educación, en los cinco países del Cono Sur. Asimismo, se indica que, si bien el fenómeno de la disminución del empleo estable, con contrato indefinido y protegido por leyes del trabajo, ha afectado tanto a hombres como a mujeres, los niveles de desprotección son mayores entre las mujeres.

Hasta aquí se ha examinado el tiempo laboral pagado. Sin embargo, no todo el valor que se genera mediante el trabajo es remunerado. De hecho, una proporción importante de lo que se produce en la sociedad no se valoriza monetariamente. Todo el trabajo que realizan las personas, en su mayoría mujeres, en los hogares, como las tareas de cocina, limpieza y cuidado de otras personas, se efectúa sin remuneración y sin un contrato que regule las responsabilidades y los beneficios que conllevan dichas tareas. No obstante, el trabajo doméstico genera valor para la sociedad y en particular para quienes se benefician de él. Además, el trabajo doméstico, incluido el cuidado de otras personas, consume tiempo que no puede dedicarse a otras actividades, como el cuidado de sí mismo, el ocio, la participación política o el trabajo remunerado (CEPAL, 2010c, pág.189; y CEPAL, 2012). La literatura feminista ha hecho importantes contribuciones al estudio del trabajo no remunerado, resaltando los aspectos de género, la invisibilidad y el aporte central a la reproducción social y al funcionamiento de la economía.

La relación entre trabajo remunerado y no remunerado puede analizarse a partir de la información que registran las encuestas de uso del tiempo. En el gráfico III.6 se presenta de manera sintética información de tres encuestas de uso del tiempo que son relativamente comparables en cuanto a la estructura y cobertura de las actividades que se incluyen: México (2009), el Perú (2010) y Panamá (2011). En la organización social del tiempo se distinguen tres categorías centrales: la jornada laboral (a la que se han agregado los tiempos de traslado al lugar de trabajo), el trabajo doméstico no remunerado (que incluye, entre muchas otras, tareas de cocina, limpieza y cuidado de otras personas) y el tiempo libre (que incluye el descanso, el ocio, las actividades recreativas y la convivencia familiar y con amigos)²⁰.

Gráfico III.6
América Latina y el Caribe (3 países): tiempo destinado por la población ocupada al trabajo remunerado, al trabajo no remunerado y al tiempo libre
(En horas semanales)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de uso de tiempo de los respectivos países: Panamá (2011), México (2009) y Perú (2010).

En primer lugar, la información de las encuestas de uso del tiempo confirma que la jornada laboral de los hombres es más extensa que la de las mujeres. En los tres países, la jornada laboral de los hombres supera las 45 horas semanales y en dos países (México y Panamá) ocurre lo mismo con la jornada laboral de las mujeres. Este excesivo número de horas puede responder al hecho de que en este agrupamiento se incluyen las horas de traslado al lugar de trabajo, lo que aumenta la duración de la jornada laboral de manera significativa, sobre todo en las grandes ciudades. Pero este agrupamiento se encuentra totalmente justificado por el hecho de que en las grandes ciudades se gasta mucho tiempo en el traslado hacia y desde el lugar de trabajo (por la distancia y la congestión vehicular, que demoran los desplazamientos). Este tiempo de traslado se resta de actividades como el descanso y el ocio²¹.

²⁰ Otras actividades que registran las encuestas de uso del tiempo y que no están incluidas en las categorías con que se denominan los agrupamientos en el gráfico III.6 son: actividades personales (actividades que es imposible delegar a otra persona, como comer, beber, dormir, hacer ejercicio y demás), estudio y trabajo voluntario.

²¹ No hay espacio aquí para analizar los tiempos de desplazamiento entre el hogar y el trabajo en las grandes ciudades, que afectan especialmente a los sectores más pobres, que tienden a vivir en zonas geográficamente más apartadas de su lugar de trabajo.

Las encuestas de uso del tiempo también muestran que las mujeres dedican muchas horas al día al trabajo doméstico y muchas más horas al día al trabajo doméstico no remunerado que los hombres. Se constata, por tanto, que la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado no ha sido compensada por una mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico. En consecuencia, se verifica que en América Latina, la división sexual del trabajo se ha transformado de manera parcial y desigual²².

La carga global de trabajo se refiere a la suma de las horas destinadas al trabajo remunerado (que se realiza durante la jornada laboral) y las horas destinadas al trabajo doméstico no remunerado que se realiza en el hogar (incluido el cuidado de niños, familiares ancianos y enfermos). En las encuestas de uso del tiempo se observa que la carga total de trabajo de las mujeres ocupadas es superior a la de los hombres (véase el gráfico III.6). En promedio, las mujeres tienen una carga global de trabajo semanal que varía entre 73 y 83 horas semanales, lo que representa una sobrecarga de trabajo que afecta seriamente su bienestar. Las investigaciones han mostrado que esta sobrecarga tiene un vínculo directo con la mayor prevalencia de enfermedades como la angustia, la depresión, el estrés y la ansiedad (Artázcoz, L. y otros (2001)).

También aquí los promedios disfrazan las diferencias. Los tiempos de trabajo de las mujeres ocupadas varían según el estado conyugal. Las que viven en pareja tendrían una mayor sobrecarga de trabajo y sufrirían un mayor agotamiento, dadas las dificultades de coordinar las actividades remuneradas y no remuneradas, y la presencia de niños menores en edad preescolar (Milosavljevic, 2007). También las mujeres jefas de familia tienen una elevada sobrecarga de trabajo.

Mientras que la carga global de trabajo semanal media de las mujeres ocupadas es muy alta, la de los hombres es menor y varía entre 65 y 67 horas semanales. En gran medida, esta diferencia se debe a que no se ha generado una tendencia hacia una mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico. La distribución más equitativa del trabajo doméstico no remunerado es un desafío pendiente que requiere de una legislación que la apoye y de un profundo cambio cultural.

El tiempo libre se define como el remanente del que la persona dispone tras cumplir con todas las actividades que impone el tiempo obligado —principalmente el trabajo remunerado y el trabajo doméstico no remunerado— y que puede utilizar para sí misma, para realizar actividades escogidas libremente con el fin de disfrutar, descansar y sentirse realizada. Las actividades cotidianas que integran el tiempo libre se vinculan con el descanso, la recreación y la creación. En el tiempo libre, la persona puede asumir un papel activo o pasivo, según se trate de una práctica o actividad que involucre su participación o en la que simplemente se limite a estar en condición de espectador.

Entre las actividades de tiempo libre incluidas en las encuestas de uso del tiempo se encuentran algunas de sociabilidad (convivencia con familiares, celebraciones), asistencia a eventos (culturales, artísticos, deportivos), consumo de medios (televisión, libros, música, cine), deportes y otras. Se trata de un conjunto de actividades que constituyen un recurso importante para el desarrollo personal, la mejora de la salud y el alivio del estrés.

De ahí que una disponibilidad adecuada de tiempo libre permite tener mayores niveles de bienestar. Las encuestas de uso del tiempo muestran que las mujeres suelen tener una muy baja disponibilidad de tiempo libre, un estado de pobreza de tiempo que implica un deterioro de su nivel de bienestar. Por su parte, los hombres tienen una mayor disponibilidad de tiempo libre (especialmente en Panamá y el Perú). Sin embargo, no existe una medida absoluta para determinar si esa disponibilidad de tiempo libre es realmente adecuada y acorde con un nivel de bienestar digno.

²² La división sexual del trabajo se refiere a que, en la mayoría de las sociedades, la responsabilidad principal por el trabajo remunerado (trabajo productivo) recae sobre los hombres, mientras que la responsabilidad por el trabajo no remunerado que se realiza en los hogares y la comunidad (trabajo reproductivo) se asigna a las mujeres.

D. Convivencia

La convivencia, como el espacio y el tiempo, es una dimensión fundamental de la vida humana, en grupos e instituciones. Es un proceso constructivo continuo, donde ocurren, entre otras cosas, transacciones, negociación de significados y elaboración de soluciones (Brunner, 1990). Las prácticas de convivencia van creando un significado común construido históricamente, que tiene naturalidad y predictibilidad, y genera un sentido de familiaridad, un “así son las cosas” y un “así se hacen las cosas”, que llega a formar parte de la identidad del grupo y de quienes participan en él. Es así como la convivencia en determinados espacios colectivos supone convivir en el marco de una identidad de grupo, lo que se expresa en formas particulares de relación, lógicas de acción y significados, valoraciones y creencias instaladas. La cultura puede entenderse como este sentido común construido históricamente (Geertz, 1994). La manera de convivir es cultural y es construida. Sin embargo, es vivida por sus participantes desde la naturalidad y la familiaridad, de modo que contribuye a generar en ellos una vivencia de predictibilidad y seguridad. Esto no significa que no se den discrepancias; en el mismo espacio social de convivencia pueden y suelen haber diferencias y conflictos.

El bienestar de las personas supone que estas participan de ese proceso continuo de construcción de un sentido de pertenencia a una vida en común que otorga seguridad en la diferencia. En consecuencia, requiere una convivencia social positiva, democrática y pacífica, en la que todos puedan sentirse parte de la sociedad, en la que prevalezca la tolerancia, la confianza y el respeto por el otro, en la que se construyan valores y normas que favorezcan la equidad y la integración social, y en la que existan mecanismos para resolver los conflictos de intereses que se plantean en la sociedad (CEPAL, 2006).

Sin embargo, los procesos de modernización y urbanización acelerada que han tenido lugar en América durante las últimas dos décadas han generado diversos problemas de convivencia. En esta sección se examina cómo la violencia, uno de los principales problemas que caracterizan la manera de convivir en las actuales sociedades latinoamericanas, afecta el bienestar de las personas. Para ello, y de manera ilustrativa, se consideran dos de las principales manifestaciones de la violencia en la región: el homicidio, que es un acto de violencia extrema que genera una profunda sensación de inseguridad en la ciudadanía, y la violencia doméstica contra la mujer y contra niños y niñas²³.

1. La violencia

En la literatura actual existe un consenso sobre la violencia en cuanto a su definición como “el uso o amenaza de uso, de la fuerza física o psicológica, con intención de hacer daño” (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999). Esta definición incluye tanto el uso como la amenaza de uso de la fuerza, que juega un papel fundamental en las percepciones sobre violencia y seguridad en un contexto determinado. La intencionalidad de las conductas excluye de esta definición los accidentes e incluye el uso de la agresión para resolver conflictos. Esta definición incluye el suicidio y otros fenómenos autodestructivos. Es importante notar que la violencia puede ser física o psicológica y que el uso de la fuerza para hacer daño incluye el abuso sexual. Asimismo, la violencia así definida puede darse entre extraños o conocidos, e incluso entre miembros de un mismo grupo familiar (violencia doméstica o intrafamiliar).

La violencia y el crimen, definido como cierta acción ilegal según el sistema judicial, están íntimamente relacionados, pero no son equivalentes. La definición de violencia pone énfasis en el uso o la amenaza de uso de la fuerza con

²³ El tema de la violencia es de una gran complejidad y en esta breve sección no es posible incluir otras manifestaciones de violencia (como las violaciones, los secuestros, los asaltos a mano armada u otras) que también pueden tener un impacto en el bienestar de las personas.

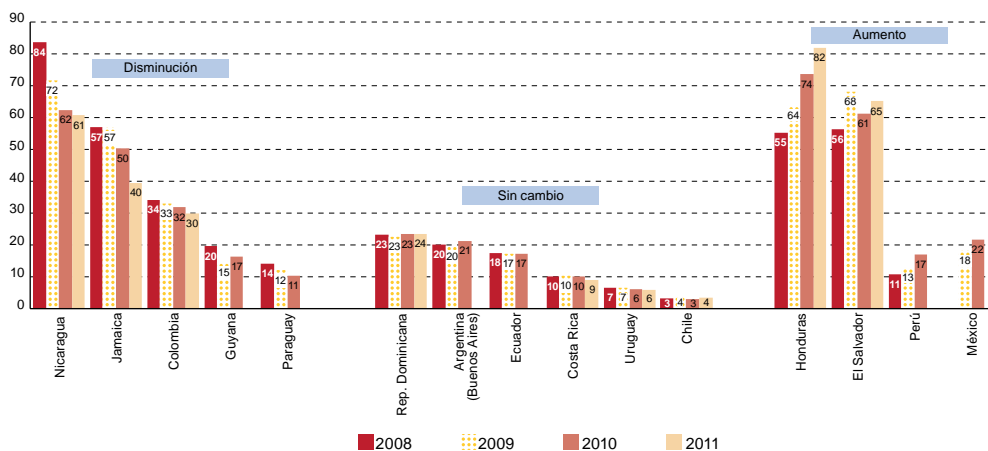
la intención de dañar, mientras que la definición de crimen presta más atención a la descripción y tipificación de ciertas conductas ilegales. Es así como existen tanto el crimen no violento (fraude, hurto, prostitución sin coerción) como la violencia no criminal (ciertos casos de violencia ejercida por el Estado y, en algunos países, la violencia doméstica que aún no forma parte del sistema penal) (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Buvinic y Morrison, 2000).

La violencia es un fenómeno complejo y multidimensional, que obedece a múltiples factores (psicológicos, biológicos, económicos, sociales y culturales). Los fenómenos que acompañan al comportamiento violento constantemente cruzan las fronteras entre individuo, familia, comunidad y sociedad. A su vez, tiene consecuencias que abarcan diversos ámbitos individuales, familiares, comunales y sociales. La propia multidimensionalidad de la violencia genera distintas manifestaciones (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999).

Según el Estudio Global sobre el Homicidio realizado por Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el 31% de los homicidios cometidos en 2010 en el mundo ocurrieron en el continente americano (incluidos el Canadá y los Estados Unidos), que ocupa el segundo lugar después de África (36%). Asia ocupa el tercer lugar con un 27%, mientras que Europa y Oceanía juntos alcanzan apenas un 6% (UNODC, 2012). La tasa global media de homicidios para el mismo año era de 6,9 por cada 100.000 habitantes, con una desigual distribución en las diferentes regiones del mundo. En el continente americano, la tasa de homicidios era de 15,6 por cada 100.000 habitantes, más del doble de la tasa global media. En África, la tasa de homicidios era la más alta del mundo: 17,4 por cada 100.000 habitantes (UNODC, 2012).

La elevada tasa media de homicidios en América Latina oculta importantes diferencias entre un país y otro (véase el gráfico III.7). Honduras, El Salvador y Nicaragua registran las mayores tasas de homicidio de la región, que son de las más altas del mundo. Jamaica y Colombia también tienen elevadas tasas de homicidio, con un nivel intermedio alto. Le siguen la República Dominicana, la Argentina y el Ecuador con un nivel intermedio bajo, y por último se ubican el Uruguay y Chile, que registran tasas de homicidio relativamente bajas (menores de 10).

Gráfico III.7
América Latina y el Caribe (15 países): tasa bruta de homicidios, 2008-2011^a
(Por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) [en línea] http://www.seguridadyregion.com/images/Indicadores/muertes%20por_homicidio.pdf.

^a El Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana (SES) define el homicidio como las "lesiones intencionales ocasionadas por una persona a otra que causan la muerte". Se excluyen las muertes por lesiones de tránsito y otras lesiones no intencionales. Los casos considerados son "toda víctima de homicidio conocida por las autoridades ocurrida en cualquier sitio del país". Incluye los femicidios. Debido a que el Brasil está en proceso de integración al SES, no se incluye información sobre este país.

Por otra parte, el homicidio ha seguido distintas tendencias en la región en los últimos años (véase el gráfico III.7). En algunos países, como Honduras, El Salvador, el Perú y México, se registra un marcado aumento. A la inversa, en Nicaragua, Jamaica y Colombia, la tasa ha disminuido, lo que representa un logro muy importante de las políticas de seguridad ciudadana de estos países. Se destaca la reducción en Colombia, que históricamente tuvo niveles muy elevados. Por último, en algunos países, la tasa se mantiene estable. Esto es positivo en países como Chile y el Uruguay, que registran los niveles más bajos en toda la región. En la República Dominicana se mantiene una tasa relativamente alta.

El Observatorio Hemisférico de Seguridad de la OEA da cuenta de tendencias a nivel subregional durante el período 2000-2010. La tasa media de homicidios para las Américas (34 países) se mantiene relativamente estable durante la década: 16,4 por cada 100.000 habitantes en 2000 y 15,6 por cada 100.000 habitantes en 2010. En América del Norte (3 países) la tasa se mantiene estable (7,3 por cada 100.000 habitantes en 2000 y 7,8 por cada 100.000 habitantes en 2010) y es la más baja de las cuatro subregiones. En América del Sur (12 países) se registra una significativa disminución: de 26,1 por cada 100.000 habitantes en 2000 a 21,1 por cada 100.000 habitantes en 2010. A la inversa, en Centroamérica se produce un notorio aumento y casi se duplica la tasa de homicidios en una década: de 26,6 por cada 100.000 habitantes a 43,3 por cada 100.000 habitantes. En el Caribe también se produce un incremento, aunque menos significativo que en Centroamérica (de 16,4 por cada 100.000 habitantes en 2000 a 21,9 por cada 100.000 habitantes en 2010) (OEA, 2012).

Por último, según un informe de las Naciones Unidas, el 42% de los homicidios cometidos en el mundo en 2010 se realizó con un arma de fuego (UNODC, 2012). En el continente americano esta cifra fue mucho más alta y alcanzó un promedio del 75% (OEA, 2012). En algunos países, la proporción de homicidios cometidos con arma de fuego (como proporción del total de homicidios) era bastante más alta: en el Brasil, por ejemplo, aumenta al 88%, en Guatemala se incrementa al 84%, en Honduras es del 83% y en Colombia llega al 79%. Esto es un indicador de la disponibilidad de armas de fuego en la población de muchos países.

Aunque ello no esté únicamente vinculado al fenómeno de los homicidios, cabe resaltar que muchos habitantes de América Latina, sobre todo en áreas urbanas, viven con una sensación de inseguridad permanente. Esta sensación se expresa en encuestas de opinión pública, como el Latinobarómetro, donde la delincuencia figura como uno de los problemas más importantes de cada país, junto con el desempleo, la inflación, la pobreza y la corrupción (Latinobarómetro, 2004). La sensación de inseguridad se incrementa en el tiempo por los altos índices de delitos, victimización o criminalidad, y aumenta la sensación de peligro y vulnerabilidad frente a estos hechos.

Cuadro III.1
América Latina (18 países): preocupación por ser víctima de un delito violento^a
(En porcentajes de la población)

	2009	2010	2011
Argentina	69,2	66,9	74,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	77,4	75,5	77,2
Brasil	76,6	77,5	87,3
Colombia	61,5	64,2	71,8
Costa Rica	71,6	70,6	82,9
Chile	66,7	64,8	68,8
Ecuador	70,8	74,9	84,0
El Salvador	72,1	75,7	81,2
Guatemala	75,8	59,9	76,8
Honduras	58,8	70,9	74,1
México	64,1	71,2	78,1
Nicaragua	82,2	53,7	73,7
Panamá	65,5	61,8	69,7
Paraguay	69,7	70,6	77,8
Perú	71,7	69,7	77,3
Uruguay	58,7	58,9	65,4
Venezuela (República Bolivariana de)	80,2	79,1	85,8
República Dominicana	71,1	65,7	74,3
Promedio	70,2	68,4	76,7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de Latinobarómetro.
^a Porcentaje de encuestados que dicen estar preocupados "todo el tiempo", "casi todo el tiempo" y "algunas veces".

Los delitos cometidos con violencia tienen un mayor impacto en la ciudadanía porque implican una vulneración no solo del patrimonio, sino del cuerpo, de la intimidad. El impacto en la víctima y su entorno perdura y puede conducir a situaciones de estrés postraumático y generar un alto grado de temor frente a determinados contextos. Tiene además un efecto mucho más notorio en terceros, en lo que se conoce como victimización vicaria, es decir, la vivencia de la victimización ajena como propia (Lagos y Dammert, 2012).

En las encuestas demoscópicas, en cuanto a la preocupación por ser víctima de un delito con violencia, un 76,7% de los encuestados dicen estar preocupados "todo el tiempo", "casi todo el tiempo" y "algunas veces". Esto muestra

que la violencia criminal es una preocupación presente en la cotidianidad de los ciudadanos, aun cuando no hayan sido víctimas y la probabilidad efectiva de ser víctimas sea lejana (la percepción consolida imágenes de inseguridad). La preocupación por ser víctima de un delito violento es generalizada en todos los países de América Latina y se ubica por encima del 80% en el Brasil, Venezuela (República Bolivariana de), Ecuador, Costa Rica y El Salvador.

En definitiva, América Latina no solo se ha transformado en una de las regiones más violentas del mundo, sino que la preocupación por ser víctima de un delito violento se ha generalizado en las poblaciones de distintos países de la región. La sensación de inseguridad está presente en países que tienen una alta tasa de homicidios, como El Salvador, Guatemala y Honduras, pero también en países que tienen una tasa de homicidios relativamente baja, como Chile y el Uruguay. Dado que esta sensación no es un fenómeno monocausal, diversos elementos la podrían estar condicionando. Entre otros, la investigación ha ido relevando factores como la desconfianza en la policía, la percepción de abandono estatal, el aumento de los delitos y la debilitada cohesión social (Lagos y Dammert, 2012).

2. La violencia doméstica

Otra forma de violencia prevalente es la que tiene lugar en el ámbito doméstico o familiar. La violencia doméstica contra la mujer por parte de la pareja es, en ciertos casos, violencia instrumental para obtener el control de los recursos económicos del hogar o ejercer control sobre la mujer. Con frecuencia, ambas formas de violencia también tienen un componente emocional —el hecho de hacer daño— que retroalimenta a la violencia si resulta exitosa. Además, las distintas manifestaciones de la violencia muestran profundas interrelaciones causales. Existe evidencia teórica (modelos de aprendizaje del comportamiento) y empírica sobre la influencia determinante de la violencia doméstica sufrida o presenciada por niños sobre el desarrollo de diversas conductas violentas como adultos (Berkowitz, 1996 citado en Buvinic y Morrison (2000)).

En lo que se refiere a la violencia contra la mujer es necesario referirse a la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Naciones Unidas, 1993) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, 1994). En primer lugar, es importante destacar la definición contenida en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas, donde se define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.” Abarca “la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) establece que “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”. Además, plantea que “debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. “Debe entenderse que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual o psicológica; que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y; que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”²⁴.

Desde un punto de vista metodológico, es importante resaltar que las manifestaciones de violencia física, psicológica y sexual contra las mujeres por parte de su cónyuge o pareja con frecuencia no se reflejan en las estadísticas o están subregistradas, ya que son pocas las mujeres que las denuncian o recurren a los servicios disponibles para su

²⁴ Véase un mayor desarrollo del tema en Almeras y otros (2002).

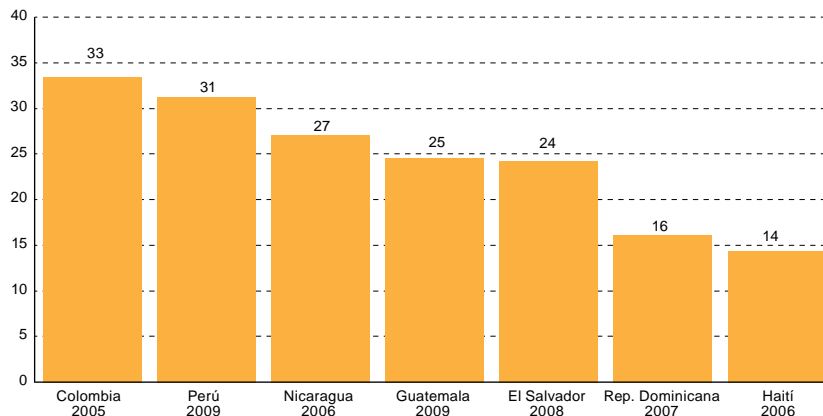
atención. Por lo tanto, las estadísticas basadas en registros administrativos provenientes de la policía, las instancias judiciales, los sistemas de salud y las organizaciones no gubernamentales, entre otros, podrían captar solo una parte de la población femenina agredida, desconociéndose la magnitud real de mujeres agredidas (Milosavljevic, 2007).

La medición de la prevalencia de la violencia es un problema difícil de abordar mediante encuestas, debido principalmente a la carga de emotividad y sensibilidad que reviste para las mujeres maltratadas y a la necesidad de asegurarles condiciones adecuadas y confiables durante las entrevistas. Los procedimientos para recabar información en este ámbito deben responder a protocolos especializados y estar a cargo de personal con un alto grado de entrenamiento y calificación (OMS, 2001).

En América Latina aún son pocos los estudios basados en encuestas representativas que permiten caracterizar adecuadamente las situaciones y los contextos en que se manifiesta la violencia doméstica y de pareja. Las encuestas de demografía y salud, diseñadas principalmente para conocer las condiciones de salud de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) se han convertido en la fuente de información más utilizada para captar la magnitud de este fenómeno, ya que proveen un marco de entrevista más seguro y confiable, en el que el tema de la violencia puede abordarse junto con otros de carácter confidencial, como los relacionados con la salud reproductiva.

En el gráfico III.8 se aportan datos estadísticos sobre la proporción de mujeres que sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de su pareja en siete países de la región²⁵. La violencia física se entiende como el uso intencional de fuerza física con la posibilidad de causar muerte, incapacidad o daño. Incluye, entre otras cosas, rasguños, empujones, mordiscos, lanzamiento de objetos, jalones de pelo, bofetadas, golpes, quemaduras, uso de armas de fuego o cortopunzantes, o uso del propio cuerpo contra el otro. El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de una pareja oscila entre el 33% registrado en Colombia y el 14% en Haití. Es decir que los datos estadísticos disponibles indican que un alto porcentaje de mujeres en la región sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de su pareja.

Gráfico III.8
América Latina (7 países): mujeres de 15 a 49 años, actualmente o anteriormente unidas, que sufren, o han sufrido alguna vez, violencia física por parte de su pareja
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de hogares, demografía y salud realizadas en los respectivos países: Colombia, 2005; República Dominicana, 2007; Guatemala, 2008-2009; Haití, 2005-2006; Perú, 2009; El Salvador, 2008; Nicaragua, 2006.

Finalmente, es importante resaltar el fenómeno de la violencia doméstica contra niños y niñas en América Latina y el Caribe, una realidad masiva, cotidiana y de baja visibilidad (CEPAL/UNICEF, 2009). En ocasiones, los niños y las niñas son víctimas de violencia porque sufren agresiones directas, otras veces porque presencian la violencia entre sus padres o simplemente porque viven en un entorno de relaciones violentas y abuso de poder. Este contexto en el que se desarrolla una cultura de la violencia forma parte de las relaciones afectivas y personales. Así, internalizan un modelo negativo de interacción interpersonal que daña su desarrollo: ven sufrir a una madre maltratada, en vez de protectora, y ven y sufren un padre maltratador, en vez de protector (Orjuela s/f).

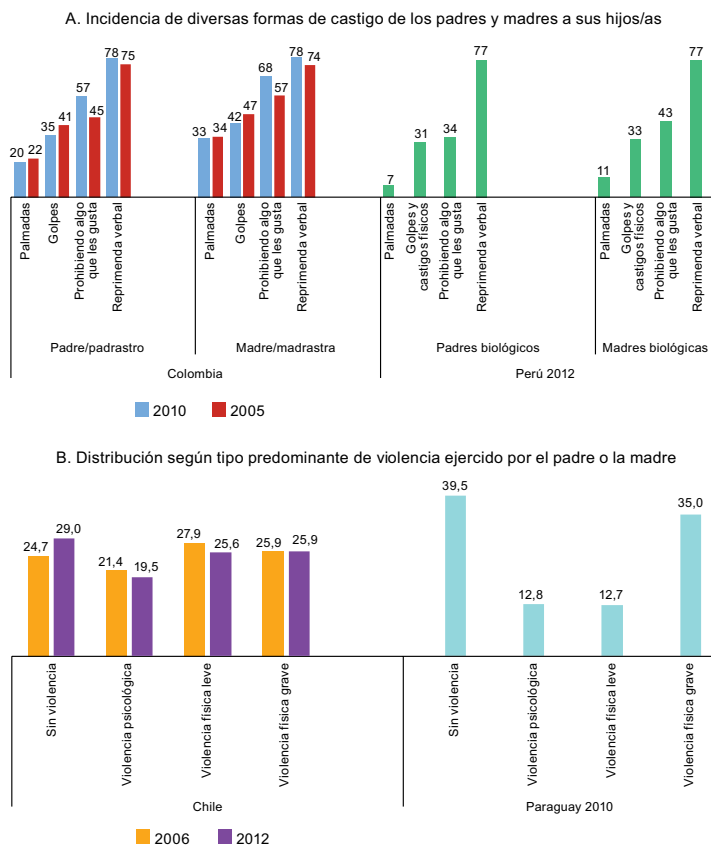
²⁵ Por razones de espacio, solo se considera la violencia física hacia la mujer (no se considera el abuso sexual, la violencia psicológica ni la violencia económica).

Una modalidad particularmente grave de violencia contra niños y niñas es el maltrato infantil, que constituye un atentado a los derechos más básicos de los niños, las niñas y los adolescentes, consagrados a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En ella se señala que todos los menores de edad tienen derecho a la integridad física y psicológica, y a la protección contra todas las formas de violencia. En el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por las Naciones Unidas en 1989, se exige a los Estados parte adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Artículo 19). De igual manera, el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ha enfatizado la importancia de que los países miembros prohíban toda forma de castigo físico y trato degradante contra los niños.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) entiende a las víctimas de maltrato infantil y abandono como el segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, ya sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, e incluye el abandono completo o parcial (UNICEF, 2006).

En el gráfico III.9 se registran datos estadísticos sobre las formas usadas por padres y madres para castigar a sus hijas e hijos. Los datos de Colombia y el Perú provienen de las encuestas nacionales de demografía y salud (ENDS) en donde las personas entrevistadas son las madres. Las formas de castigo más usadas en Colombia y el Perú —por ambos padres— son las reprimendas verbales. Sin embargo, el porcentaje de niños y niñas castigados con golpes, incluidas palmadas, es muy alto en ambos países, lo que indica que la violencia física hacia los niños y las niñas es una realidad que persiste de forma masiva y cotidiana. Esto es preocupante porque la violencia hacia los niños y las niñas es una grave vulneración de sus derechos.

Gráfico III.9
América Latina (países seleccionados): violencia doméstica contra niños y niñas
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las encuestas de hogares, demografía y salud de los respectivos países: Chile, 2012; Colombia, 2010; Paraguay, 2010; Perú, 2012.

En las encuestas de Chile y el Paraguay, las personas entrevistadas son los propios niños y niñas. En Chile, el 71% de los niños y las niñas reciben algún tipo de violencia de parte de su madre o padre, o ambos: un 51,5% sufre algún tipo de violencia física y el 25,9% sufre violencia física grave²⁶. En el Paraguay, el 60,5% de los niños y las niñas sufren algún tipo de violencia de parte de su madre o padre, o ambos: un 47,7% sufre algún tipo de violencia física y el 12,8% sufre violencia psicológica. Se trata, sin duda, de “una dolorosa realidad puertas adentro” que “produce efectos severos y profundos en la vida de los niños, niñas y adolescentes, que afecta seriamente su desarrollo y crecimiento: deteriora relación con los padres, afecta rendimiento escolar, genera problemas de salud mental, produce problemas con sus compañeros de colegio, entre otros” (UNICEF, 2012).

En definitiva, tanto la violencia física como la violencia verbal o psicológica son formas frecuentes de relacionamiento que las madres y los padres utilizan con sus hijos e hijas. Es paradójico que el hogar, que debería representar el espacio primario de protección para los niños, las niñas y los adolescentes, con frecuencia pueda convertirse en el lugar donde se vulneran sus derechos, cuando las personas a cargo de su cuidado, responsables de darles el afecto y la atención que necesitan para desarrollarse plenamente, son quienes ejercen maltrato en sus diversas variantes (violencia física, psicológica y por negligencia o abandono).

E. Consideraciones finales

Del análisis de las dimensiones soslayadas del bienestar en América Latina y el Caribe se desprenden algunas conclusiones de interés. Repensar lo que constituye el progreso de nuestras sociedades implica ir más allá de las formas tradicionales de medir el bienestar, ya que los indicadores usados comúnmente solo captan en forma parcial la complejidad del fenómeno. Como se ha visto, se han logrado avances significativos en la construcción de fuentes de información sobre temas ambientales y su relación con la salud (el Observatorio mundial de la salud de la OMS es un emprendimiento que debe ser resaltado). También se registran avances importantes en la consideración de la violencia, particularmente de los aspectos referidos a la seguridad ciudadana. El Sistema Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana, en el que participan 15 países de la región y que ha avanzado en la estandarización de 12 indicadores, es otra iniciativa que merece ser destacada. Aunque aún se encuentran en una etapa incipiente, en América Latina se han desarrollado fuentes de información sobre violencia contra la mujer que utilizan protocolos especializados (se destaca la utilidad de las encuestas de demografía y salud). A diferencia de los avances señalados, en los aspectos relacionados a la violencia contra niños y niñas se constatan grandes carencias de información. Por su parte, a pesar de que las encuestas de uso del tiempo realizadas en varios países de la región no tienen una base técnico-metodológica común y comparable, han dado visibilidad a la importancia del factor tiempo en la vida de las personas y de cómo este desequilibra el bienestar. En suma, se han registrado avances, pero aún se requiere mejorar las fuentes de información de aspectos clave para lograr una mejor comprensión del bienestar y de sus carencias en distintos segmentos de las poblaciones de la región.

²⁶ Las definiciones utilizadas son las siguientes. Violencia física grave incluye: te patea, te muerde o te da un puñetazo; te quema con algo (cigarro, objeto, agua caliente); te golpea o trata de golpearte con objetos; te da una golpiza; te amenaza con un cuchillo o armas. Violencia física leve incluye: te lanza cosas; te tira el pelo o las orejas; te empuja o zamarrea; te da cachetadas o palmadas. Violencia psicológica incluye: te grita; te dice que no te quiere; te insulta o te dice palabrotas; te hace burla frente a terceros; no te habla por un período largo; amenaza con golpearte o tirarte algún objeto; te encierra.

Los bienes públicos se definen como aquellos que tienen la doble característica de ser no excluyentes y no rivales. Lo primero significa que su provisión, ya sea pública o privada, no puede ser privativa de unos pocos, sino que, una vez provistos, es difícil excluir a alguien de poder disfrutarlos, ya que no están sujetos al mecanismo del mercado o los precios. La segunda característica implica que se trata de bienes que pueden ser consumidos por varios individuos simultáneamente. Las dimensiones soslayadas del bienestar deben considerarse bienes públicos, que requieren de políticas que garanticen su uso y disfrute, así como su sostenibilidad.

El aire que respiramos es un bien público. Se trata de un bien no excluyente, es decir, no sujeto a las leyes de mercado ni a los precios del momento, y además es un bien no rival, ya que el hecho de que una persona respire no impide que las demás también lo hagan. Precisamente por ello, el Estado interviene para garantizar su calidad. No todas las personas disfrutan de la misma calidad del aire y por eso, aunque todos tengan acceso al bien aire, en realidad, es un bien muy distinto según donde se viva. En algunos estudios se ha demostrado que los ciudadanos que habitan en barrios o zonas más contaminadas, y en particular los niños, los adultos mayores y las familias de pocos ingresos, sufren de más problemas respiratorios que aquellos que no están tan expuestos a la contaminación ambiental.

También es un bien público la seguridad ciudadana, entendida como el conjunto de acciones democráticas que favorecen la convivencia pacífica y la seguridad de los habitantes y de sus bienes, ajustadas a los principios de la democracia y al derecho de cada país. La seguridad ciudadana no está sujeta a las leyes del mercado (no es excluyente) y es un bien no rival (que alguien goce de seguridad no impide que otros también lo hagan). Como bien público, es responsabilidad primaria del Estado, pero también compete a las autoridades locales y a la sociedad civil. En la actualidad, el principal desafío consiste en armonizar el ejercicio de los derechos humanos con las distintas políticas en materia de seguridad ciudadana de los Estados. Por ejemplo, la Organización de los Estados Americanos (OEA) plantea que cuando el Estado no es capaz de reaccionar con eficacia ante la violencia y el delito, y complica la situación, en ocasiones se aplican políticas que se han demostrado ineficaces y que pueden derivar en movimientos paramilitares o parapoliciales (OEA, 2009).

El equilibrio entre tiempo laboral pagado, tiempo de trabajo doméstico no remunerado y tiempo libre (o tiempo “no obligado”) es otra condición necesaria del bienestar. La disponibilidad de tiempo libre también debe conceptualizarse como bien público. Especialmente en la legislación laboral, esta disponibilidad ha sido definida en términos del derecho: en el contexto de las luchas de los trabajadores y las trabajadoras durante el siglo XX, y en toda la legislación laboral actual, el descanso es entendido como un derecho de los trabajadores y las trabajadoras. En la región, la jornada laboral sigue siendo demasiado extensa en comparación, por ejemplo, con la mayoría de los países de la Unión Europea. Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado laboral no ha sido compensada por una mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico, por lo que las mujeres sufren de una baja disponibilidad de tiempo libre o, como se le ha denominado, de un estado de pobreza de tiempo. El reconocimiento jurídico del trabajo doméstico no remunerado y de su correlato en términos de derecho al descanso también debería tener efectos en la agenda pública (entre otros aspectos, en el desarrollo de vigorosas políticas de cuidados).

Para concluir, es importante resaltar las interrelaciones entre las dimensiones constitutivas del bienestar. A manera de ejemplo, y vinculado con graves rezagos en materia de infraestructura pública de transporte, se destaca el crecimiento que ha experimentado el parque automotor en los últimos años en todos los países de la región, con un fuerte impacto en la contaminación atmosférica urbana y con efectos nocivos en la salud de la población. La congestión vehicular asociada eleva notablemente los tiempos de desplazamiento dentro de la ciudad, que se transforman en un tiempo “vacío”, que resta espacio al tiempo libre y a la convivencia, genera malestar, aumenta el estrés y deteriora la convivencia. Esto sirve para ilustrar el vínculo entre las dimensiones constitutivas del bienestar.

Bibliografía

- Alarcón, D. (2013), “Informe sobre los ODM 2013. Grandes avances hacia más metas alcanzables”, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.
- Alméricas, Diane y otros (2002), “Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución”, *serie Mujer y Desarrollo*, N° 40 (LC/L.1744-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), junio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.56.
- Artázcoz, L. y otros (2001) “Trabajo doméstico, género y salud en la población ocupada”, *Gaceta Sanitaria*, vol.15, N° 2, marzo [en línea] <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-sanitaria-138/trabajo-domestico-genero-salud-poblacion-ocupada-13021118-originales-breves-2001>.
- BBVA Research LATAM (2010), “Latinoamérica. Situación automotriz. Análisis económico” [en línea] serviciodeestudios.bbva.com/KETD/fbin/mult/ESTAUULT_14122010_tcm346-239499.pdf?ts=16102013.
- BECA/UNICEF (Base Educativa y Comunitaria de Apoyo/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2010), *Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar: Paraguay*, Asunción, Ade Comunicaciones.
- Boarini, R., A. Johansson y M. d’Ercole (2006), “Alternative measures of well-being”, *Statistics Brief*, N° 11, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Brunner, J. (1990), “La autobiografía del yo”, *Actos de significado*, Madrid, Alianza Editorial.
- Bull, A. (coord.) (2003), “Congestión de tránsito, el problema y cómo enfrentarlo”, *Cuadernos de la CEPAL*, N° 87 (LC/G.2199-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.88.
- Buvinic, M. y A. Morrison (2000), “Living in a more violent world”, *Foreign Policy*, N° 118, Washington, D.C.
- Buvinic, M., A. Morrison y M. Shifter (1999), *Violence in Latin America and the Caribbean: A Framework for Action*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *Panorama Social de América Latina, 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.6.
- (2010a), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- (2010b), *América Latina frente al espejo. Dimensiones objetivas y subjetivas de la inequidad social y el bienestar en la región* (LC/G.2419), Santiago de Chile, abril.
- (2010c), *Panorama Social de América Latina 2009* (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.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2009), “Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro”, *Boletín Desafíos*, N° 9, Santiago de Chile.
- Cifuentes, L. y otros (2005), *Urban Air Quality and Human Health in Latin America and the Caribbean*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Clean Air Institute (2012), *La calidad del aire en América Latina: una visión panorámica* [en línea] <http://www.cleanairinstitute.org/calidaddelaireamericalatina/>.
- Cobb, C., T. Halstead y J. Rowe (1995), *The Genuine Progress Indicator: Summary of Data and Methodology (Redefining Progress)*, San Francisco.
- Conceição, P. y R. Bandura (2008), *Measuring Subjective Wellbeing: A Summary Review of the Literature*, Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Daly, H.E. y J.B. Cobb (1989), *For the Common Good*, Boston, Beacon Press.
- Easterlin, R. (1974), “Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence”, *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz*, Paul A. David y Melvin W. Reder (eds.), Nueva York, Academic Press.
- Gammage, S. (2009), *Género, pobreza de tiempo y capacidades en Guatemala: Un análisis multifactorial desde una perspectiva económica* (LC/MEX/L.955), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México.
- Gasper, D. (2007), “Human well-being: concepts and conceptualizations”, *Human Well-Being. Concept and Measurement*, M. McGillivray (ed.), Universidad de las Naciones Unidas.
- Geertz, C. (1994), *Conocimiento local: ensayo sobre la interpretación de las culturas*, Buenos Aires, Editorial Paidós.

- Helliwell, John F., Richard Layard y Jeffrey Sachs (eds.) (2013), *World Happiness Report 2013*, Nueva York, UN Sustainable Development Solutions Network.
- Infante, Ricardo, Daniel Martínez y Víctor Tokman (1999), “América Latina: calidad de los nuevos empleos en los noventa”, *La calidad del empleo: la experiencia de los países latinoamericanos y de los Estados Unidos*, Ricardo Infante (ed.), Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Korc, M. (2000), *Situación de los Programas de Gestión de Calidad del Aire Urbano en América Latina y el Caribe* (OPS/CEPIS/99.15(AIRE)), Organización Panamericana de la Salud (OPS), enero [en línea] http://www.ambiente.gov.ar/archivos/web/salud_ambiente/File/Gestion_Calidad_UrbanoAmerica_2000.pdf.
- Lagos, M. y L. Dammert (2012), *La seguridad ciudadana. El problema principal de América Latina*, Santiago de Chile [en línea] www.latinobarometro.org.
- Lash, S. y J. Urry (1998), *Economías de signos y espacios*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Latinobarómetro (2004), “Una década de mediciones, una década de evolución. Informe resumen Encuesta 2004” [en línea] <http://www.dw.de/aumenta-percepción-de-inseguridad-en-latinoamérica/a-15945006>.
- Lechner, N. (1990), *Los patios interiores de la democracia*, Santiago de Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/Fondo de Cultura Económica.
- Lee, S., D. McCann y J.C. Messenger (2007), *Working Time Around the World: Trends in working hours, laws, and policies in a global comparative perspective*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- McGillivray, M. (2005), “Measuring non-economic well-being achievement”, *Review of Income and Wealth*, vol. 51, N° 2.
- Milosavljevic, V. (2011), “El tiempo. Otra expresión de la pobreza femenina”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- (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). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.132.
- Naciones Unidas (1993), *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, Nueva York.
- (1989) *Convención sobre los Derechos del Niño*, Nueva York.
- NEF (New Economics Foundation) (2008), *Measuring Well Being in Policy* [en línea] <http://www.neweconomics.org/publications/entry/measuring-well-being-in-policy>.
- Nordhaus, W. D. y J. Tobin (1972), “Is growth obsolete?”, *Economic Growth, National Bureau of Economic Research, General Series*, N° 96, Nueva York.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2012), *Environmental Outlook to 2050: The Consequences of Inaction*, París, OECD Publishing.
- (2011), *How's Life? Measuring well-being*, París, OECD Publishing [en línea] <http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2012) *Informe sobre Seguridad Ciudadana en las Américas 2012*, Washington, D.C., Secretaría de Seguridad Multidimensional.
- (2009) *Informe sobre seguridad ciudadana y derechos humanos* [en línea] <http://www.cidh.org>
- (1994), *Violencia contra la mujer. Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2011), *Panorama Laboral. América Latina y el Caribe*, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2011), “Calidad del aire y salud”, *Nota Descriptiva*, N° 313 [en línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/index.html>
- (2006), *Guías de Calidad del Aire de la OMS*, Washington, D.C.
- (2001), *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres* (WHO/FCH/GWH/01.1), Ginebra.
- Orjuela, L. (s/f), *Manual de atención para los niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*, Save de Children [en línea] http://www.ocse.org.mx/pdf/159_Orjuela.pdf.
- Quiroga, R. (2007), “Indicadores ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe”, *serie Manuales*, N° 55 (LC/L.2771-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Reino Unido, Gobierno de (2004), *Quality of Life Counts. Indicators for a Strategy for Sustainable Development for the United Kingdom. 2004 update*, Londres, Department for Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA).
- (1999), *A Better Quality of Life. Strategy for Sustainable Development for the United Kingdom - 1999*, Londres, Department for Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA).

- (1994), *Sustainable Development: the UK strategy*, Londres, Department for Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA).
- Rojas, Mariano (coord.) (2011), *Apuntes de la Conferencia latinoamericana para la medición del bienestar y la promoción del progreso de las sociedades*, México, D.F., Foro Consultivo Científico y Tecnológico/Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [en línea] <http://www.midiendoelprogreso.org/publicaciones.html>.
- SEMARNAT (Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales de México) (2011) *Programa para mejorar la calidad del aire de la Zona Metropolitana del Valle de México 2011-2020*, México, D.F., Gobierno del estado de México, Secretaría de Salud.
- Sen, Amartya (2000), *Desarrollo y libertad*, Editorial Planeta.
- (1999), *Development as Freedom*, New York, Anchor.
- Simioni, D. (comp.), “Contaminación atmosférica y conciencia ciudadana”, *Libros de la CEPAL*, N° 73 (LC/G.2201-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.59.
- Stiglitz, J., A. Sen y J.P. Fitoussi (2008), *The Measurement of Economic Performance and Social Progress Revisited. Reflections and Overview* [en línea] <http://stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/overview-eng.pdf>.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2012), *4º Estudio de Maltrato Infantil*, Santiago de Chile, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- (2006), *Violence against Children in the Caribbean Region. Regional assessment. UN Secretary General’s Study on Violence Against Children*, Ciudad de Panamá.
- UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), (2012), *Global Study on Homicide 2011. Context, Trends, Data*, Viena.
- Valenzuela, María Elena y Gerhard Reinecke (eds.) (2001), *¿Más y mejores empleos para las mujeres? La experiencia de los países del MERCOSUR y Chile*, Santiago de Chile, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.
- Valticos, N. y G. von Potobsky (1995), *International Labour Law*, segunda edición revisada, Boston, Kluwer.
- Villatoro, P. (2012), “La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: una revisión”, *serie Estudios Estadísticos y Prospectivos*, N° 79 (LC/L.3515), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).



Hitos discursivos sobre protección social en América Latina y mapeo de la cobertura de los sistemas de salud y pensiones: una sinopsis

- A. Algunos hitos, mutaciones, desplazamientos e iteraciones discursivas sobre protección social relevantes para la región: ¿desde el reduccionismo hacia la heterodoxia?
 1. Reduccionismo en política social
 2. La universalidad como conjunto de prestaciones y la polémica en torno a la impugnación dicotómica del financiamiento contributivo
 3. Evolución del planteamiento sobre el piso de protección social y planteamientos sobre la cobertura universal de salud
 4. La CEPAL y la protección social como derecho ciudadano
- B. Un mapeo de la cobertura de la protección social en salud y pensiones en América Latina en el mercado laboral y tras la vida activa
 1. Un vistazo a escala regional
 2. Algunos aspectos de la afiliación a sistemas de salud en los países
 3. Algunos aspectos de la afiliación a sistemas de pensiones en los países
 4. El acceso a pensiones y sus montos
 5. Determinantes de la afiliación a sistemas de pensiones de los trabajadores: un análisis multivariado

Bibliografía

El Estado de bienestar puede ser visto como un contrato de seguro que se contrae voluntariamente entre individuos con aversión al riesgo tras el “velo de ignorancia”, en los términos de Rawls... Desde este punto de vista no solo el seguro social definido en términos estrechos es una forma de aseguramiento, también lo son los beneficios universales y la asistencia social.

Nicholas Barr (2001).

Riesgos tales como la enfermedad, las restricciones para satisfacer necesidades de cuidado de niños y de personas frágiles o con discapacidad, los episodios de desempleo y subempleo y la pérdida o la radical disminución de ingresos en la vejez son factores determinantes del bienestar presente y futuro de todos los individuos, que se ven afectados con diversa duración e intensidad. Aunque estas circunstancias están determinadas crucialmente por las asimetrías propias de las condiciones socioeconómicas de que se goce, escapan en diversa medida al control de las personas.

De allí que el aseguramiento permita lidiar con lo que se ha denominado “economía del bienestar de la incertidumbre” por lo incierto del acceso a la protección necesaria, la indeterminación del período durante el que se requiere esa protección, los costos involucrados, el grado de afectación de la integridad personal y de los ingresos y, en consecuencia, con una demanda de servicios que por su naturaleza también es muchas veces irregular e impredecible. Por otra parte, como mediante el sistema de precios no pueden manejarse adecuadamente algunos riesgos, se limita su uso, de modo que el aseguramiento de mercado se restringe tanto en cobertura como en monto. Los límites del aseguramiento privado de la salud acarrearán, entre otras cosas, una desprotección ante gastos médicos elevados, precisamente aquellos contra los cuales resultaría muy atractivo asegurarse (Arrow, 1963 y Arrow, 2000, págs. 220-229).

El aseguramiento solidario permite a las personas diversificar los riesgos y reducir la brecha entre los niveles efectivos de dotación de ingresos y los niveles de protección deseados, al disminuir el riesgo agregado de los individuos. Tal es el objetivo central del aseguramiento, independientemente del tipo de recursos con que se financie; por ejemplo, fiscales o contributivos. Aunque tal diferenciación puede tener relevancia en el contexto nacional o en el ámbito político, por sí sola no representa una restricción en cuanto a las opciones disponibles en materia de políticas; es decir, en la manera en que se brindan y compran los servicios, en la diversificación del riesgo ni en la especificación de los beneficios (Kutzin, 2008).

Debe también considerarse que el aseguramiento guarda analogía con el ahorro, que disminuye la brecha entre los niveles de dotación y de consumo en diferentes momentos en el tiempo (Ehrlich y Becker, 2000, pág. 171). Muchos beneficios que reciben las personas han sido pagados por ellas mismas en otro período de su vida (Brittan, 2001, pág. 44); es lo que se denomina redistribución intrapersonal a lo largo del ciclo de vida (Falkingham y Hills, 2001) y, en ese caso, el Estado de bienestar actúa como un “banco de ahorros”.

Desde una perspectiva de equidad social, en una región tan desigual como América Latina y el Caribe no debe sobredimensionarse la capacidad individual de enfrentar riesgos mediante instrumentos informales o de mercado¹. A veces los mercados de seguros privados no existen o no están adecuadamente desarrollados y, ante una relación elevada entre precios e ingresos, en países en que la renta está muy concentrada se produce un subconsumo de aseguramiento y sin una adecuada diversificación del riesgo se potencian las exclusiones y las desigualdades.

Por eso el principio de solidaridad es pertinente en varias dimensiones². Desde ese punto de vista, una clave fundamental para evaluar las políticas de protección social consiste en determinar cómo responden a las dinámicas

¹ Esto se evidencia en una amplia literatura económica inaugurada por Arrow, hace 50 años, que en su fecundo análisis microeconómico del mercado de la salud (Arrow, 1963), postuló que estaba plagado de fallas debido a que los riesgos no eran totalmente asegurables y a que existían asimetrías de información. Las instituciones de provisión de servicios de salud se analizaban como adaptaciones a las ineficiencias de mercado, pero que, a su vez, por las restricciones de la competencia en estos mercados, conducían a ineficiencias. En una compilación realizada por Barr en 2001 se reúne una selecta pero extensa bibliografía de la teoría económica del bienestar y del Estado de bienestar (100 artículos), que abarca discusiones teóricas y empíricas en torno a pensiones, salud, educación y lucha contra la pobreza.

² La experiencia internacional muestra que incluso en el caso de las cuentas de pensiones individuales puede buscarse una diversificación del riesgo, que es uno de los objetivos principales de la seguridad social. Por ejemplo, en variantes de una contribución definida de carácter notional, las acciones del sistema de pensiones y sus ganancias no están en cuentas que se atribuyan a los trabajadores de manera individual; las contribuciones de cada trabajador se acumulan usando una tasa fijada por la legislación que refleja el beneficio que el sistema puede pagar. De esa manera el sistema incluye valores que se manejan de manera centralizada, que lo respaldan como un todo y no se atribuyen de manera separada a las cuentas individuales (Barr y Diamond, 2010). Pero ese no ha sido el caso en América Latina, donde la diversificación del riesgo ha estado ausente de las cuentas individuales. Sobre experiencias internacionales en relación con las cuentas notionales, véase Holzmann, Palmer y Uthoff (2008).

de riesgos y a su distribución social. Cuando cunde la percepción de que la protección frente a riesgos instaure una ciudadanía social de “primera” y de “segunda” clase y de que tal jerarquía, al perpetuarse entre generaciones, adquiere un cierto carácter estamental, la cohesión social se resiente. Por el contrario, cuando el Estado y la sociedad generan mecanismos de aseguramiento que reducen el impacto de eventos sobre el bienestar de las personas, se fortalece la percepción de pertenencia a la sociedad (CEPAL, 2007).

En este plano, el financiamiento solidario tiene objetivos redistributivos, ya que permite establecer subsidios cruzados entre estratos de ingreso, de edad y de riesgo y, además, tomar en cuenta diferentes aspectos que no pueden encararse adecuadamente con los sistemas de precios: que el individuo no debe cubrir la totalidad de los costos vinculados con su estructura actual de riesgos; que se precisa protección contra riesgos relacionados con bienes que no tienen un sustituto de mercado (por ejemplo, una buena salud); que los precios de mercado no reflejan los costos sociales de oportunidad ni las externalidades del consumo privado y las dimensiones de bien público que ese consumo pudiera tener, y la necesidad de encarar el subconsumo asociado a bajos ingresos o a un alto riesgo individual, en cuyo caso no se tiene acceso al aseguramiento, aunque exista el mercado. Además, se corrigen externalidades, dado que no solo se beneficia la persona asegurada, sino también la sociedad por medio de diversas externalidades, como contar con una población sana y sufrir menos convulsiones sociales, entre otras (Sojo, 2003).

Estas consideraciones sirven de marco interpretativo en este capítulo, que consta de dos partes. En primer término se analizan algunos hitos discursivos sobre cómo se ha concebido la protección social. En segundo lugar, se examina la cobertura de la protección social de la región en dos dimensiones: salud y pensiones, para dar cuenta de avances y restricciones en esta materia, así como de las desigualdades que afloran.

A. Algunos hitos, mutaciones, desplazamientos e iteraciones discursivas sobre protección social relevantes para la región: ¿desde el reduccionismo hacia la heterodoxia?

Desde la óptica del “institucionalismo discursivo”, el discurso en sí no solo encarna un contenido sustantivo de las ideas, sino que también representa procesos interactivos de coordinación y comunicación en un contexto institucional. Qué ideas prevalecen en la formulación y el rediseño de políticas sociales y laborales para hacer frente a riesgos sociales no depende únicamente del contenido de estas, ni de si son producto de consenso, si son eficaces o si se defienden independientemente de su viabilidad por interés, identidad o solidaridad grupal. La prevalencia de ciertas ideas tiene también que ver con el poder, pero no solo con la capacidad coercitiva de las partes que inciden en la trayectoria de las políticas, sino con los poderes discursivos; es decir, la capacidad para convencer a los demás participantes en la discusión para que hagan concesiones o, incluso, para cambiar la percepción de sus intereses o de lo que es apropiado respecto de sus valores (Schmidt, 2013, págs. 5-7).

Sobre las políticas de bienestar en otras latitudes, se ha afirmado que los patrones interpretativos propuestos y debatidos se han transformado notablemente en las últimas décadas. Los temas abarcados, las preferencias, los valores y los símbolos son elementos que inciden tanto en la forma en que se definen las políticas como en las soluciones que se alcancen (Bonoli y Natali, 2012, págs. 12 y 13). Esa transformación ha sido también relevante en nuestra región; de

allí el sentido de sistematizar algunos planteamientos que han conformado hitos en la manera en que la protección social se conceptualiza y discute y con los que se ha intentado incidir en la política pública.

1. Reduccionismo en política social

Por su influencia en las políticas públicas durante la llamada “década perdida” y en los años noventa, cabe recordar los postulados sobre focalización acuñados en la década de 1980, que cuestionaban y evaluaban negativamente el principio de universalidad de la política social y —sin mayor sustento en investigaciones o conocimientos precisos— daban por supuesto que concentrar el gasto público social en los grupos más vulnerables de la población y restringir la acción del Estado en política social era eficiente y eficaz, y tenía validez general. Como corolario, se proponía un desmantelamiento relativo y variable de las políticas universalistas y se preconizaba la privatización de los servicios sociales, sin prestar mayor atención a los problemas que origina la prestación privada de servicios, tales como la selección de riesgos, debido a las fallas propias de los mercados en este ámbito (Sojo, 1990 y 2007).

Desde mediados de los años noventa, aquella perspectiva de la política social empezó a verse erosionada por sus consecuencias negativas y desafiada por experiencias exitosas que tenían otra trayectoria, al igual que por consideraciones conceptuales de muy diverso tipo que condujeron a apreciaciones más matizadas sobre la universalidad; por ejemplo, respecto del sector de la salud, al reconocerse los efectos positivos de las políticas universales cuando se eliminan las desigualdades inherentes a los sistemas de financiamiento (Sojo, 1990 y 2007).

A inicios del milenio emerge la propuesta del manejo social del riesgo (*social risk management*) que, vista en perspectiva, constituyó la principal rémora en términos conceptuales del reduccionismo en política social, pero que por su relativo hermetismo no tuvo la influencia de la focalización reduccionista. A partir de definiciones del riesgo y del aseguramiento, se realizaba una propuesta global de política social, basada en una combinación público-privada que resultaba funcional: se circunscribían las responsabilidades del Estado en materia de bienestar social al combate contra la pobreza, se establecía el aseguramiento contra los riesgos como una responsabilidad individual y se desestimaba la solidaridad en la diversificación de riesgos. En esos términos, el aseguramiento individual en el mercado, la provisión de servicios para los pobres mediante redes de protección y la focalización contrapuesta a la universalidad conformaban una estrategia de política social que disponía una responsabilidad pública mínima en materia de protección social, depositaba el financiamiento y la prestación de los demás servicios relacionados con el bienestar social en manos privadas, y reiteraba la desestimación del principio de solidaridad del financiamiento. Estas visiones y las políticas concomitantes fueron promovidas decididamente por el Banco Mundial (Sojo, 2003, pág. 133).

2. La universalidad como conjunto de prestaciones y la polémica en torno a la impugnación dicotómica del financiamiento contributivo

En el caso del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), desde el Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) se propugnó hace algunos años la idea del universalismo básico (Filgueira y otros, 2006, pág. 47). Esta se basaba, por una parte, en una crítica al “falso universalismo”, cuya retórica escondería una oferta y un acceso segmentados a bienes y servicios de calidad diferencial que beneficiaban más a quienes se encuentran en mejores condiciones para acceder a estos. Por otra parte, también criticaba el “universalismo ineficaz”, cuya oferta carecería de calidad y no reflejaría preocupación por su incidencia.

El universalismo básico propone “acciones de cobertura universal” y “prestaciones seleccionadas”, que constituyan verdaderos pisos de protección que se deberán fortalecer gradualmente. Se trata de brindar una cobertura universal de un “conjunto limitado de prestaciones esenciales para categorías de población definidas a partir de ciertos atributos”, o bien de “un conjunto limitado de prestaciones básicas” que variaría de acuerdo con las posibilidades y definiciones propias de cada país (Filgueira y otros, 2006, pág. 46).

Debe destacarse que las fallas específicas de los mercados de aseguramiento no se consideran; en cuanto al mercado se afirma que “carece de la fuerza necesaria (y a veces de los marcos e instrumentos de regulación) para

que amplios sectores de la población accedan a los bienes y servicios necesarios para su plena inserción social". Son los mercados laborales los que reciben mayor atención, por cuanto estratifican sistemas corporativos de base laboral. Al Estado se le asigna el papel de garantizar el acceso y usufructo de bienes, rentas y servicios de calidad homogénea (Filgueira y otros, 2006, págs. 26, 37-40).

Una lectura atenta de las alusiones acerca de la viabilidad de establecer diversas prestaciones evidencia que se considera eminentemente el uso de recursos fiscales no contributivos, e incluso emerge el término "universalismo básico no contributivo" (Rezk, 2006, pág. 350). Ante tal planteamiento, se advirtió ya entonces sobre la previsible restricción de recursos fiscales destinados a tales fines y sobre la necesidad de reorientar la protección social mejorando de los diseños de los sistemas contributivos, para hacer converger las lógicas y evitar que se profundizara la segmentación existente (Tokman, 2006, pág. 163).

También desde un ámbito cercano al BID ha emergido recientemente en la región otra posición taxativa contraria al financiamiento contributivo. Acuñada esta vez para México, le endilga al financiamiento contributivo un papel crucial respecto de los niveles de informalidad: "la informalidad se genera por distorsiones del régimen fiscal y de seguridad social" (Levy, 2012). Entre otros aspectos, se propone sustituir los impuestos a la nómina por incrementos del IVA, lo que "implica un cambio de la seguridad social: de impuestos al trabajo a impuestos al consumo" (Levy, 2012)³; sin embargo, se conserva el financiamiento de ciertos beneficios para los asalariados con impuestos sobre la nómina. Para atenuar el impacto que tendría en las familias pobres el pago de impuestos al consumo del que se beneficiaría el sistema, se contemplan compensaciones canalizadas mediante el programa Oportunidades.

Por otra parte cabe recordar que el sistema de protección social mexicano continúa siendo uno de los más estratificados de América Latina. En ese marco se propone una "seguridad social universal" que procure una convergencia de beneficios para todos los trabajadores, junto con otros beneficios específicos para los asalariados. Para esa concurrencia de prestaciones, la actual cobertura del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) desempeña un papel importante (Levy, 2012).

Como se verá más adelante, los niveles de afiliación a sistemas de pensiones y salud de la región (que son indicadores de la informalidad en el mercado laboral) no parecen encontrarse en función de la forma en que los sistemas se financian: hay sistemas contributivos con coberturas amplias y otros con coberturas muy limitadas, según las trayectorias específicas de los países.

En las antípodas de ese razonamiento puede argumentarse que para desarrollar los mercados laborales e incrementar la formalidad, más que considerar el carácter contributivo o fiscal del financiamiento que sustenta el aseguramiento, es indispensable centrarse en la calidad de este. Según esa perspectiva, dado que en un contexto de salarios flexibles el costo de los beneficios provistos por el empleador se traslada parcialmente al trabajador mediante una reducción de los salarios, si los trabajadores no valoran tanto aquellos beneficios como el ingreso que dejan de percibir, pueden en el sector formal acceder a la elusión en acuerdo con el empleador o bajo su coerción, o buscar trabajo en el sector informal, donde la remuneración es totalmente monetaria. Es posible que esto ocurra cuando la provisión de las pensiones o de los beneficios de salud son muy ineficientes, los vínculos entre beneficios y contribuciones muy débiles, o algún miembro de la familia ya inserto en el sector formal provee una cobertura familiar que no difiere de la alcanzable por aseguramiento propio. De allí la necesidad de velar por la eficiencia y calidad de los sistemas de seguridad social. Las carencias en materia de pensiones o los beneficios de salud precarios son externalidades negativas que no crean incentivos adecuados para profundizar los mercados laborales (Sojo, 2003).

Respecto de la equidad del financiamiento, cabe destacar que en el caso del obtenido por medio de impuestos generales depende de la equidad general del sistema tributario del país, mientras que en el sistema contributivo ella está determinada en gran medida por los detalles de su diseño y por las bases sobre las cuales se cobra la contribución obligatoria. Para evaluar reformas del financiamiento no deben perderse de vista los objetivos del sistema: cómo afecta la calidad de los servicios, la mancomunación de riesgos y la trayectoria de los costos administrativos (Gutiérrez, Acosta y Alfonso, 2012, págs. 84-86).

³ En un país en que se tiende a recurrir a los impuestos indirectos. Cabe reflexionar sobre el contexto específico de la propuesta: si los ingresos resultantes de gravar la producción de hidrocarburos se clasifican como no tributarios, México tiene actualmente una de las cargas tributarias más reducidas de América Latina e incluso ha retrocedido en los últimos tiempos. Si se contabilizan esos ingresos, la carga se sitúa levemente por debajo del promedio regional y refleja un aumento moderado desde los años ochenta; en ese caso la orientación a favor de la imposición indirecta, que se observa a escala latinoamericana, sería muy marcada en este país (Gómez-Sabaini y Morán, 2013, pág. 16).

Respecto del financiamiento de la inversión social basado en impuestos al consumo, el caso chileno evidencia de manera fehaciente que el gasto social progresivo no basta para modificar la estructura desigual del ingreso, para lo que es clave una recaudación progresiva (Rivera, 2013). Recurrir a impuestos indirectos para financiar la protección social acentúa la regresividad tributaria, mientras que eliminar las contribuciones de las empresas a la protección social y financiarla mediante impuestos indirectos en términos netos puede redundar en una rebaja adicional del aporte empresarial al gasto público y social. Además es pertinente recordar que la equidad no está asociada únicamente a las fuentes del financiamiento, sino también a la combinación de recursos de distintas fuentes, los métodos de recolección, las transferencias centrales a entidades subnacionales ajustadas por niveles de desarrollo social y la modalidad de la compra de servicios en el marco de diversas combinaciones público-privadas. Ninguno de estos aspectos es captado adecuadamente por una visión dicotómica del financiamiento contributivo.

En este contexto cabe advertir sobre la importancia de dar seguimiento a un proceso que se enmarca dentro de la amplia reforma de la salud que se está realizando en Colombia y que se encuentra actualmente en una etapa de negociación política. En 2013 se cambió la participación en las contribuciones de los empresarios, pero mediante impuestos progresivos: con la reforma tributaria plasmada en la ley 1607 se modificó la estructura de financiamiento del sector, al incrementarse la participación de los recursos fiscales por medio del impuesto sobre la renta para la equidad (CREE). Se ha planteado como objetivo que a partir de 2014 más de un 60% del financiamiento del sector de la salud provenga de recursos fiscales. Por otra parte, esta modificación de la combinación de ingresos contributivos y fiscales fundamenta la necesidad de contar con una entidad que concentre las fuentes. Así, entre otros aspectos, la reforma propuesta por el Ejecutivo contempla modificar sustancialmente las funciones de los entes prestadores y aseguradores, con el fin de concentrar en una entidad financiera pública (Salud-Mía) las funciones de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud (Ministerio de Salud de Colombia, 2013).

En cuanto a la dicotomía entre formas de financiamiento, cabe resaltar que en nuevos estudios realizados en el seno del propio Banco Mundial se ha advertido sobre la complejidad y los problemas que acarrea impugnar el financiamiento contributivo en la región para proponer paquetes básicos de beneficios sufragados por impuestos generales o específicos, junto con planes complementarios y voluntarios manejados por el sector público o privado. Se señala que hay pocos casos de financiamiento basado exclusivamente en estas fuentes y se acusan las restricciones fiscales, legales y administrativas que se encararían en América Latina. A ello se sumaría el bajo nivel de recaudación fiscal de muchos países y el hecho de que en varios existen instituciones de protección social sólidas que ya ofrecen beneficios de salud, pensiones y, a veces, de desempleo, los cuales pueden ser incluso mayores que los que se incluirían en los paquetes básicos (Ribe, Robalino y Walker, 2012, pág. 46).

Como giro fundamental sobre esta materia dentro del ideario afín al Banco Mundial, se destaca el planteamiento de que el objetivo principal consista en proporcionar a todos los ciudadanos o residentes el mismo aseguramiento social, según las mismas reglas y condiciones, independientemente de dónde trabajen (Ribe, Robalino y Walker, 2010). Se señala que, si bien los sistemas contributivos que cubren el sector formal son insuficientes, tener sistemas contributivos y no contributivos que funcionen de manera paralela tampoco es eficiente, por lo que se proponen sistemas integrados (Ribe, Robalino y Walker, 2012, pág. 106).

Además, se manifiestan preocupaciones en cuanto a la suficiencia de los programas no contributivos de la región, dado que en muchos casos los beneficios son muy reducidos, especialmente en el sector de la salud, y a que no se integran satisfactoriamente con los programas contributivos. Por otra parte, se considera que los seguros sociales adolecen de fragmentación institucional, caracterizada por planes múltiples con baja coordinación, que afectan la movilidad laboral, crean desigualdad horizontal entre trabajadores y aumentan los costos administrativos. La visión de largo plazo para las políticas de protección social y de mercado laboral, entre otras, implica ofrecer acceso a un mismo seguro social contributivo a todos, independientemente de dónde se trabaje, lo que supone no solo mantener el aseguramiento obligatorio del sector formal, sino incluir también a los trabajadores informales mediante incentivos financieros e institucionales (Rashid, 2012; Ribe, Robalino y Walker, 2010, pág. 60).

Para avanzar hacia la cobertura universal en materia de pensiones, recientemente el BID ha propuesto que el ciudadano sea objeto de un aseguramiento previsional, lo que implica una pensión universal para adultos mayores sustentable en términos fiscales e institucionales, así como la imperiosa necesidad de fortalecer los sistemas contributivos para garantizar en el largo plazo el nivel de las pensiones. Se propone además procurar la incorporación paulatina de los no asalariados que han estado excluidos tradicionalmente de la seguridad social, de modo que tengan los mismos costos y beneficios que los trabajadores asalariados, con una modalidad de implementación más flexible

con respecto a los pagos e innovando en las maneras de forzar el ahorro para colectivos que están desligados de la seguridad social, pero sin generar sistemas paralelos ni proporcionar incentivos para reasignar trabajadores a unidades de producción pequeñas y poco productivas. Para fomentar el crecimiento del empleo formal, se plantean subsidios a los aportes previsionales para reducir el costo de la formalidad y aumentar las densidades de cotización presentes y futuras para todos los trabajadores, independientemente de su categoría ocupacional. En cuanto al financiamiento de la ampliación de cobertura, se recomienda reducir la gran cantidad de gravámenes impuestos al trabajo formal o, al menos, no sumarle más cargas, por sus efectos negativos sobre la formalidad laboral, y explorar vías alternativas de financiamiento, como los impuestos al consumo y los ingresos públicos por materias primas (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). Respecto del financiamiento mediante impuestos al consumo, cabe reiterar los problemas antes expuestos en relación con otra propuesta cercana al ideario del BID en esta materia.

Interesa destacar que en la región está emergiendo un reconocimiento creciente de que el financiamiento contributivo no tiene que estar asociado únicamente al estatus laboral de las personas, y de que los pobres pueden contribuir mediante esquemas familiares y tasas diferenciales según su nivel de ingresos. Este hecho se había demostrado en estudios sobre diversos países de la región, que han evidenciado la capacidad de cotización en esquemas subsidiados de los trabajadores informales, o incluso de no ocupados receptores de remesas (Gutiérrez, Acosta y Alfonso, 2012; Carrera, Castro y Sojo, 2010). En países con esquemas muy poco desarrollados, no solo es indispensable ampliar la cobertura, sino también mejorar la calidad del aseguramiento en los mercados laborales e incrementar el impacto redistributivo. En tal sentido, además del uso de recursos fiscales, es imprescindible la ruptura de los techos contributivos (Carrera, Castro y Sojo, 2010).

También en la literatura sobre economía de la salud se advierte una impugnación de las visiones dicotómicas respecto del financiamiento mediante contribuciones o recursos fiscales. En ese sentido resulta interesante la llamada de atención acerca de que hay un reconocimiento creciente de que la fuente de los recursos no determina la estructura organizacional del sector, los mecanismos por los cuales esos recursos son asignados, ni la precisión con que se especifican los beneficios. Así, términos como sistema de financiamiento por impuestos generales o sistemas de seguridad social no son descriptores adecuados de los sistemas actuales. La forma tradicional de pensar en la seguridad social impone restricciones innecesarias al rango de opciones de políticas abiertas a los países (Kutzin, 2012).

En América Latina, a partir de lógicas de una presunta racionalidad técnica, en la discusión acerca del financiamiento de la protección social se escamotean⁴ en ocasiones los determinantes estrictamente políticos de la arquitectura de esa protección. La vasta literatura contemporánea sobre el Estado de bienestar que trata sobre la genealogía y las transformaciones de este a lo largo del tiempo en varias latitudes permite conocer en profundidad los condicionantes históricos y políticos que subyacen tras las opciones de financiamiento⁵.

La fragmentación y la segmentación están establecidas en los sistemas de protección social y en su acción política y discursiva; es decir, no son exógenas (no emanan únicamente de dinámicas propias del mercado laboral, por ejemplo). Por ello, la estrategia de universalización de la protección social en la región no puede centrarse exclusivamente en un incremento de recursos, sino que debe actuar sobre la morfología de la protección social: el cambio institucional forma parte crucial del “locus” de la innovación (Sojo, 2013).

3. Evolución del planteamiento sobre el piso de protección social y planteamientos sobre la cobertura universal de salud

Por su parte, la noción del piso de protección social, desarrollada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye otro hito importante en la discusión sobre protección social, concepto que ha sufrido transformaciones considerables.

Inicialmente prevaleció el planteamiento de un paquete esencial de prestaciones. El piso básico de protección social, promovido en primer lugar por la Comisión Mundial de la Dimensión Social de la Globalización en 2002, se

⁴ Según la acepción del Diccionario de la Real Academia Española de “hacer desaparecer, quitar de en medio de un modo arbitrario o ilusorio algún asunto o dificultad”.

⁵ Véanse Schmidt y Thatcher (2013); Palier (2010), Barr y Diamond (2008), Hemerijck (2013), Bonoli y Natali (2012) y Porter (1999).

definió como un conjunto básico y modesto de garantías de seguridad social, que debían implementarse mediante transferencias monetarias y prestaciones (OIT, 2008).

Se afirmaba que, más que un conjunto de beneficios, constituirían un conjunto de garantías de acceso a transferencias esenciales. Asimismo, por su monto —se trataba de asegurar a niños y niñas, adultos mayores y personas con discapacidad ingresos suficientes para que no estuvieran por debajo de la línea de pobreza, así como de brindar algún apoyo focalizado a desempleados y pobres en edad activa— tendrían características de beneficios de asistencia social, más que de seguridad social, a diferencia de los beneficios de la seguridad social adquiridos sobre la base del pago de contribuciones o impuestos, que generalmente representan un reemplazo alto del ingreso (OIT, 2008, pág. 3)

Más adelante se definió como la interrelación entre garantías básicas, a la que se sumaba un segundo nivel con prestaciones garantizadas como derecho y un piso superior con seguros voluntarios regulados (Cichon, Behrendt y Wodsak, 2011, pág. 9).

Destacan esas transformaciones de la propuesta, junto con otras que siguieron a lo largo del tiempo (Sojo, 2012). Debido a la presión sindical en las discusiones tripartitas en el seno de la OIT, el término “básico” fue eliminado. El “piso de protección social” se deslinda de las “redes de protección” (*safety nets*), por cuanto estas se consideraban residuales a las políticas sociales y se pretendían suavizar los efectos del ajuste con medidas temporales, fragmentadas y focalizadas en las personas pobres y vulnerables según ciertos criterios (Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social, 2011, págs. 12-13). Se concibe el piso como un complemento y no como una alternativa a las instituciones de seguridad social existentes; es decir, un componente de un sistema de protección social pluralista y comprehensivo (Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social, 2011, pág. xxx). En países con sistemas de protección social comprehensivos pero segmentados, la función del piso sería llenar brechas de cobertura y contribuir a la promoción de políticas sociales coherentes (Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social, 2011).

En el marco de la Comisión Asesora del Piso de Protección Social, presidida por Michelle Bachelet, ex Directora Ejecutiva de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la universalidad de la protección social se plantea como una búsqueda progresiva en el marco de una pluralidad institucional y dentro de una estrategia que comprende una dimensión horizontal (conjunto de garantías básicas para todos) y otra vertical, que se refiere a la implementación gradual de estándares más elevados (Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social, 2011, pág. xxiii). La dimensión horizontal guarda relación con servicios esenciales financiados de salud, educación, saneamiento, seguridad alimentaria, vivienda, seguridad básica de ingresos o medidas de nivel básico (o muy básico) conforme a un mínimo establecido a escala nacional y cuya amplitud está en función del espacio fiscal y financiero (Ib., pág. 12).

En 2012, de las recomendaciones de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo sobre la materia se destaca lo que puede denominarse “pluralismo institucional inherente”, por cuanto se afirma que la concreción del piso abarca regímenes universales de prestaciones, de seguro social, de asistencia social, impositivos y relacionados con el empleo. Ante el gran desafío de evitar que la escalera interdependiente del piso en sus dimensiones vertical y horizontal no origine una fragmentación adicional de la protección social existente (Sojo, 2012 y 2013), en el seno de la OIT se plantea la necesidad de desarrollar en forma simultánea ambas dimensiones (Schwarzer, 2013).

Por su parte, en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010* (OMS, 2010) se resaltan algunos compromisos necesarios para el diseño de beneficios que deben asumirse para avanzar hacia la cobertura universal en salud. Se consideran tres dimensiones: quién se beneficia de los recursos, a qué servicios se tiene acceso y cuál es su costo. El avance hacia la cobertura universal y sus mecanismos se representan mediante un cubo que debe ser colmado, y en el que se ponen en relación la población, los costos y los servicios. En las dimensiones horizontales, empezando por las personas pobres y vulnerables, el objetivo es ir abarcando a la población no cubierta; en cuanto a los servicios, deben ser de calidad y estar basados en la distribución de la carga de la enfermedad, priorizando las necesidades de los más vulnerables y progresando hacia la inclusión de otros servicios. En la dimensión vertical, se avanza al reducir los gastos de bolsillo en salud, considerando las necesidades específicas de los grupos más desventajados, mediante la rebaja de copagos y cuotas.

Para cerrar este acápite cabe señalar que en la discusión internacional en torno a la protección social se ha evolucionado hacia visiones más pluralistas sobre cómo avanzar hacia mayores niveles de protección social. Se trata de planteamientos heterodoxos y probablemente tendrán impacto en la región. En lo referente a la seguridad social, el avance hacia este tipo de interpretaciones se expresa en advertencias acerca de que no existe un modelo único a escala internacional para proveer protección social en salud, ni un solo camino para expandir la cobertura, dada las

diferencias entre países en cuanto a estructuras de gobernanza, mecanismos de financiamiento y fuentes de recursos, diversificación de riesgo y asignación de recursos y beneficios cubiertos. Se subraya cómo se está transformando la protección social —en el marco de sistemas de financiamiento que cubren de manera independiente o traslapada a grupos de población muy diversos—, entre otras razones debido al desarrollo económico, a valores culturales, a determinantes institucionales y al compromiso y liderazgo políticos (Scheil-Adlung, 2013).

4. La CEPAL y la protección social como derecho ciudadano

Tal como lo ha planteado la CEPAL (2006), un sistema de protección es más que una estructura institucional; es un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las que desea construir y regular su convivencia. Este acuerdo, que está en construcción permanente, determina qué derechos se aplican a toda la población, cómo se garantizan y en qué forma se hacen viables. Por lo tanto, se requiere un cierto nivel de cohesión para construir consensos que se plasmen en instituciones, normas, programas y recursos. Asimismo, para transitar de un conjunto de políticas sociales a un sistema integral de protección social se precisa cohesión social. Esta debe promoverse e implica encarar conflictos entre derechos, recursos, patrones distributivos y diseños institucionales. Un modelo de protección social basado en derechos y orientado a la cohesión exige pronunciarse en torno a cuatro elementos esenciales: la determinación de los niveles y las fuentes de financiamiento contributivos y no contributivos; la magnitud de la solidaridad en el financiamiento; el desarrollo de la institucionalidad social para una gestión eficiente de la política de oferta de prestaciones, y la identificación de derechos explícitos que se pueden garantizar y exigir en términos de acceso a prestaciones sociales (CEPAL, 2007).

Con el fin de encarar discursivamente la visión reduccionista de la política social, la CEPAL ha formulado principios sobre esa política y, con ello, de la protección social, desde un escenario de reconocimiento de los derechos ciudadanos. El principio de universalidad consiste en garantizar a todos los miembros de la sociedad determinadas protecciones o beneficios en forma de derechos, con la calidad y en la cantidad que se consideran necesarios para una participación plena en la sociedad. Con este principio se pretende que todos los individuos cuenten con la certeza de que se les asegura el máximo bienestar permitido por el desarrollo económico en un momento dado. Ello no significa que todo beneficio sea universalizable, sino que la sociedad establece, a partir de acuerdos, los estándares de calidad y de cobertura que deben garantizarse a todos sus miembros (CEPAL, 2000 y 2006).

La universalidad está íntimamente vinculada con el principio de solidaridad, que postula a su vez la participación en el financiamiento de la política social de acuerdo con la capacidad económica individual. Así, la solidaridad debe coadyuvar a asegurar la universalidad y la equidad en el acceso a las prestaciones sociales, considerando las asimetrías de las condiciones económicas y de la exposición a riesgos, particularmente en materia de salud y empleo. Según el principio de solidaridad se asume también que, dadas las externalidades del bienestar individual, existe una estrecha interrelación entre este y el bienestar social. En la vida de las personas y en el desarrollo de las sociedades influyen la amplitud y calidad de los servicios y las protecciones sociales (CEPAL, 2000 y 2006).

Los principales obstáculos para el avance hacia la universalidad de las políticas sociales y de sus beneficios han sido la restricción de recursos y la falta de acuerdos sociales sobre su prioridad, así como dificultades instrumentales para su ejecución. La universalidad no es contraria a la posibilidad de establecer criterios de selectividad, que se imponen ante la escasez de recursos como forma de asegurar que los servicios sociales lleguen a la población más pobre. Así pues, debe existir una interacción benéfica entre las políticas universales e integrales y las selectivas y diferenciadas si se desea atender el carácter multifacético y heterogéneo de la pobreza. Como las barreras afectan principalmente a las personas más pobres, la selectividad debe entenderse como el instrumento o conjunto de instrumentos que permiten orientar la acción, particularmente la asignación de subsidios, para que la población carente de recursos económicos pueda acceder a los servicios y garantías sociales. De ese modo, la focalización tiene por objeto hacer más eficaz la universalización de las políticas sociales (CEPAL, 2000 y 2006).

Para que la equidad sea sustantiva, el uso de los recursos públicos debe ser eficiente. El principio de eficiencia en la utilización de los recursos públicos destinados a la política social resulta también intrínseco a la equidad, en la medida en que permite potenciar los principios de universalidad y solidaridad sin contraponerlos. No debe entenderse exclusivamente en términos de efectos macro- y microeconómicos, sino, en última instancia, como la capacidad para maximizar con recursos escasos los objetivos sociales definidos (CEPAL, 2000 y 2006). Además, las

reformas dirigidas a insertar los subsistemas en un sistema integrado de protección social deben también regular las opciones de mercado y particulares, con normas que velen por adecuadas combinaciones público privadas, a fin de lograr los objetivos sociales y públicos deseados (CEPAL, 2007, pág. 137).

Como el mercado de trabajo no ha mostrado una adecuada capacidad incluyente en términos de creación de empleo de calidad ni de cobertura contributiva, no puede ser el único mecanismo para proteger a la mayoría de la población frente a riesgos relacionados con las fluctuaciones de ingresos, la salud y el envejecimiento, entre otros. Por eso la protección social no debe quedar restringida a los mecanismos que ofrece el mundo laboral: el gran desafío es replantearla en el marco de una solidaridad integral, en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos (CEPAL, 2006).

Para ampliar la cobertura y la calidad de la protección social en la subregión es indispensable actuar en las materias postergadas e incumplidas respecto del mercado laboral y debe nivelarse el campo de juego en el ámbito productivo, que durante décadas ha agudizado la gran heterogeneidad de la estructura productiva. De no corregirse —al menos parcialmente— esas disparidades, es difícil que las políticas sociales puedan contribuir a generar un modelo social más inclusivo. Para avanzar, debe repensarse la dinámica subyacente del mercado laboral, ya que el desarrollo histórico de la protección social está vinculado con la legislación laboral, las regulaciones de las condiciones de trabajo y de los despidos, los convenios colectivos, las políticas de capacitación y educación y las capacidades de supervisión del cumplimiento de las normativas (CEPAL, 2010).

Todos estos hitos discursivos han marcado en las últimas décadas el debate sobre la protección social, en circunstancias en que esta ha sido sometida además a muchas reformas. Seguidamente se esbozan en términos cuantitativos algunas dimensiones de la trayectoria reciente de la protección social en salud y pensiones, que denotan la magnitud y especificidad de la desigualdad y de los desafíos pendientes.

B. Un mapeo de la cobertura de la protección social en salud y pensiones en América Latina en el mercado laboral y tras la vida activa

Tal como se enunció al inicio del presente capítulo, la gama de riesgos contra los que deberían estar protegidas las personas es muy amplia. Esta evoluciona conforme las sociedades se transforman y hay ámbitos respecto de los cuales la política pública aún muestra una acusada miopía. Por eso, en el *Panorama Social de América Latina 2012* se ahondaba en la necesidad de convertir el cuidado en otro pilar de la protección social y en fuente de derechos. A tal fin se analizó el empleo en este sector y el gasto privado en cuidados, se caracterizaron los programas y políticas vigentes y se formularon propuestas de política (CEPAL, 2012).

Como es sabido, entre los recursos contributivos y no contributivos para la protección social los destinados a salud y pensiones (cuya articulación institucional es muy variada en la región) han ocupado tradicionalmente un lugar preponderante, y no sin motivo, ya que se trata de dos dimensiones que trascienden de forma crucial al bienestar presente y futuro de las personas y que, por tanto, han sido medulares en las reivindicaciones en torno a la protección social que se han planteado desde el siglo XIX en las más diversas latitudes del planeta. Dada la magnitud relativa y absoluta de los recursos involucrados en estos dos ámbitos de la protección social, es importante indagar en su trayectoria. En esta oportunidad el Panorama Social se enfoca de manera aproximativa hacia la cobertura de estas dos áreas, para dar cuenta de la heterogeneidad que presentan en la región y de las respectivas asimetrías que emergen en los países.

Cabe advertir acerca de las restricciones de la información de las encuestas de hogares con que se trabaja a tal efecto. Dado que solo se registran la afiliación o la cotización, no es posible determinar la calidad ni el rango de los servicios de salud a los que efectivamente se tiene acceso. Bien puede ocurrir que en la encuesta consten como afiliados trabajadores cuyos empleadores no estén efectuando en realidad el pago de las contribuciones a pesar de haber deducido de los salarios las cantidades correspondientes. Por otra parte, la afiliación a pensiones no da cuenta por sí sola de si los afiliados cotizan; si no lo hacen, se estarán generando lagunas de cotización que, según su magnitud, pueden llegar a comprometer seriamente el futuro nivel de sus pensiones. La afiliación de los asalariados a pensiones indica estrictamente la expectativa futura de recibir una pensión a la edad determinada por ley, no se refiere a su monto. En cambio, sí que pueden medirse mediante estas encuestas los ingresos percibidos por los pensionistas, lo cual brinda indicios sobre las trayectorias laborales de las personas y los sistemas de pensiones vigentes en los respectivos países.

1. Un vistazo a escala regional

Aunque en distintas magnitudes y desde muy diversos puntos de partida, la cobertura de la protección social en salud y pensiones de los asalariados ha experimentado un crecimiento; solo ha disminuido levemente en un país⁶. En el plano de la afiliación esta tendencia da cuenta de una dinámica positiva en el mercado laboral, especialmente reveladora si se considera que tuvo lugar en el marco de la crisis financiera y económica global, la más grave acontecida en el mundo desde la Gran Depresión y que en diversos aspectos ha tenido repercusiones en la región⁷. Dado que los asalariados son quienes gozan de una cobertura superior por su mejor inserción laboral, resulta muy preocupante que aun dentro de este universo sea tan baja en cinco países, donde no alcanza a cubrir ni siquiera a la mitad de las personas que perciben un salario y más inquietante aún es que la cobertura esté prácticamente estancada en varios de ellos, si bien en otros dos se registran avances importantes. Como puede advertirse, los incrementos más notables se dan en los países que tienen una cobertura intermedia, mientras que son más discretos en los de coberturas más altas (véase el cuadro IV.1). En algunos casos los incrementos acontecen tanto en salud como en pensiones; en otros las tendencias divergen entre ambos sectores, lo cual puede denotar diferencias de énfasis o, incluso, una diversa eficacia en términos de cobertura del carácter solidario o individualista de la protección social⁸.

Con la excepción de Honduras, la afiliación al seguro de salud entre los asalariados es mayor que la afiliación al sistema de pensiones. Pero, dada la alta correlación entre ambas coberturas, los bajos niveles suelen presentarse simultáneamente en ambas dimensiones. Por otro lado, los países con mayor afiliación al sistema de pensiones (en promedio un 76%) muestran un porcentaje de afiliación al seguro de salud de alrededor del 90% y varios de ellos cuentan con un sistema de salud que tiende a la universalización por medio de mecanismos contributivos y no contributivos. Los países con una cobertura de pensiones intermedia presentan niveles más variados de afiliación al seguro de salud, con un promedio de casi el 65% de la cobertura y una variación comprendida entre el 49% y el 75%. La gran excepción en este grupo es Colombia, cuya cobertura de salud aumentó en 11 años desde el 53% hasta el 92%, mientras que la de pensiones experimentó un incremento importante, aunque menor (de un 16%).

Como promedio para 16 países de la región, las diferencias por género favorecen a las mujeres asalariadas en ambos puntos del tiempo y las mejoras de acceso reflejadas en los dos indicadores las han beneficiado proporcionalmente más. Sin embargo, se registran importantes excepciones a esta tendencia: en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Perú, la República Dominicana y el Uruguay —grupo que incluye algunos de los países de más alta cobertura— las mujeres asalariadas registran menores niveles de afiliación a sistemas de pensiones; no ocurre así con el seguro de salud, salvo en el caso de la República Dominicana. Por otro lado, los avances en ambos indicadores han favorecido proporcionalmente más a los hombres en Chile, Colombia, Guatemala y Honduras (véase el cuadro IV.1).

⁶ Respecto de los asalariados, en un cierto nivel de abstracción es válida una referencia conjunta a salud y pensiones. Con alguna excepción, los niveles de afiliación a sistemas de salud entre los asalariados guardan una alta correlación con los de pensiones ($r=0,89$), en gran medida porque en varios países la seguridad social vinculada al empleo asalariado involucra contribuciones obligatorias simultáneas a ambos sistemas, o porque salud y pensiones conforman un sistema conjunto.

⁷ En el propio campo de la protección social, por ejemplo, la volatilidad financiera ha tenido efectos negativos directos en los niveles de ahorro de las cuentas individuales de pensiones, lo que se ha visto potenciado por la limitada diversificación del riesgo financiero y las carencias u orientaciones liberalizadoras en materia de regulación de las inversiones de estos fondos.

⁸ Por ejemplo, en Colombia para la reforma del sistema de salud se incluían diversos componentes solidarios, mientras que la reforma de pensiones derivó hacia la capitalización individual. Las trayectorias de afiliación son muy diversas en los dos ámbitos.

Cuadro IV.1
América Latina (18 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados
de 15 años y más, según sexo
(En porcentajes)

País	Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004	54,7	65,1	59,3	66,4	49,0	63,5
	2011	68,7	77,7	71,7	77,5	64,8	77,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	26,3	29,8	25,6	27,5	27,6	34,1
	2009	32,4	44,4	30,7	40,5	35,4	51,2
Brasil ^a	2001	65,0	...	65,6	...	64,2	...
	2011	75,9	...	76,9	...	74,6	...
Chile	2000	77,0	92,4	79,1	91,5	73,6	93,8
	2011	81,7	96,7	84,3	96,1	78,2	97,7
Colombia	1999	40,9	53,2	36,5	48,5	47,7	60,4
	2011	57,2	91,9	57,6	90,7	56,6	93,6
Costa Rica ^b	2002	...	83,7	...	81,7	...	87,2
	2011	74,6	86,9	77,3	84,7	70,4	90,3
Ecuador (zonas urbanas)	2002	42,0	45,0	40,8	43,6	44,2	47,5
	2011	64,7	66,2	61,6	62,7	69,7	72,1
El Salvador	1999	48,6	50,0	45,0	45,6	54,6	57,5
	2010	46,6	48,9	43,2	44,5	52,2	56,4
Guatemala	2002	35,8	38,5	33,7	36,4	40,8	43,4
	2006	38,5	44,5	36,4	42,5	42,8	48,9
Honduras	2006	38,0	36,0	30,8	30,2	51,8	47,1
	2010	38,8	37,2	32,4	31,8	51,2	47,7
México	2002	41,0	53,8	39,5	52,0	44,0	57,0
	2010	41,3	71,8	40,0	69,3	43,6	76,3
Nicaragua	2001	33,2	28,8	28,6	24,9	42,4	36,5
	2005	34,0	36,3	28,0	30,2	45,7	48,3
Panamá ^b	2002	...	73,2	...	71,6	...	75,6
	2011	...	80,1	...	77,8	...	83,4
Paraguay	2000	28,1	33,2	27,2	30,9	29,6	36,9
	2011	35,1	40,1	33,8	36,6	37,0	45,3
Perú	2001	27,1	39,3	27,1	38,9	26,9	40,0
	2011	50,4	65,0	53,3	63,7	46,3	67,0
República Dominicana	2005	42,5	51,1	42,6	52,6	42,4	49,0
	2011	63,3	75,4	66,7	76,2	59,4	74,4
Uruguay (zonas urbanas)	2002	76,8	98,2	79,7	97,8	73,4	98,7
	2011	84,7	98,6	85,7	98,3	83,5	99,0
Venezuela (República Bolivariana de) ^a	2002	60,9	...	57,5	...	66,4	...
	2011	72,8	...	69,4	...	77,6	...
América Latina^c	2002	46,1	54,4	44,9	52,5	48,7	58,0
	2011	55,4	66,4	54,5	63,9	57,4	70,6

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 Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de salud de manera independiente.

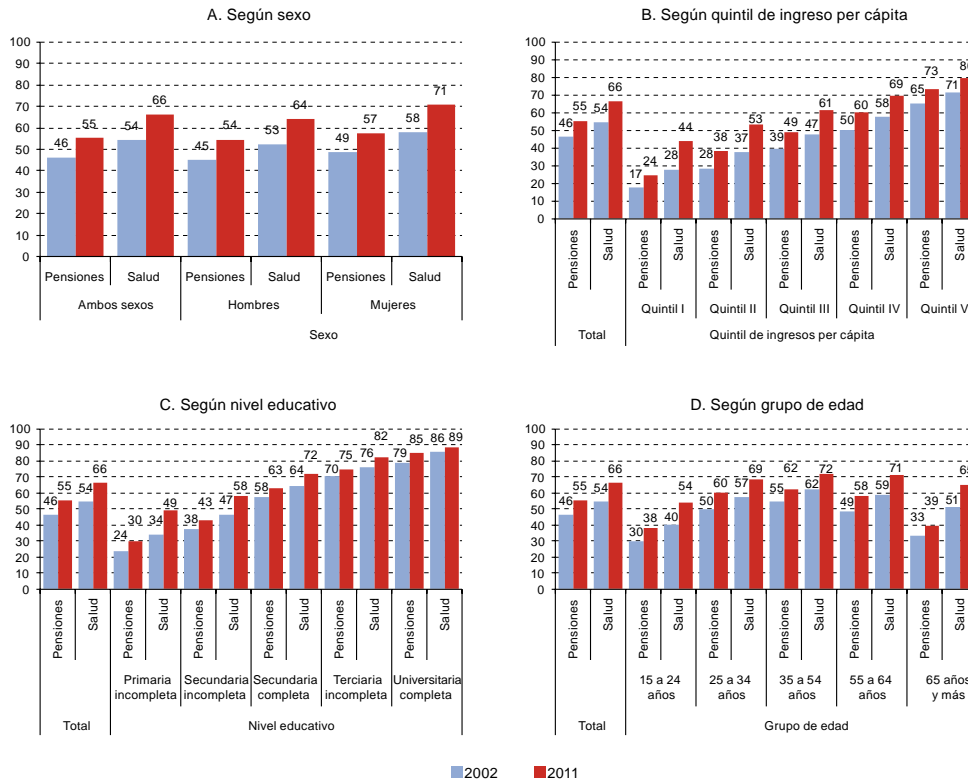
^b Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de pensiones de manera independiente.

^c Promedio simple de 16 países. No se incluyen los países de los que no hay datos disponibles para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

De manera análoga a las disparidades por quintiles, se registran grandes brechas de acceso a sistemas de pensiones y de salud según niveles educativos (véase el cuadro IV.3), aunque con una tendencia a reducirse, sobre todo en salud. Entre categorías extremas —asalariados con educación universitaria frente a asalariados con educación primaria incompleta— las diferencias de acceso son de 55 puntos porcentuales en la afiliación a un sistema pensiones y de 40 puntos porcentuales en la afiliación al seguro de salud. En cuanto a las tendencias por grupos de edad, si bien en todos los casos se registró un aumento de la afiliación tanto al sistema de pensiones como de salud, el acceso en ambos indicadores puede describirse como una curva en U invertida, porque al comienzo y al final de la vida activa los niveles de afiliación son menores. Por lo tanto, resulta problemático que se posterguen los ahorros para pensiones y que los adultos mayores no reciban una plena atención en materia de salud (véase el gráfico IV.1).

Gráfico IV.1

América Latina^a: afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según sexo, quintil de ingreso per cápita, nivel educativo y grupo de edad, alrededor de 2002 y de 2011 (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 simple de 16 países: Argentina (zonas urbanas), Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil (solo en el caso de pensiones), Chile, Colombia, Costa Rica (solo en el caso de salud), Ecuador (zonas urbanas), El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá (solo en el caso de salud), Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay (zonas urbanas) y Venezuela (República Bolivariana de) (solo en el caso de pensiones).

La solidaridad del financiamiento de la protección social tiene ciertamente una base altruista, que consiste en velar por las necesidades de otros y no solo por las propias, pero también un sentido intertemporal: ahorrar cuando se está sano y con una buena inserción en el mercado laboral, para cuando se esté enfermo y/o la inserción laboral sea más precaria, y a fin de tener una pensión. La magnitud de los riesgos y su carácter impredecible fundamentan la necesidad de compartirlos, incluso por personas de altos ingresos, mediante una protección intertemporal a lo largo de las diversas etapas vitales. Este aspecto es crucial para la disposición a asumir el pago de impuestos o de contribuciones destinadas a la protección social y debe destacarse en el análisis. En tal sentido, como se verá, la distribución de la falta de cobertura en la región provee una base argumentativa para fortalecer políticas universales y con financiamiento solidario, ya que —aunque en una muy diversa magnitud y profundidad— la desprotección afecta a sectores sociales a lo largo del espectro de ingresos. Esta realidad pone sobre el tapete un aspecto mencionado en la primera parte del capítulo: la necesidad de velar por la eficiencia y calidad de los sistemas de seguridad social y por vínculos adecuados entre los beneficios y las contribuciones en el caso de los sistemas contributivos, con el fin de hacer atractivos sus beneficios para que sean valorados.

2. Algunos aspectos de la afiliación a sistemas de salud en los países

En promedio, la afiliación a sistemas de salud en el período considerado aumentó en torno a 12 puntos porcentuales. Las excepciones las constituyen El Salvador, que experimentó un leve retroceso, y el Uruguay, que, con niveles ya muy altos en

2002 (más del 98%), prácticamente no progresó. Los avances más significativos —entre 24 y 39 puntos porcentuales— se registraron en Colombia, el Ecuador (en áreas urbanas), el Perú y la República Dominicana (véase el cuadro IV.2).

Cuadro IV.2
América Latina (18 países): variación de la afiliación a sistemas de pensiones y de salud
entre los asalariados de 15 años y más, según sexo
(En puntos porcentuales)

País	Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004-2011	14,0	12,6	12,3	11,1	15,8	14,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002-2009	6,1	14,6	5,1	13,0	7,8	17,1
Brasil	2001-2011	10,9	...	11,4	...	10,4	...
Chile	2000-2011	4,7	4,4	5,1	4,6	4,6	3,8
Colombia	1999-2011	16,3	38,7	21,1	42,2	8,9	33,1
Costa Rica	2002-2011	...	3,3	...	3,1	...	3,1
Ecuador (zonas urbanas)	2002-2011	22,7	21,2	20,8	19,0	25,5	24,5
El Salvador	1999-2010	-2,0	-1,1	-1,8	-1,0	-2,4	-1,1
Guatemala	2002-2006	2,7	6,1	2,8	6,1	2,1	5,6
Honduras	2007-2010	0,8	1,2	1,6	1,6	-0,6	0,6
México	2002-2010	0,3	18,1	0,5	17,3	-0,4	19,2
Nicaragua	2001-2005	0,8	7,6	-0,6	5,3	3,2	11,9
Panamá	2002-2011	...	7,0	...	6,2	...	7,8
Paraguay	2000-2011	6,9	6,8	6,6	5,7	7,4	8,4
Perú	2001-2011	23,4	25,7	26,2	24,8	19,3	27,0
República Dominicana	2005-2011	20,8	24,3	24,2	23,6	17,0	25,4
Uruguay (zonas urbanas)	2002-2011	7,8	0,4	6,0	0,4	10,0	0,3
Venezuela (República Bolivariana de)	2002-2011	11,9	...	11,9	...	11,2	...
América Latina^a	2002-2011	9,2	11,9	9,6	11,4	8,7	12,6

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 Variación sobre la base de un promedio simple de 16 países de los que hay datos disponibles.

Destacan la Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y el Uruguay con las mayores coberturas de salud en ambos puntos del tiempo. Colombia ha progresado significativamente a lo largo de 12 años hasta alcanzar una de las afiliaciones más altas de la región. Se evidencian esfuerzos muy notables de ampliación en el Ecuador, México, el Perú y la República Dominicana, que ostentaban una proporción de afiliaciones intermedia con respecto al conjunto. Asimismo, se observan incrementos importantes en la Argentina y Bolivia (Estado Plurinacional de) y avances más discretos en el resto de los países. El Salvador muestra una evolución negativa previa a la reforma del sistema de salud que está en marcha y en Honduras hay un virtual estancamiento en un nivel de afiliación bajo. Respecto del Brasil, que tiene un sistema universal, las encuestas consultadas no permitían distinguir el nivel de afiliación al sistema de salud.

Nos referíamos anteriormente a que los países exhiben niveles de afiliación altos, medios y bajos de sus asalariados. Cuanto más baja es la afiliación global de los asalariados, más afectados se ven en términos relativos quienes trabajan en microempresas o en el servicio doméstico.

A lo largo del espectro laboral, la afiliación es mayor entre los empleados públicos que en la empresa privada, lo que remite entre otras causas a problemas de evasión y a fallas de supervisión de los mercados laborales. En cuatro de los países que tienen los niveles de afiliación más bajos, el número de nuevos afiliados al sistema de salud entre los profesionales y técnicos de microempresas se redujo, al igual que el de afiliaciones al sistema de pensiones. El total de nuevos afiliados del servicio doméstico, mayor que el de nuevos afiliados a pensiones, no ha crecido mucho

en conjunto, si bien experimentó notables incrementos en Colombia, el Ecuador, México y el Perú, y avances más discretos en otros cinco países (véase el cuadro IV.4).

Cuadro IV.3
América Latina (18 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según quintiles de ingreso per cápita
(En porcentajes)

País	Año	Quintil de ingresos per cápita											
		Total		Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004	54,7	65,1	13,9	20,3	36,5	45,1	52,0	63,0	64,5	77,2	79,9	90,8
	2011	68,7	77,7	32,7	40,3	55,8	65,5	65,1	76,0	76,5	86,0	87,5	95,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	26,3	29,8	9,8	9,0	6,9	9,8	15,5	18,5	20,4	26,1	43,1	45,3
	2009	32,4	44,4	13,3	27,8	17,6	28,1	23,6	37,1	33,0	46,4	44,3	54,4
Brasil ^a	2001	65,0	...	31,4	...	50,3	...	62,2	...	73,6	...	81,9	...
	2011	75,9	...	44,3	...	64,8	...	74,7	...	82,8	...	88,6	...
Chile	2000	77,0	92,4	54,3	89,4	69,8	91,0	77,6	91,6	82,9	93,0	87,4	95,0
	2011	81,7	96,7	67,3	97,4	77,8	96,9	82,5	96,6	82,4	95,9	89,2	97,3
Colombia	1999	40,9	53,2	10,5	17,4	21,9	33,4	27,8	41,9	39,7	53,6	62,3	73,4
	2011	57,2	91,9	6,8	83,2	25,9	87,3	44,4	90,2	61,8	92,0	79,9	95,7
Costa Rica ^b	2002	...	83,7	...	63,2	...	73,6	...	80,5	...	86,5	...	92,0
	2011	74,6	86,9	45,0	68,0	60,8	78,2	73,0	85,7	77,8	89,5	88,8	95,7
Ecuador (zonas urbanas)	2002	42,0	45,0	17,6	18,1	24,9	26,9	34,3	36,3	45,3	48,3	64,9	70,3
	2011	64,7	66,2	30,1	33,2	44,6	47,7	58,1	59,7	70,3	71,6	86,3	86,7
El Salvador	1999	48,6	50,0	6,6	7,1	17,8	18,0	36,4	37,7	52,7	54,7	76,0	77,7
	2010	46,6	48,9	8,3	8,8	21,8	22,6	36,2	38,3	49,7	52,9	72,6	75,8
Guatemala	2002	35,8	38,5	9,5	10,2	16,9	17,5	29,7	32,6	42,8	44,7	58,7	64,0
	2006	38,5	44,5	5,1	9,1	17,3	21,0	30,9	36,0	43,3	49,6	60,8	69,2
Honduras	2006	38,0	36,0	0,6	0,6	5,5	5,6	21,5	21,0	41,7	40,2	61,2	57,1
	2010	38,8	37,2	1,2	1,2	7,2	8,5	21,4	22,0	42,0	41,4	64,1	59,5
México	2002	41,0	53,8	7,6	16,6	23,3	35,0	38,1	53,0	49,8	63,5	66,6	79,1
	2010	41,3	71,8	9,9	58,9	24,5	65,2	36,9	70,8	48,1	74,0	64,0	80,9
Nicaragua	2001	33,2	28,8	9,4	7,1	16,2	13,9	26,1	21,2	34,0	30,8	50,9	44,1
	2005	34,0	36,3	9,4	9,4	14,7	15,9	25,4	28,0	38,7	40,4	53,3	57,3
Panamá ^b	2002	...	73,2	...	39,1	...	62,0	...	71,0	...	76,3	...	78,4
	2011	...	80,1	...	41,3	...	67,5	...	75,9	...	86,8	...	90,0
Paraguay	2000	28,1	33,2	2,0	2,6	8,1	9,9	16,3	19,1	32,0	33,5	43,0	54,0
	2011	35,1	40,1	3,9	5,5	17,2	18,8	29,7	32,4	36,1	41,3	50,8	59,3
Perú	2001	27,1	39,3	2,5	11,5	5,9	15,2	15,2	25,6	28,9	41,8	43,3	57,5
	2011	50,4	65,0	12,3	64,7	27,4	59,5	41,6	58,2	54,9	63,6	69,6	73,3
República Dominicana	2005	42,5	51,1	26,8	34,8	35,1	43,0	41,3	48,8	44,6	52,7	53,7	64,6
	2011	63,3	75,4	44,8	58,1	53,3	69,9	59,0	72,7	71,3	81,2	76,0	84,4
Uruguay (zonas urbanas)	2002	76,8	98,2	41,1	98,1	65,0	97,4	76,9	97,8	85,3	98,1	91,6	99,3
	2011	84,7	98,6	56,4	97,3	76,9	97,9	85,2	98,3	90,8	99,0	95,5	99,5
Venezuela (República Bolivariana de) ^a	2002	60,9	...	33,6	...	49,4	...	57,2	...	66,1	...	76,6	...
	2011	72,8	...	45,1	...	60,4	...	69,3	...	75,9	...	85,8	...
América Latina^c	2002	46,1	54,4	17,3	27,8	28,3	37,3	39,2	47,5	50,3	57,6	65,1	71,4
	2011	55,4	66,4	24,4	44,0	37,9	53,2	49,0	61,1	59,8	69,5	73,0	79,6

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 Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de salud de manera independiente.

^b Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de pensiones de manera independiente.

^c Promedio simple de 16 países. No se incluyen los países de los que no hay datos disponibles para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

Cuadro IV.4
América Latina (18 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los asalariados de 15 años y más, según inserción laboral
(En porcentajes)

País	Año	Empleados públicos		Asalariados en empresas de 5 o más trabajadores		Profesionales o técnicos en microempresas		Asalariados en microempresas		Servicio doméstico		Total	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004	70,0	74,8	67,5	75,5	42,6	71,7	24,9	40,4	6,6	32,2	54,7	65,1
	2011	92,6	95,2	77,2	83,4	53,9	80,4	34,5	50,8	19,5	45,6	68,7	77,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	68,0	68,2	24,4	29,3	17,7	24,6	2,8	6,1	0,1	5,6	26,3	29,8
	2009	74,6	83,4	32,5	44,1	7,1	23,3	2,8	17,4	1,1	15,5	32,4	44,4
Brasil ^a	2001	87,6	...	72,9	...	33,5	...	58,8	...	29,3	...	65,0	...
	2011	93,6	...	84,0	...	48,0	...	63,0	...	37,1	...	75,9	...
Chile	2000	91,8	97,0	81,5	92,8	64,8	84,5	54,3	85,5	46,8	90,7	77,0	92,4
	2011	86,0	97,1	86,5	96,9	72,7	97,0	60,0	93,9	50,0	97,2	81,7	96,7
Colombia	1999 ^b	84,6	94,9	33,5	46,4	69,3	79,5	...	...	13,0	25,2	40,9	53,2
	2011	97,2	100,0	77,2	95,6	38,3	86,3	14,0	82,3	13,8	88,3	57,2	91,9
Costa Rica ^c	2002	...	99,3	...	88,9	...	84,4	...	58,4	...	68,8	...	83,7
	2011	98,2	99,7	85,3	90,9	67,9	80,2	43,1	66,6	27,5	76,5	74,6	86,9
Ecuador (zonas urbanas)	2002	83,7	88,0	44,4	48,2	32,8	38,6	11,5	12,1	9,6	10,9	42,0	45,0
	2011	95,7	95,9	73,9	74,9	47,6	47,6	21,3	24,0	38,7	46,8	64,7	66,2
El Salvador	1999	91,1	90,3	62,1	62,5	42,2	48,6	8,0	11,2	...	6,3	48,6	50,0
	2010	94,4	94,9	63,6	65,9	40,8	43,2	5,9	8,7	2,8	7,4	46,6	48,9
Guatemala	2002	74,3	82,6	50,9	53,6	21,0	22,7	5,1	6,5	2,1	3,3	35,8	38,5
	2006	81,0	86,2	54,0	60,0	26,5	42,9	3,6	9,7	2,9	8,3	38,5	44,5
Honduras	2006	79,4	62,8	40,4	41,2	55,6	57,1	30,9	31,0	1,7	2,0	38,0	36,0
	2010	81,6	66,0	60,1	61,5	22,3	22,3	1,6	1,7	3,1	3,1	38,8	37,2
México	2002	69,2	85,4	56,6	71,5	26,0	49,2	10,1	17,8	2,0	10,4	41,0	53,8
	2010	...	...	59,3	82,0	36,2	64,1	9,9	52,7	1,5	62,1	41,3	71,8
Nicaragua	2001	70,5	60,6	41,4	36,8	35,2	24,9	6,8	4,8	1,2	2,5	33,2	28,8
	2005	73,4	79,6	45,6	47,6	14,0	14,8	2,3	3,1	0,2	2,3	34,0	36,3
Panamá ^c	2002	...	96,6	...	83,0	...	51,7	...	29,5	...	29,5	...	73,2
	2011	...	97,0	...	88,2	...	71,2	...	32,0	...	47,6	...	80,1
Paraguay	2000	81,5	75,3	36,1	44,8	12,4	41,3	4,6	9,1	0,7	7,3	28,1	33,2
	2011	79,9	75,1	42,3	47,9	32,2	54,6	9,1	14,1	0,1	15,0	35,1	40,1
Perú	2001	63,0	82,1	27,1	37,6	46,1	59,6	2,8	12,5	3,0	13,2	27,1	39,3
	2011	83,3	89,0	59,5	68,5	41,9	44,6	14,5	41,9	9,0	51,1	50,4	65,0
República Dominicana	2005	67,4	77,4	47,1	58,1	14,0	27,6	8,7	9,4	...	...	42,5	51,1
	2011	93,7	96,2	73,0	81,7	34,2	75,0	8,4	32,6	...	36,7	63,3	75,4
Uruguay (zonas urbanas)	2002	99,0	98,9	86,0	98,7	57,3	98,3	42,7	95,5	44,3	98,4	76,8	98,2
	2011	100,0	99,9	91,5	99,1	67,6	96,4	45,2	95,1	62,4	98,0	84,7	98,6
Venezuela (República Bolivariana de) ^a	2002	88,1	...	68,3	...	40,5	...	18,2	...	22,2	...	60,9	...
	2011	90,4	...	79,6	...	46,8	...	19,5	...	18,7	...	72,8	...
América Latina^d	2002	80,0	83,2	53,8	61,5	38,2	54,0	18,1	26,9	13,0	27,1	46,1	54,4
	2011	87,8	90,4	65,5	72,8	39,4	59,0	19,7	39,2	18,4	44,3	55,4	66,4

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 Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de salud de manera independiente.

^b Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de pensiones de manera independiente.

^c En 1999 no se dispuso de información sobre el tamaño de la empresa. Los asalariados de microempresas privadas se consideran, por tanto, junto con los asalariados de empresas de 5 o más trabajadores. Por otro lado, la categoría de profesionales y técnicos de microempresas incluye a todos los profesionales y técnicos del sector privado.

^d Promedio simple de 15 países. No se incluyen los países de los que no hay datos disponibles para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

En los 15 países en que pudo analizarse la afiliación a sistemas de salud de los no asalariados, resalta el enorme desfase en la cobertura de estos con respecto a los asalariados. La situación menos desfavorable se da en Chile, Colombia, Costa Rica y el Uruguay. Pero aun dentro de ese marco global claramente desventajoso —con excepción de los países más rezagados— la afiliación de los no asalariados ha crecido en los últimos años. Los avances más significativos se muestran en Colombia y el Perú. El desfase de las mujeres en la afiliación a sistemas de salud es menor que en el ámbito de las pensiones. Al profundizar en la distribución socioeconómica de la afiliación, emerge nítidamente la desigualdad en la de protección social entre los no asalariados. Son muy notorios los contrastes entre el primer y el quinto quintil de ingresos, tanto en pensiones como en salud (véase el cuadro IV.5).

Cuadro IV.5
América Latina (15 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los ocupados no asalariados de 15 años y más, según sexo, alrededor de 2002 y de 2011
(En porcentajes)

País	Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004	...	46,9	...	42,5	...	55,3
	2011	...	56,1	...	51,6	...	65,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	1,5	7,9	2,1	6,8	0,8	9,2
	2009	2,1	16,5	3,4	14,3	0,9	18,6
Brasil ^a	2001	17,3	...	20,1	...	12,7	...
	2011	24,3	...	26,1	...	21,2	...
Chile	2000	23,7	75,8	25,4	72,2	19,9	83,7
	2011	26,3	91,4	29,1	89,4	21,6	94,7
Colombia	1999	6,5	13,3	6,9	13,9	5,8	12,2
	2011	10,5	87,1	10,8	84,7	10,0	90,7
Costa Rica ^b	2002	...	64,9	...	60,6	...	73,8
	2011	43,7	78,4	53,3	75,5	24,8	84,0
Ecuador (zonas urbanas)	2002	11,1	13,7	12,6	15,4	9,1	11,3
	2011	15,4	20,6	17,1	19,9	13,4	21,5
El Salvador	1999	3,5	11,2	4,6	7,6	2,3	15,2
	2010	2,7	10,3	3,3	6,8	2,1	14,1
Honduras	2006	0,8	0,9	0,8	0,9	0,6	0,8
	2010	0,7	0,9	0,6	0,9	0,8	0,9
Nicaragua	2001	1,9	2,8	1,9	2,3	1,9	3,5
	2005	0,5	2,7	0,5	2,1	0,4	3,7
Panamá ^b	2002	...	20,7	...	17,0	...	31,5
	2011	...	22,5	...	19,0	...	30,5
Paraguay	2000	0,3	10,0	0,3	7,4	0,2	14,0
	2011	1,0	14,3	1,1	11,3	1,0	18,4
Perú	2001	2,9	14,2	4,5	13,3	1,2	15,2
	2011	14,0	56,0	21,0	49,8	6,9	62,3
República Dominicana	2011	...	37,8	...	34,4	...	47,5
Uruguay (zonas urbanas)	2002	32,3	94,2	32,4	93,0	32,2	96,6
	2011	39,4	94,1	40,8	92,3	37,5	96,5
América Latina^c	2002	9,2	29,0	10,1	27,2	7,9	32,5
	2011	12,4	42,4	14,0	39,8	10,5	46,2

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 Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de salud de manera independiente.

^b Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de pensiones de manera independiente.

^c Promedio simple de 11 países (pensiones) y 13 países (salud). No se incluyen los países de los que no hay información disponible para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

Pero incluso entre los asalariados, cuando la afiliación promedio es más baja, está más concentrada por ingresos (véase el cuadro IV.3). Las brechas por ingreso de la afiliación a sistemas salud son menores que en la afiliación a pensiones y tienden a reducirse: la diferencia de acceso en puntos porcentuales entre el quintil 5 y el 1 era de algo menos de 36 puntos en 2011, mientras que en 2002 se situaba en casi 44 puntos.

Aunque las proporciones de la no afiliación se reducen conforme los ingresos se incrementan, cabe destacar que incluso en el quintil de mayores ingresos una parte de la población no está afiliada a ningún sistema de salud. Si bien en una magnitud algo menor que en el caso de las pensiones y con grandes variaciones por país, puede deberse a cierto tipo de contratos laborales o bien pudiera expresar la autoselección de quienes renuncian voluntariamente a afiliarse porque —al menos en el presente— se aseguran mediante el mercado o incurren en gastos de bolsillo; si la seguridad social carece de barreras de entrada y actúa de reaseguro de los mercados privados, estas personas pueden tratar de migrar a la seguridad social cuando requieran prestaciones de salud indispensables que no cubran sus pólizas o los gastos de bolsillo se eleven en demasía.

En cuanto a la afiliación a sistemas de salud de las personas pensionadas, destaca su alto porcentaje en los 14 países comparados, incluso donde la cobertura global de la población es más baja. Con solo una excepción, la afiliación a sistemas de salud de los pensionados también se incrementó durante el período.

3. Algunos aspectos de la afiliación a sistemas de pensiones en los países

De acuerdo con los niveles actuales de afiliación de los asalariados a sistemas de pensiones, pueden distinguirse tres grupos de países. El que tiene mayores coberturas está compuesto por la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Uruguay (zonas urbanas) y Venezuela (República Bolivariana de), cuyos niveles de afiliación fluctúan entre un 68% y un 85%. Las coberturas de un segundo grupo, compuesto por Colombia, el Ecuador (zonas urbanas), El Salvador, México, el Perú y la República Dominicana varían entre un 41% y un 65% de los asalariados. Finalmente, exhiben menores niveles de cobertura Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay, con niveles comprendidos entre el 30% y el 40% (véase el cuadro IV.1).

Entre los asalariados se registra un aumento relativamente moderado del acceso a sistemas de pensiones, de poco más de 10 puntos porcentuales, con lo que llega a situarse en un 56,5% del total de los asalariados en el promedio simple de 16 países. Los aumentos fueron especialmente significativos en las zonas urbanas de la Argentina, en Colombia, en las zonas urbanas del Ecuador, en el Perú y en la República Dominicana, con incrementos que se sitúan entre 14 y 23 puntos porcentuales. Solo en El Salvador se registra una disminución de 2 puntos porcentuales y en Honduras, México y Nicaragua las variaciones no son estadísticamente significativas.

Las notables diferencias de afiliación a pensiones según la inserción laboral de los asalariados reflejan disparidades de calidad en el empleo. La afiliación es generalizada entre empleados públicos: como promedio alcanza casi el 88% para los sistemas de pensiones y poco más del 90% para los de salud, situación relativamente similar a la del comienzo del presente milenio (si bien en ambos casos la afiliación era de 7 puntos porcentuales menos). Entre los asalariados de empresas privadas pequeñas, medianas o grandes, el nivel baja al 66% y al 73%, respectivamente, aunque se registra un progreso más acentuado entre 2002 y 2011. Los asalariados en microempresas registran niveles aún menores (del 20% y el 39%, respectivamente), siendo los avances en afiliaciones insignificantes. La situación es aún peor en el caso del servicio doméstico, compuesto mayormente por mujeres. Es decir que, en contraste con lo que ocurre con la cobertura de salud, los avances en la afiliación a sistemas de pensiones de las categorías de empleo más precario no han sido significativos (véase el cuadro IV.4).

En el grupo de países en que pudo medirse la afiliación a sistemas de pensiones de personas no asalariadas se evidencia que las circunstancias son claramente excluyentes y peores para las mujeres; aun así, se revela una tendencia a la ampliación de esta cobertura. Los países en que se producen más afiliaciones de este segmento de la población son el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay. Se observa un incremento importante de la afiliación masculina en el Perú (véase el cuadro IV.5).

Como es previsible, hay disparidades notorias en el acceso tanto a sistemas de pensiones como de salud entre los distintos quintiles de ingreso per cápita. Como promedio para los países de la región, las diferencias en los niveles de afiliación a pensiones en 2011 entre trabajadores asalariados pertenecientes al quinto y al primer quintil de ingresos eran de casi un 49%, con un leve incremento de esta brecha desde 2002 (véase el cuadro IV.3).

Sin embargo, los cambios revelan que la distribución socioeconómica de la afiliación a sistemas de pensiones es ahora un poco menos regresiva en varios países, incluidos México y El Salvador. Costa Rica, seguida de lejos por el

Uruguay, es el país donde más asalariados de menores ingresos están afiliados a un sistema de pensiones. En otros países se aprecia también una importante mejora relativa de los sectores de menores ingresos: tal es la situación de la Argentina, el Brasil, Chile, el Ecuador, el Perú y la República Dominicana. En el Ecuador los aumentos son más parejos en todos los quintiles, al igual que en Bolivia (Estado Plurinacional de), donde también crece la proporción del primer quintil respecto del segmento con más recursos económicos. Por otra parte, en seis países creció la desigualdad en este aspecto.

Aunque con grandes variaciones cuando se comparan los países, se destaca que incluso en el quintil superior hay un contingente que no está afiliado a ningún sistema de pensiones. También del segundo al cuarto quintil se evidencia una desprotección relativa, con notables divergencias según la condición socioeconómica, aunque en ningún caso comparable a la del primer quintil.

La afiliación es ahora menos regresiva en la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, El Salvador, México, el Perú y la República Dominicana. En Costa Rica y el Ecuador es bastante parejo el incremento a lo largo del espectro. También lo es en la República Dominicana, que presenta una mayor progresividad si se consideran los quintiles extremos. En Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador, el Paraguay y el Perú los sectores intermedios logran incrementos importantes. En Guatemala y el Uruguay el quintil de menores ingresos reduce levemente su participación.

Cuadro IV.6
América Latina (15 países): afiliación a sistemas de pensiones y de salud entre los ocupados no asalariados de 15 años y más, según quintiles de ingreso per cápita
(En porcentajes)

País	Año	Quintil de ingresos per cápita											
		Total		Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004	...	46,9	...	15,5	...	20,7	...	28,8	...	42,5	...	69,5
	2011	...	56,1	...	21,9	...	30,5	...	41,6	...	55,0	...	75,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	1,5	7,9	0,2	1,6	0,6	4,0	0,9	7,7	0,8	11,8	6,0	20,1
	2009	2,1	16,5	0,1	7,7	0,3	14,5	1,6	18,4	2,0	22,4	7,9	24,9
Brasil ^a	2001	17,3	...	1,7	...	4,8	...	9,0	...	18,3	...	44,1	...
	2011	24,3	...	5,2	...	10,3	...	18,4	...	27,3	...	49,2	...
Chile	2000	23,7	75,8	4,9	84,7	9,5	78,0	15,2	75,7	23,1	71,8	39,7	75,2
	2011	26,3	91,4	8,6	95,5	14,4	94,6	15,8	93,3	25,5	90,5	39,4	89,1
Colombia	1999	6,5	13,3	1,4	5,0	2,1	6,4	4,0	9,1	6,4	14,4	18,1	31,1
	2011	10,5	87,1	1,0	86,9	2,9	86,4	5,7	86,2	11,6	86,3	30,5	89,8
Costa Rica ^b	2002	...	64,9	...	56,2	...	63,1	...	67,0	...	66,1	...	71,2
	2011	43,7	78,4	36,7	72,5	35,5	74,8	39,1	78,3	44,9	80,1	57,3	84,0
Ecuador (zonas urbanas)	2002	11,1	13,7	4,1	4,1	5,8	6,2	8,1	9,1	9,4	10,5	22,6	30,5
	2011	15,4	20,6	6,4	16,4	7,1	14,2	11,9	16,1	13,9	17,4	33,8	36,1
El Salvador	1999	3,5	11,2	0,9	1,4	0,5	3,4	1,5	8,3	2,2	13,3	11,5	27,7
	2010	2,7	10,3	0,0	0,4	0,3	3,4	0,7	6,7	1,6	11,9	9,3	25,3
Honduras	2006	0,8	0,9	0,1	...	0,2	0,2	0,4	0,3	0,5	0,6	3,2	3,7
	2010	0,7	0,9	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	2,9	3,8
Nicaragua	2001	1,9	2,8	1,1	0,5	1,1	1,1	1,8	1,8	1,6	2,6	3,6	6,7
	2005	0,5	2,7	...	0,4	0,3	0,7	0,1	2,1	0,4	3,1	1,6	6,8
Panamá ^b	2002	...	20,7	...	6,4	...	15,8	...	25,3	...	29,5	...	41,8
	2011	...	22,5	...	8,5	...	19,2	...	25,9	...	28,2	...	34,6
Paraguay	2000	0,3	10,0	...	1,5	...	2,0	...	4,6	0,1	12,3	1,3	30,4
	2011	1,0	14,3	...	3,7	0,1	6,2	0,3	10,7	0,7	16,0	4,0	35,2
Perú	2001	2,9	14,2	0,3	4,7	0,7	7,1	2,2	13,1	3,6	21,4	10,3	32,6
	2011	14,0	56,0	3,7	74,1	9,9	58,1	14,1	47,8	20,8	45,3	28,2	45,3
República Dominicana	2011	...	37,8	...	38,4	...	40,9	...	34,1	...	36,3	...	39,8
Uruguay (zonas urbanas)	2002	32,3	94,2	3,5	94,7	11,0	92,4	21,3	92,6	43,9	92,6	68,2	97,8
	2011	39,4	94,1	5,2	92,3	17,3	92,2	32,8	92,5	50,9	94,2	75,6	97,7
América Latina^c	2002	9,2	27,5	1,9	23,7	3,6	23,3	6,4	26,2	10,0	28,9	20,8	39,1
	2011	12,4	41,2	3,4	41,7	6,3	38,7	10,1	39,9	14,1	41,3	25,7	47,7

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 Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de salud de manera independiente.

^b Las encuestas utilizadas no permiten distinguir la afiliación a sistemas de pensiones de manera independiente.

^c Promedio simple de 11 países (pensiones) y 13 países (salud). No se incluyen los países de los que no hay información disponible para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

4. El acceso a pensiones y sus montos

Las personas de 65 años y más pueden mantenerse activas en el mercado laboral por numerosas razones, como insuficiencia de ingresos o búsqueda de autorrealización; por eso no toda persona pensionada es inactiva en el mercado de trabajo.

A continuación, se tratará el acceso de las personas de ese tramo de edad a los sistemas de pensiones y los niveles de prestaciones a que acceden. A diferencia de la afiliación en el mercado laboral en dos puntos en el tiempo, este análisis arroja luces sobre los resultados que la afiliación pretérita tuvo sobre el grupo de edad objeto de análisis, lo que da indicios de la capacidad inclusiva o excluyente de los sistemas de pensiones que han entrado en juego, las trayectorias laborales que se expresan en el nivel de ingresos a lo largo de la vida laboral, la capacidad de cotización obligatoria y voluntaria cuando esta modalidad existe y la densidad de las cotizaciones.

Resalta en primer lugar la heterogeneidad en la región. En la mayoría de los 16 países analizados la proporción de personas de este tramo de edad con acceso a pensiones es relativamente baja, aunque varía mucho de un país a otro; Honduras constituye un caso negativo extremo. En la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y el Uruguay es donde este universo está más protegido, mientras que Panamá ocupa un lugar intermedio. Existe además una distribución desigual según los quintiles de ingreso que es mucho más extrema en los países con las coberturas de pensionados más bajas. En las edades más avanzadas suele incrementarse el porcentaje de afiliación a sistemas de pensiones.

El nivel de ingresos a lo largo de la vida en el mercado laboral, la concentración primaria del ingreso, la diversa capacidad de ahorro para pensiones, la arquitectura de los sistemas (la combinación de sus componentes contributivos y no contributivos) y la presencia o no de mancomunación de riesgos, entre otros elementos, se plasman en los niveles de las pensiones (véanse los cuadros IV.7 y IV.8)⁹. Medido el monto de las pensiones en dólares de 2005, el quintil más pobre experimenta las mayores alzas en el Brasil, el Ecuador, la República Dominicana y el Uruguay, mientras que en seis países sufre retrocesos. En el quintil más rico llaman la atención las caídas experimentadas en Chile y la República Dominicana, posiblemente por la exposición al riesgo financiero de los sistemas de capitalización individual. En Chile también se ven afectados negativamente el segundo, tercer y cuarto quintiles, en una tendencia sistemática que no se observa en ningún otro país.

5. Determinantes de la afiliación a sistemas de pensiones de los trabajadores: un análisis multivariado

En cuanto objeto de investigación y de referencia para las políticas públicas, es valioso conocer los factores determinantes de la afiliación a los sistemas de pensiones. A continuación se individualiza el efecto de una gama de variables explicativas, consideradas conjuntamente, en la afiliación de trabajadores de edades comprendidas entre 15 y 64 años. Como se verá, se evidencian tanto patrones comunes como heterogeneidad entre los países analizados¹⁰.

Los determinantes se analizan mediante estimaciones a partir de modelos probit. La variable dependiente señala si el trabajador está afiliado o no al sistema de pensiones. La identificación de la afiliación a pensiones es la misma que se ha usado a lo largo del presente capítulo¹¹. Por otra parte, se determinan los países y los años en torno a 2002 y 2011 que fue posible incluir. En la Argentina, Guatemala, México, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de) las estimaciones se refieren únicamente a los asalariados. Las variables explicativas incluyen las características personales del trabajador (edad, sexo, nivel educativo y estado civil), de su hogar (tamaño y jefatura) y del puesto de trabajo (categoría ocupacional, rama de actividad, distinción entre trabajo a tiempo completo o parcial, pertenencia al sector informal y quintil de ingreso laboral). Cuando las variables de raza y zona de residencia

⁹ Además, solo recientemente en algunos países, como Chile, se han reconocido las labores de cuidado realizadas en el seno del hogar como fuente de derecho a percibir una pensión.

¹⁰ En trabajos previos (por ejemplo, CEPAL, 2006; Auberbach, Genoni y Pagés, 2007; Da Costa y otros, 2011) se ha realizado este tipo de análisis para la región. Las presentes estimaciones abarcan más países, que se analizan por separado y sobre la base de información más reciente. Los resultados completos de los análisis de regresión que aquí solo se representan gráficamente pueden solicitarse a la CEPAL.

¹¹ La variable dependiente se basa en preguntas sobre afiliación al sistema de pensiones en todos los países, excepto en el Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, México y Nicaragua, donde la pregunta corresponde a la cotización en lugar de a la afiliación. Se ha optado por usar "afiliación" como término más genérico.

(urbana o rural) estaban disponibles, se incluyeron como controles. También se tuvieron en cuenta interacciones entre el nivel educativo y el sexo y entre la jefatura de hogar y el sexo.

Asimismo, se corrigieron las estimaciones para determinar la posible existencia de un sesgo de selección¹². En la ecuación de selección se incluyeron el sexo, la escolaridad, la edad y la cantidad de menores en el hogar (distinguiendo entre un grupo de 0 a 4 años y otro de 5 a 12 años), así como la interacción entre la cantidad de menores de 4 años en el hogar y la presencia de miembros de entre 15 y 64 años al margen de la fuerza laboral. Las variables omitidas son aquellas en relación a las cuales se interpretan los coeficientes.

Los principales resultados se presentan mediante los efectos marginales de cada variable en la probabilidad de afiliación¹³. En la presentación mediante gráficos, las barras de color más claro indican que los coeficientes no son estadísticamente significativos (es decir, con un nivel de significación del 99%). A su vez, en el cuadro IV.9 aparecen en gris las casillas que contienen valores estadísticamente significativos.

Cuadro IV.7
América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones y pensionados afiliados a sistemas de salud según sexo, alrededor de 2002 y de 2011
(En porcentajes)

País	Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
		Pensiones	Salud	Pensiones	Salud	Pensiones	Salud
Argentina (zonas urbanas)	2004	63,8	97,4	69,3	97,5	60,0	97,4
	2011	90,7	98,3	87,2	98,1	93,0	98,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	13,2	86,1	18,4	87,9	8,9	82,8
	2009	21,3	90,0	27,4	95,2	15,8	81,8
Brasil	2001	85,5	...	89,3	...	82,5	...
	2011	84,7	...	88,0	...	82,1	...
Chile	2000	77,4	98,0	83,5	98,4	72,7	97,7
	2011	84,2	98,5	85,4	98,4	83,4	98,5
Colombia	1999	17,1	...	23,5	...	11,7	...
	2011	24,3	99,8	29,5	99,8	19,9	99,9
Costa Rica	2011	63,6	99,8	72,4	99,7	56,9	99,9
Ecuador (zonas urbanas)	2002	25,0	73,6	30,7	80,4	19,6	63,4
	2011	32,9	95,3	39,2	94,8	27,6	95,9
El Salvador	1999	14,4	77,0	20,0	79,6	10,0	72,9
	2010	16,9	92,5	21,0	93,4	13,7	91,4
Guatemala	2002	11,7	...	15,3	...	8,8	...
	2006	16,6	68,4	21,3	74,3	12,1	58,4
Honduras	2006	5,7	...	7,5	...	4,1	...
México	2002	19,2	...	26,9	...	12,4	...
	2010	26,2	97,2	36,2	96,4	17,8	98,7
Panamá	2002	43,0	95,3	50,3	95,1	35,9	95,5
	2011	45,6	99,5	51,9	99,9	40,0	99,0
Paraguay	2000	19,6	76,1	22,6	76,3	17,1	76,0
	2011	15,8	83,8	16,8	89,5	15,0	78,2
Perú	2001	25,6	98,5	33,6	99,0	18,0	97,5
	2011	25,4	97,8	33,5	97,8	18,1	97,9
República Dominicana	2005	14,6	...	20,2	...	9,3	...
	2011	16,0	82,7	22,2	83,5	10,4	81,2
Uruguay (zonas urbanas)	2002	87,6	99,2	89,6	99,1	86,3	99,3
	2011	85,6	99,7	86,7	99,6	84,8	99,7
América Latina ^a	2002	37,0	89,0	42,4	90,4	32,4	86,9
	2011	41,9	95,0	46,2	96,3	38,1	93,4

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 simple de 14 países (pensionados) y de 9 países (afiliados a sistemas de salud). No se incluyen los países de los que no hay información disponible para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

¹² La corrección por sesgo de selección de Heckman consiste en estimar, además de la ecuación principal, una segunda ecuación (denominada de selección) que mide la probabilidad de estar en la muestra para la que se ha estimado la ecuación principal. En este caso, la probabilidad de estar ocupado (o de ser asalariado, en los países donde la pregunta por cotización solamente se formula a estos trabajadores) del total de personas económicamente activas.

¹³ En adelante se alude únicamente a los efectos, sin más especificaciones, dando por sentado su carácter marginal. Este refleja el cambio en la probabilidad de afiliación a pensiones derivado de la variable analizada

Cuadro IV.8
América Latina (16 países): personas de 65 años y más que reciben pensiones y monto promedio mensual de pensiones por sexo
y por quintil de ingreso per cápita, alrededor de 2002 y de 2011
(En porcentajes y en dólares de 2005)

País	Año	Ambos sexos						Mujeres						Quintil de ingresos per cápita							
		Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V	
		Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones	Proporción de pensionados	Monto de pensiones
Argentina (zonas urbanas)	2004	63,8	202,1	69,3	238,4	60,0	173,5	22,2	93,8	54,5	121,7	70,6	136,0	75,4	187,6	70,8	351,1				
	2011	90,7	391,9	87,2	420,3	93,0	374,5	75,8	233,0	93,9	259,1	94,7	322,0	92,5	423,9	85,4	628,9				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2002	13,2	157,0	18,4	170,5	8,9	133,8	...	...	0,2	81,3	5,7	82,6	13,2	124,0	38,5	173,5				
	2009	21,3	152,2	27,4	166,5	15,8	145,5	...	...	3,0	71,6	15,9	107,5	25,5	135,6	48,1	174,6				
Brasil	2001	85,5	247,7	89,3	282,6	82,5	219,0	45,7	104,6	79,7	108,7	84,6	115,1	90,4	132,3	85,9	502,1				
	2011	84,7	329,6	88,0	363,3	82,1	302,1	30,5	167,5	76,1	173,9	78,4	191,3	91,4	201,7	89,2	591,9				
Chile	2000	77,4	279,4	83,5	338,2	72,7	227,9	65,3	132,0	77,7	156,3	77,4	176,7	83,5	225,7	73,4	519,8				
	2011	84,2	219,3	85,4	264,5	83,4	193,0	68,2	130,5	87,0	145,4	89,1	167,5	86,8	218,8	81,5	397,4				
Colombia	1999	17,1	288,1	23,5	313,3	11,7	245,6	0,1	142,7	3,7	151,7	9,6	166,1	19,2	188,4	38,8	355,8				
	2011	24,3	382,0	29,5	415,9	19,9	339,8	0,6	134,2	4,3	178,9	12,9	196,4	28,1	230,6	52,1	481,9				
Costa Rica	2011	63,6	291,5	72,4	321,1	56,9	282,6	41,4	117,7	64,9	127,0	65,8	158,5	67,4	255,5	73,0	596,3				
Ecuador (zonas urbanas)	2002	25,0	110,9	30,7	115,2	19,6	104,3	9,6	51,3	15,8	76,6	24,6	99,1	31,3	95,4	40,4	148,9				
	2011	32,9	295,9	39,2	328,6	27,6	256,9	5,3	117,0	12,0	153,3	21,0	212,8	36,2	234,0	60,6	356,3				
El Salvador	1999	14,4	153,6	20,0	177,5	10,0	116,5	5,3	82,8	6,9	106,6	13,8	109,8	14,7	134,6	29,0	203,3				
	2010	16,9	212,7	21,0	229,3	13,7	192,9	1,4	73,7	5,8	102,2	9,7	124,2	17,5	154,8	40,3	264,7				
Guatemala	2002	11,7	104,9	15,3	120,4	8,8	83,7	2,9	92,6	3,8	52,2	19,8	52,6	9,3	63,6	16,6	182,5				
	2006	16,6	129,6	21,3	142,2	12,1	108,4	1,6	35,8	8,0	44,4	9,0	49,4	17,1	82,6	33,1	176,5				
Honduras	2006	5,7	218,5	7,5	202,7	4,1	245,2	1,0	203,6	1,5	73,9	3,0	85,8	5,9	117,6	15,6	290,6				
México	2002	19,2	276,1	26,9	298,7	12,4	232,9	3,5	133,3	11,0	136,9	20,9	156,5	23,2	209,3	30,0	439,9				
	2010	26,2	314,0	36,2	337,4	17,8	273,6	4,3	144,6	12,8	140,3	22,1	160,3	30,5	193,5	45,7	473,2				
Panamá	2002	43,0	396,0	50,3	434,2	35,9	344,3	5,4	131,2	20,8	171,3	40,8	238,8	55,2	307,6	68,4	561,9				
	2011	45,6	348,7	51,9	387,3	40,0	304,1	7,1	112,6	30,9	160,4	47,0	195,9	62,4	258,1	78,3	556,4				
Paraguay	2000	19,6	272,3	22,6	335,0	17,1	203,3	0,9	75,7	3,0	126,0	10,7	142,0	25,6	179,3	39,8	350,9				
	2011	15,8	244,5	16,8	335,8	15,0	154,9	1,9	69,3	3,4	120,4	7,9	119,7	19,8	154,8	42,9	318,8				
Perú	2001	25,6	167,6	33,6	181,2	18,0	143,1	1,6	78,1	7,3	101,2	17,4	105,3	30,6	136,5	49,1	202,4				
	2011	25,4	188,9	33,5	211,6	18,1	151,5	1,3	76,6	10,6	107,4	23,3	129,9	35,7	148,2	47,2	247,2				
República Dominicana	2005	14,6	320,4	20,2	288,6	9,3	426,8	3,7	76,1	12,4	96,9	18,6	106,4	14,1	129,2	29,1	696,7				
	2011	16,0	242,9	22,2	249,1	10,4	230,7	5,1	102,3	9,7	111,6	16,4	138,0	18,0	187,3	33,0	380,0				
Uruguay (zonas urbanas)	2002	87,6	293,1	89,6	345,2	86,3	256,5	76,4	125,7	84,9	149,4	86,2	172,8	89,5	229,8	89,0	484,0				
	2011	85,6	329,8	86,7	382,6	84,8	294,2	70,6	149,4	84,0	171,4	87,6	208,3	87,6	285,1	86,0	581,9				
América Latina^a	2002	37,0	233,5	42,4	258,5	32,4	207,9	16,7	101,5	27,3	116,8	35,8	132,8	41,1	167,5	49,9	369,5				
	2011	41,9	270,1	46,2	301,0	38,1	237,3	21,0	119,0	31,5	138,6	38,2	165,9	46,3	207,8	58,8	402,1				

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 Promedio simple de 14 países. No se incluyen los países de los que no hay datos disponibles para los dos puntos del tiempo tomados como referencia.

Cuadro IV.9

América Latina (17 países): efectos marginales sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, 2011 ^a

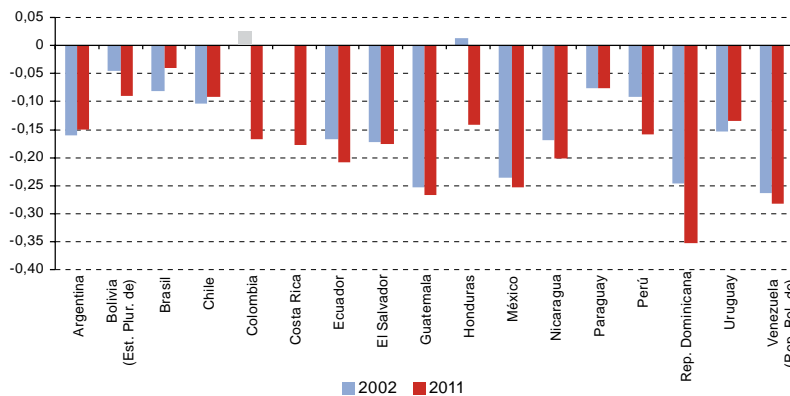
	Agricultura	Minería	Electricidad	Construcción	Comercio	Transporte	Finanzas	Servicios
Argentina	-0,052	0,128	0,061	-0,116	-0,001	-0,044	0,036	0,022
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-0,082	0,057	0,105	-0,092	-0,015	-0,025	-0,028	-0,004
Brasil	-0,095	-0,015	0,050	-0,146	-0,039	-0,033	-0,004	-0,082
Chile	0,017	-0,009	-0,041	-0,042	-0,022	0,081	0,047	-0,032
Colombia	-0,042	0,032	0,135	-0,054	-0,027	0,032	0,089	0,010
Costa Rica	-0,034	-0,054	0,166	-0,131	0,014	-0,019	0,020	-0,032
Ecuador	-0,055	0,087	0,150	-0,170	-0,018	-0,026	0,031	-0,016
El Salvador	-0,145	-0,145	0,002	-0,099	-0,041	-0,084	0,007	-0,058
Guatemala	-0,075	0,093	-0,103	-0,176	-0,083	-0,049	-0,087	-0,134
Honduras	-0,063	-0,138	-0,014	-0,111	-0,037	-0,076	-0,040	-0,082
México	-0,221	0,036	-0,007	-0,196	-0,038	-0,134	-0,037	-0,092
Nicaragua	-0,138	-0,147	-0,026	-0,122	-0,066	-0,135	-0,048	-0,064
Paraguay	-0,062	0,003	-0,141	-0,035	-0,072	-0,014	-0,053	...
Perú	0,001	0,060	-0,136	0,027	-0,005	0,034	0,063	-0,021
República Dominicana	-0,055	-0,123	-0,011	-0,138	-0,070	-0,055	-0,025	-0,082
Uruguay	0,011	0,010	0,107	-0,033	-0,018	0,056	0,019	-0,035
Venezuela (República Bolivariana de)	-0,153	0,020	-0,028	-0,196	-0,027	-0,134	0,010	-0,083

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 Se omite la variable correspondiente a la industria. En celeste se marcan los coeficientes estadísticamente significativos con un 99% de confianza ($p < 0,01$).

En términos generales, los principales determinantes se vinculan con las características de los puestos de trabajo, más que con las personales o del hogar de los individuos. Las variables que caracterizan el puesto de trabajo muestran un panorama claro común a los distintos países y sus efectos son superiores a los de las características personales.

En todos los países, la pertenencia al sector informal —entendido como sector de baja productividad— muestra un efecto negativo y significativo, que es mayor en Guatemala, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de) (véase el gráfico IV.2)¹⁴. La excepción es Honduras (2002), donde el efecto es positivo y significativo, aunque de escasa magnitud.

Gráfico IV.2

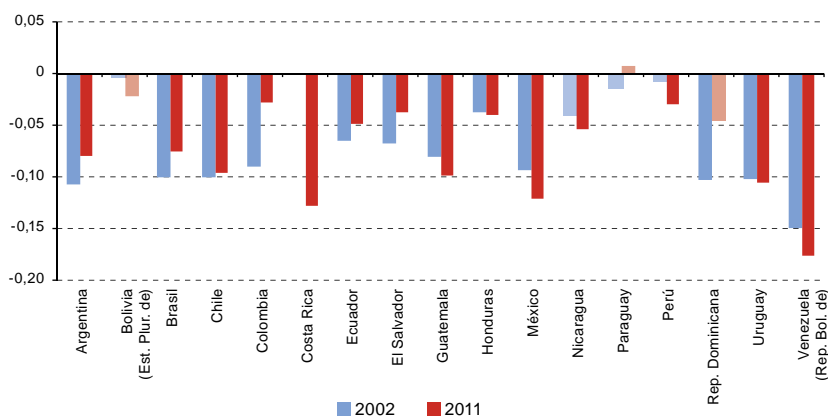
América Latina (17 países): efecto marginal de la inserción en el sector informal sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011 ^a
(Probabilidades)

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 En colores más claros se presentan los coeficientes no estadísticamente significativos con un 99% de confianza ($p \geq 0,01$).

¹⁴ En un intento por aproximarlos al sector de baja productividad, el sector informal abarca en este caso el servicio doméstico, asalariados privados en microempresas (no profesionales ni técnicos, por grupo ocupacional) y trabajadores por cuenta propia no profesionales en agricultura, industria, construcción, servicios y otros.

El patrón también resulta claro en relación con las horas de trabajo: en la mayoría de los países si el individuo trabaja a tiempo parcial (definido como menos de 30 horas semanales) las probabilidades de afiliación son menores (véase el gráfico IV.3).

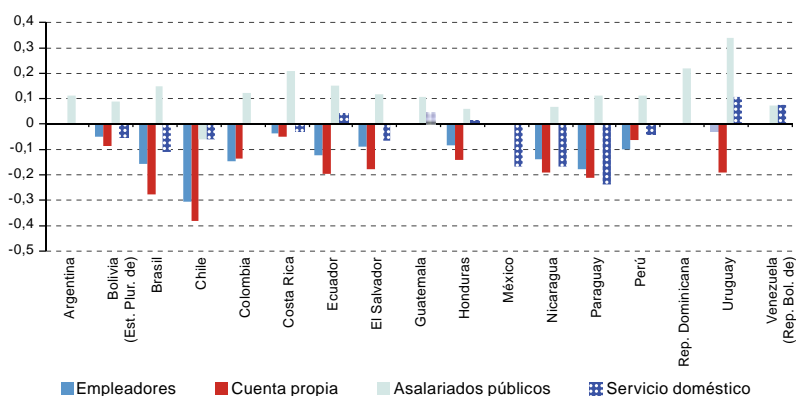
Gráfico IV.3
América Latina (17 países): efecto marginal del trabajo a tiempo parcial sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011^a
(Probabilidades)



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 En colores más claros se presentan los coeficientes no estadísticamente significativos con un 99% de confianza ($p \geq 0,01$).

Por categoría ocupacional también se evidencian patrones comunes (véase el gráfico IV.4). En todos los países, a excepción de Chile, ser asalariado público implica una mayor probabilidad de contribuir en comparación con los asalariados de empresas privadas (categoría omitida), mientras que ser empleador y, sobre todo, trabajador por cuenta propia, tiene efectos negativos, con coeficientes especialmente elevados en Chile y el Brasil. En el servicio doméstico el efecto es significativo y resulta negativo en la mayoría de los países, salvo en el Uruguay y en Venezuela (República Bolivariana de)¹⁵.

Gráfico IV.4
América Latina (17 países): efecto marginal de la categoría ocupacional sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, 2011
(Probabilidades)

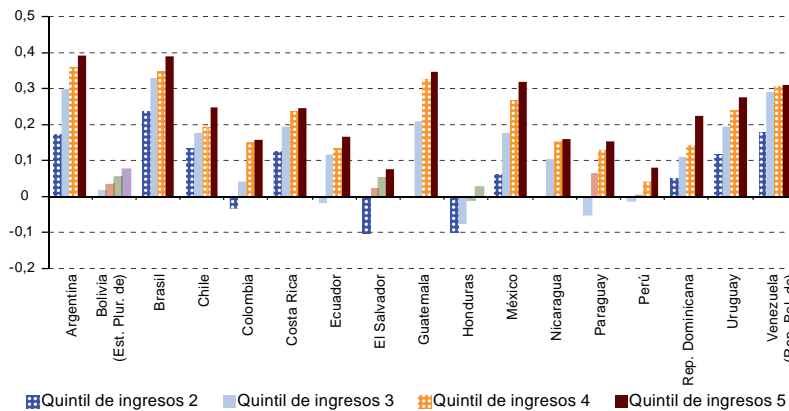


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

¹⁵ El efecto negativo para los asalariados públicos en Chile probablemente obedezca a que la encuesta de hogares incluye en esta categoría a trabajadores contratados temporalmente por el sector público. En el Uruguay, a partir de la promulgación de reglamentaciones específicas (ley 18065 de noviembre de 2006 y decreto reglamentario de junio de 2007), las trabajadoras domésticas gozan de todos los beneficios esenciales en materia de seguridad social. Esto ha implicado un avance significativo en términos históricos para el país, que resalta también en la comparación regional (Amarante y Espino, 2008).

Como era de esperar, conforme aumentan los ingresos laborales mayor es la probabilidad de afiliación. El primer quintil es la categoría omitida (véase el gráfico IV.5). Con la excepción de Bolivia (Estado Plurinacional de), el ingreso resulta ser significativo en los tramos de ingreso medio en El Salvador, en los de ingreso superior en Honduras y en los de ingreso inferior en el Paraguay y el Perú. En Colombia, El Salvador y Honduras la probabilidad de afiliación es menor en el segundo quintil de ingreso. En la Argentina, el Brasil, Guatemala, México y Venezuela (República Bolivariana de), las diferencias entre los quintiles inferiores y los superiores en cuanto a la probabilidad de cotizar son las mayores y más significativas.

Gráfico IV.5
América Latina (17 países): efecto marginal del quintil de ingresos del trabajo sobre la probabilidad de afiliación a sistemas de pensiones, 2011
(Probabilidades)



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.

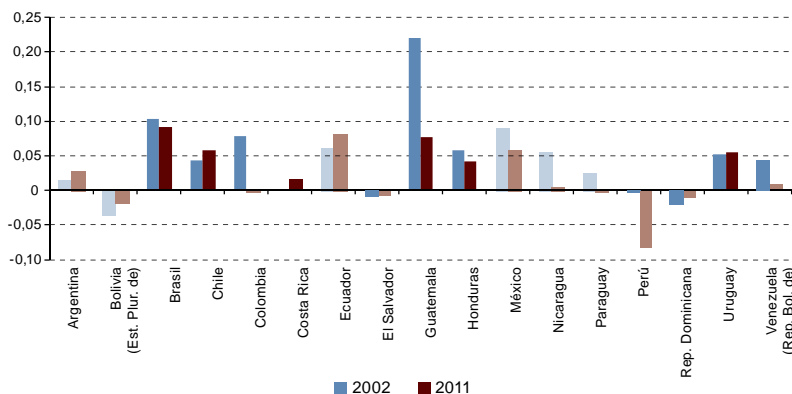
Los efectos de la rama de actividad son en gran medida similares entre los países. En el cuadro IV.9 se presentan estos efectos marginales: las casillas grises indican los casos significativos (al 99%). Se omite la rama de actividad correspondiente a la industria manufacturera. Las variables que identifican a los trabajadores de la construcción, el comercio y la agricultura presentan efectos significativos negativos en la mayoría de los países y sus coeficientes son relativamente elevados: la probabilidad de afiliación de estos trabajadores es considerablemente menor que la de los trabajadores industriales. En varios países centroamericanos el sector servicios también muestra efectos negativos. En los sectores del transporte y financiero se detectan efectos significativos en algunos países, pero en ciertos casos son positivos y en otros negativos, de modo que no existe un patrón común para los diferentes países.

En cuanto a las características personales de los trabajadores, teniendo en cuenta otras características personales y del puesto de trabajo, no se detecta un patrón claro de diferencias entre hombres y mujeres (véase el gráfico IV.6). En todo caso, estas presentaban una probabilidad de afiliación positiva y significativa en 2011 en seis países (el Brasil, Chile, Costa Rica, Guatemala, Honduras y el Uruguay). Por el contrario, en el Perú la probabilidad de afiliación era significativamente menor que la de los hombres.

Por otra parte, en casi todos los países la probabilidad de afiliación crece con la edad. En el gráfico IV.7 se muestra el efecto en cada grupo etario en relación con el grupo de trabajadores de mayor edad (45-64 años). Las excepciones son Chile, Honduras y la República Dominicana, donde el tramo de edad no resulta significativo. La probabilidad de afiliación es considerablemente menor para el grupo etario más joven en casi todos los países, especialmente en Colombia, el Ecuador y el Perú. En términos generales, los trabajadores de edad intermedia (entre 30 y 44 años) también tienen una menor probabilidad de afiliación que los mayores. La variable no es significativa en Guatemala, México, Nicaragua, el Paraguay ni Venezuela (República Bolivariana de), donde los grupos de los dos tramos etarios superiores estarían en condiciones similares.

Gráfico IV.6

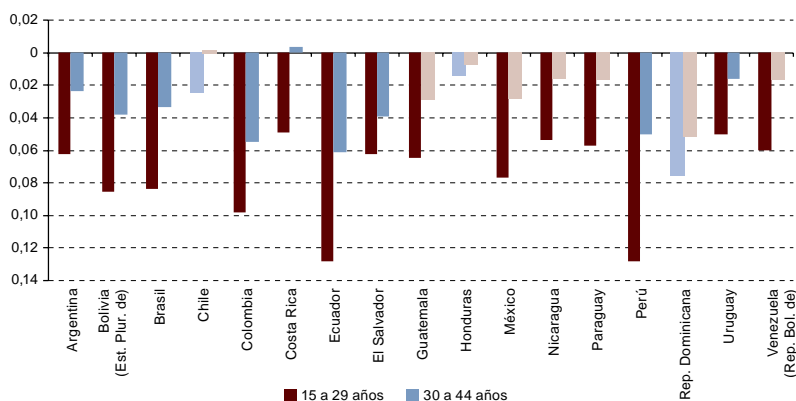
América Latina (17 países): efecto marginal del sexo sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011^a
(Probabilidades)



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 Mujer = 1. En colores más claros se presentan los coeficientes no estadísticamente significativos con un 99% de confianza ($p \geq 0,01$).

Gráfico IV.7

América Latina (17 países): efecto marginal del tramo etario sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, 2011^a
(Probabilidades)

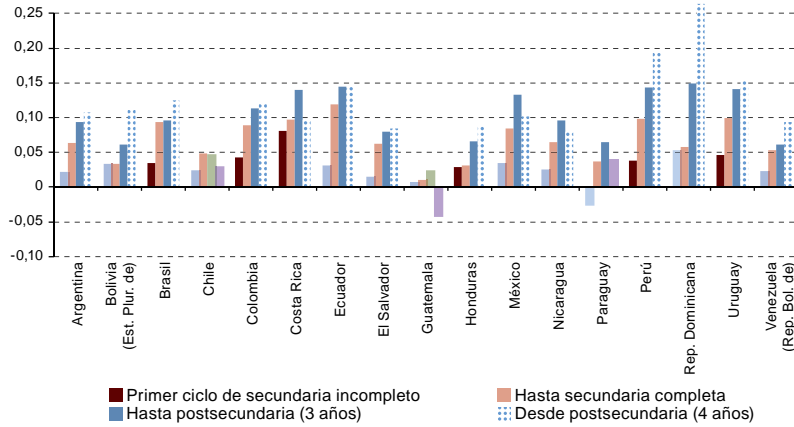


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.
^a En colores más claros se presentan los coeficientes no estadísticamente significativos con un 99% de confianza ($p \geq 0,01$).

En cuanto al nivel educativo, su asociación con la probabilidad de cotización es clara en todos los países. En el gráfico IV.8 se muestra la situación negativa de los trabajadores de menor nivel educativo (sin instrucción o con educación primaria), especialmente en Colombia, Costa Rica, el Ecuador, el Perú y el Uruguay, mientras que la diferenciación no es tan clara en Chile, Guatemala, el Paraguay y la República Dominicana. La interacción de los niveles educativos con la variable de sexo resulta significativa y negativa para el Brasil en los tres últimos tramos educativos superiores; es decir, se refleja una desventaja de las mujeres de esos tramos educativos respecto de los hombres, lo que no se da en el tramo educativo inferior. Un efecto contrario de interacción negativa se evidencia en los niveles educativos superiores en Colombia, el Perú y el Uruguay.

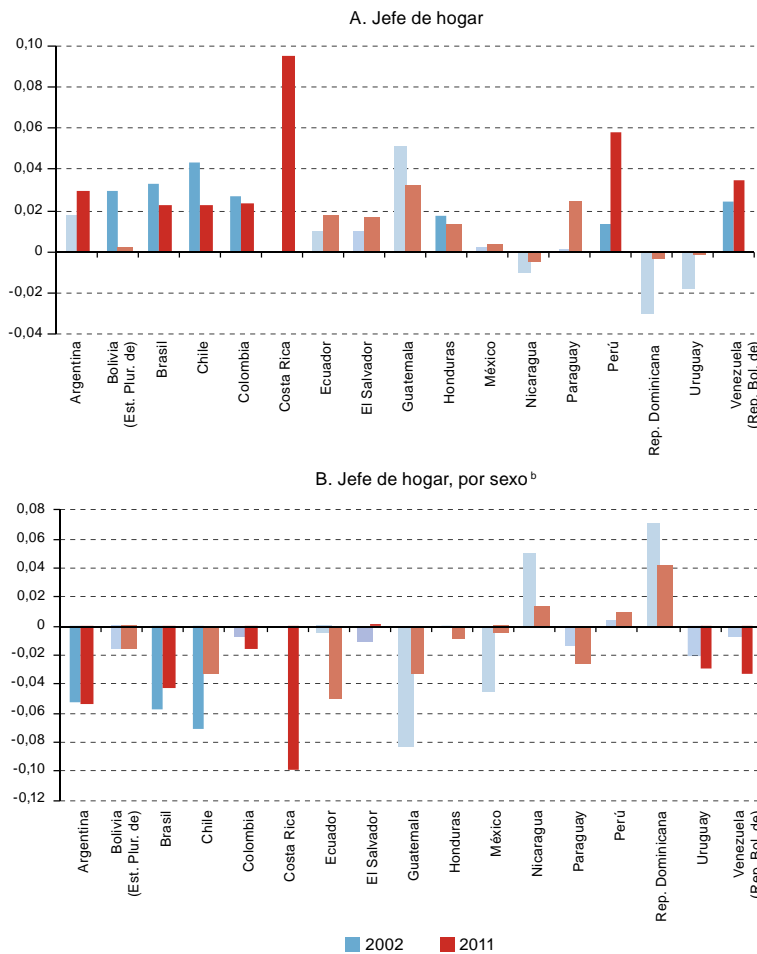
Las variables de raza y zona de residencia (urbana o rural) se incluyeron como regresores cuando estaban disponibles. Los efectos de la raza son de escasa magnitud cuando resultan significativos. Por otra parte, los trabajadores de las zonas urbanas presentan, en términos generales, una mayor propensión a contribuir al sistema de pensiones. También se distinguió entre individuos casados y no casados: cuando esta variable resulta significativa, indica una mayor probabilidad de contribución para los individuos casados. En cuanto a las variables vinculadas con el hogar, el tamaño de este supone en muchos casos una asociación negativa y significativa con la probabilidad de contribuir a las pensiones. Además, ser jefe de hogar implica, en la mayoría de los países, una probabilidad de contribución más alta (véase el gráfico IV.9). Sin embargo, la interacción de la jefatura de hogar con el sexo tiende a mostrar un efecto negativo significativo para las mujeres.

Gráfico IV.8
América Latina (17 países): efecto marginal del nivel educativo sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, 2011
(Probabilidades)



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.

Gráfico IV.9
América Latina (17 países): efecto marginal de la jefatura de hogar sobre la probabilidad de contribuir a sistemas de pensiones, alrededor de 2002 y de 2011^a
(Probabilidades)



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 En colores más claros se presentan los coeficientes no estadísticamente significativos con un 99% de confianza ($p \geq 0,01$).

^b Mujer = 1.

Bibliografía

- Amarante, V. y A. Espino (2008), "Situación del servicio doméstico en Uruguay", *Uruguay: ampliando las oportunidades laborales para las mujeres (60-83)*, Montevideo, Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)/Banco Mundial.
- Arrow, Kenneth (1963), "Uncertainty and the Welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, vol. LIII, N° 5, diciembre.
- (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.
- Auerbach, Paula, María Eugenia Genoni y Carmen Pagés (2007), "Social security coverage and the labor market in developing countries", *IZA Discussion Papers*, Bonn, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit.
- Barr, Nicholas (2001), *Economic Theory and the Welfare State. Volume 1: Theory; Volume 2: Income Transfers; Volume 3: Benefits in Kind*, Cheltenham, The International Library of Critical Writings in Economics, Edward Elgar Publishing.
- Barr, Nicholas y Peter Diamond (2008), *Reforming Pensions. Principles and Policy Choices*, Nueva York, Oxford University Press.
- Bonoli, Giuliano y David Natali (2012), *The Politics of the New Welfare State*, Nueva York, Oxford University Press.
- Bosch Mariano, Ángel Melguizo y Carmen Pagés (2013) *Mejores pensiones, mejores trabajos. Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Brittan, Samuel (2001), "Basic income and the welfare State", *Economic Theory and the Welfare State. Volume 2: Income Transfers*, Nicholas Barr, The International Library of Critical Writings in Economics, Cheltenham, Edward Elgar Publishing.
- Carrera, Fernando, María Castro y Ana Sojo (2010), "Progresar hacia la equidad: sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Honduras y Nicaragua", *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de pensiones y protección social integral*, Antonio Prado y Ana Sojo (eds.), Libros de la CEPAL, N° 110 (LC/G.2475-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.10.II.G.71.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.6 .
- (2010), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile.
- (2007), *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (LC/G.2335), 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.
- Cichon, Michael, Christina Behrendt y Verónica Wodsak (2011), "La iniciativa del piso de protección social de las Naciones Unidas. Cambiando la tendencia en la Conferencia de la OIT de 2011", *Análisis de políticas internacionales*, Friedrich Ebert Stiftung.
- Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (2012), "Texto de la recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social" [en línea] http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_183322.pdf.
- Da Costa, Rita y otros (2011), *The Economy of the Possible: Pensions and Informality in Latin America*, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), enero.
- Ehrlich, I. y G. Becker (2000), "Market insurance, self-insurance, and self-protection", *Foundations of Insurance Economics. Readings in Economics and Finance*, G. Dionne y S.E. Harrington (comps.), Boston, Kluwer Academic Publisher.
- Falkingham, Jane y John Hills (2001), "Redistribution between people or across the life cycle", *Economic Theory and the Welfare State. Volume 2: Income Transfers*, Nicholas Barr, The International Library of Critical Writings in Economics, Cheltenham, Edward Elgar Publishing.
- Filgueira, Fernando y otros (2006), "Universalismo básico: una nueva política social para América Latina", *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida*, Carlos Gerardo Molina (ed.), México, D.F., Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Editorial Planeta.
- Gómez Sabaini, Juan Carlos y Dalmiro Morán (2013), "Política tributaria en América Latina: agenda para una segunda generación de reformas serie *Macroeconomía del Desarrollo*, N° 133 (LC/L.3632), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social (2011), *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva*, M. Bachelet (coord.), Ginebra, Organización Internacional del trabajo (OIT)/Organización Mundial de la Salud.
- Gutiérrez Sourdis, Catalina, Olga Lucía Acosta Navarro y Eduardo Andrés Alfonso Sierra (2012), "Financiación de la seguridad social en salud: fuentes de recursos y su administración. Problemas y alternativas", *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*, Óscar Bernal y Catalina Gutiérrez (comps.), Bogotá, Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes.
- Hemerijck, Anton (2013), *Changing Welfare States*, Londres, Oxford University Press.
- Holzmann, Robert, Edward Palmer y Andras Uthoff (2008), *Fortalecer los sistemas de pensiones latinoamericanos*, Bogotá, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Mayol.
- Kutzin, Joseph (2013), "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy", *Bulletin of the World Health Organization*, N° 91.
- (2008), "Health financing policy: a guide for decision-makers", *Health Financing Policy Paper*, Division of Country Health Systems, Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Levy, Santiago (2012), "Seguridad social universal: un camino para México", *NEXOS en línea* [en línea] <http://www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo&Article=2103001> [fecha de consulta: 24 de septiembre de 2013].
- Ministerio de Salud de Colombia (2013), "Proyecto de Ley por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", Bogotá.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2008), "Can low-income countries afford basic social security?", *Social Security Policy Briefings Paper*, N° 3, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010), *Informe sobre la Salud en el Mundo 2010*, Ginebra.
- Palier, Bruno (ed.) (2010), *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Porter, Dorothy (1999), *Health, Civilization and the State*, Londres, Routledge.
- Rashid, Mansoor (2012), "La protección social y el empleo en América Latina y el Caribe", presentación en la reunión del Grupo de Trabajo Conjunto del Consejo Permanente y el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CIDI) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) sobre el proyecto de plan de acción de la Carta Social de las Américas, Washington D.C., octubre.
- Rezk, Ernesto (2006), "Desafíos de la viabilidad financiera", *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida*, Carlos Gerardo Molina (ed.), México, D.F., Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Editorial Planeta.
- Ribe, Helena, David A. Robalino e Ian Walker (2012), *From Right to Reality. Incentives, Labor Markets, and the Challenge of Universal Social Protection in Latin America and the Caribbean*, Latin America Development Forum Series, Washington, D.C., Banco Mundial.
- (2010), *Achieving Effective Social Protection for all in Latin America and the Caribbean. From Right to Reality*, Latin America Development Forum Series, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Rivera, Eugenio (2013) "Treinta años de política tributaria en Chile: una reorientación necesaria", en Gonzalo Martner y Eugenio Rivera (2013), *Radiografía crítica al "modelo chileno". Balance y propuestas*, Editorial LOM, Santiago de Chile
- Scheil-Adlung, Xenia (2013), "Health protection. More than financial protection", *Scaling Up Affordable Health Insurance. Staying the Course*, Alexander S. Preker y otros (eds.), Washington, D.C., Banco Mundial.
- Schmidt, Vivien (2013), "Does discourse matter in the politics of building social pacts on social protection? International experiences", serie *Social Policy*, N° 178 (LC/L.3649), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Schmidt, Vivien y Mark Thatcher (2013), "Resilient Liberalism: European Political Economy through Boom and Bust" en Schmidt Vivien y Mark Thatcher (eds.) (2013) *Resilient Liberalism in Europe's Political Economy*, Contemporary European Politics, Cambridge University Press, Cambridge University Press, Cambridge, agosto
- Schwarzer, Helmut (2013), "El piso de protección social", presentación en el Seminario de formación e intercambio sobre la situación social, económica y de derechos de los trabajadores en la economía informal, organizado por la Oficina de Actividades para los Trabajadores (ACTRAV) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Lima, agosto.
- Sojo, Ana (2013), "La propuesta del piso de protección social y la extensión de la cobertura en la región, vista desde la CEPAL", presentación en el Seminario de formación e intercambio sobre la situación social, económica y de derechos de los trabajadores en la economía informal, organizado por la Oficina de Actividades para los Trabajadores (ACTRAV) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Lima, agosto.

- (2012), “El piso de protección social: una perspectiva sobre sus potenciales lecturas en la región”, presentación en el taller Seguridad social para todos: el piso de protección social, organizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Lima, agosto.
- (2007), “La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales”, *Revista de la CEPAL*, N° 91 (LC/G.2333-P/E), 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), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- (1990) “Naturaleza y selectividad de la política social”, *Revista de la CEPAL*, N° 41, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Tokman, Víctor (2006), “Empleo y protección: una vinculación necesaria”, *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida*, Carlos Gerardo Molina, (ed.), México, D.F., Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Editorial Planeta.



Tendencias recientes del gasto social dentro del gasto público y del gasto de los hogares en salud

A. Tendencias recientes y de largo plazo del gasto público social

1. Evolución reciente del gasto social
2. Evolución de largo plazo del gasto social en los países
3. Evolución del gasto sectorial

B. Evolución del gasto público en salud

C. Algunas características del gasto de bolsillo en salud en la región

1. Definición y alcance del gasto de bolsillo en salud
2. Niveles de gasto según niveles de ingresos, empobrecimiento y gasto reprimido

D. Un rápido y sostenido aumento del gasto en salud: proyecciones para el Brasil, Chile y México en el período 2010-2060

1. Un modelo para proyectar el gasto en salud como proporción del PIB
2. Envejecimiento de la población, rapidez del crecimiento económico y aumento sostenido del gasto en salud
3. Consideraciones finales

Bibliografía

En la primera sección de este capítulo se abordan las mediciones tradicionales del gasto social, destinadas a reflejar su prioridad dentro del gasto público total en el marco del ciclo económico, así como su distribución sectorial. En las restantes secciones se trata en forma más detallada la evolución del gasto público en salud, los patrones de gasto de bolsillo en salud de los hogares y proyecciones de las necesidades de gasto en salud asociadas al proceso de envejecimiento poblacional que está teniendo lugar en la región.

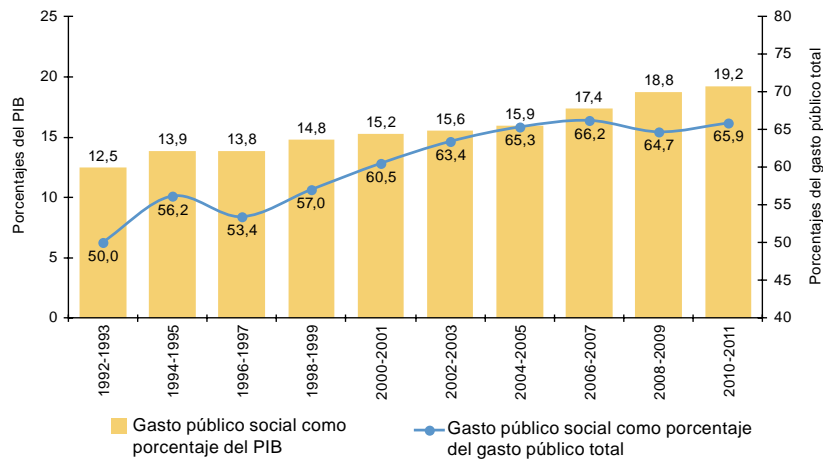
A. Tendencias recientes y de largo plazo del gasto público social

A partir de 2010 se iniciaron en diversos países reformas fiscales tendientes a consolidar las finanzas públicas, tanto por el lado de los ingresos como del gasto, ya que en algunos el aumento del gasto público había generado déficits. En 2010 se mantuvo la expansión del gasto, se observó un mayor crecimiento del gasto público social y en varios casos caídas del gasto público no social. Desde 2011, la expansión del gasto en la región ha sido menor que el crecimiento económico y los gastos públicos no sociales han tenido mayor prioridad en este aumento.

1. Evolución reciente del gasto social

En la región ha persistido la tendencia de aumento del gasto social observada desde la crisis financiera internacional. El aumento real de los recursos disponibles para el financiamiento de servicios sociales y para transferencias a los hogares se reflejó en la prioridad macroeconómica del gasto social: ya comenzados los años noventa (1992-1993), el gasto social como porcentaje del producto interno bruto (PIB) era del 12,5% y exhibió un aumento sistemático en los bienios siguientes hasta llegar al 17,4% en el período 2006-2007, el 18,8% en el período 2008-2009 y el 19,2% en el período 2010-2011 (véase el gráfico V.1). En 2011 se destinaron en América Latina y el Caribe (21 países) al menos 640.000 millones de dólares al gasto social y se estima que en 2012 estos recursos siguieron aumentando en la región.

Gráfico V.1
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social y de su participación en el gasto público total, 1992-1993 a 2010-2011^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.

No obstante la tendencia descrita, 2009 fue el año en que se registró la mayor alza del gasto social (así como 2008 fue el de mayor incremento del gasto público destinado a sectores económicos) y desde entonces dicho gasto comenzó a perder participación relativa dentro del PIB, que creció a mayor velocidad a partir de 2010. En 2011 también comenzó a disminuir la prioridad fiscal del gasto social (es decir, su relevancia dentro del gasto público total), ya que el gasto no social tuvo incrementos mayores.

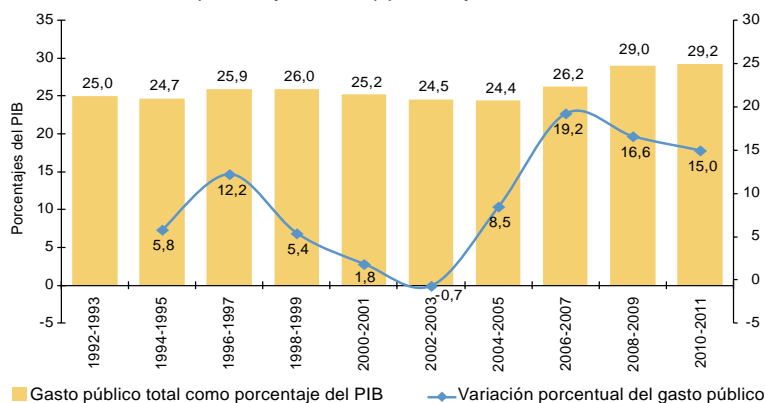
Hasta mediados de la década de 2000, la evolución del gasto público social había sido altamente procíclica. Pero en el segundo quinquenio de la década se iniciaron en varios países esfuerzos sistemáticos por reforzar los programas sociales, en particular los orientados a la lucha contra la pobreza. También se emprendieron esfuerzos relativamente generalizados por universalizar la educación primaria y extender en forma significativa la cobertura en la educación secundaria, ya sea pública o con modalidades mixtas; en algunos países, también se ha impulsado la universalización del acceso al sistema público de salud.

El cambio que se observó en la evolución del gasto social de la región en el último quinquenio se debe también a medidas que se fueron implementando para hacer frente a diversos choques externos: los aumentos de los precios tanto de los alimentos y combustibles, registrados en 2008, como de los productos básicos importados o exportados, iniciados 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 junto con la desaceleración del crecimiento económico mundial debido a la lenta recuperación de los Estados Unidos y las dificultades que persisten en varios países de la Unión Europea.

Estos tres momentos en diversa medida han influido en la política fiscal y la política 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. En forma posterior, después de 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) como, sobre todo, del gasto social, incluidos programas de empleo y de fomento productivo (créditos a microempresas) y programas de vivienda. Cabe destacar que los rezagos en la formulación y aprobación legislativa de proyectos de inversión y 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 por el aumento de la prioridad fiscal del gasto social dentro del gasto público total, que pasó del 50% en el período comprendido entre 1992 y 1993 al 60,5% en el período 2000-2001 y al 65,9% en el período 2010-2011 (véase el gráfico V.1). Sin embargo, algunos incrementos de la prioridad fiscal del gasto social se debieron más bien a contracciones del gasto público no social y, en consecuencia, a disminuciones relativas del gasto público total, principalmente entre 1999 y 2004 (véase el gráfico V.2).

Gráfico V.2
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público total
y tasas de variación bienal, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En porcentajes del PIB y porcentajes 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 de gasto público total corresponden a cifras 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 dicho gasto.

A partir de 2010, se iniciaron en diversos países reformas fiscales, tanto por el lado de los ingresos como del gasto, para consolidar las finanzas públicas, ya que después de varios años (2003-2008) de superávits primarios y reducción de la deuda pública, el aumento del gasto público produjo déficits en las cuentas públicas de algunos. Aunque las cifras de 2010 muestran que ese año se mantuvo la tendencia contracíclica de expansión de los gastos, esta fue resultado de un mayor crecimiento del gasto público social, en varios casos acompañado de caídas del gasto público no social. Desde 2011, la expansión del gasto fue inferior al crecimiento económico de la región y los gastos públicos no sociales tuvieron mayor prioridad en este aumento.

Ya en 2011 el gasto social disminuyó en varios países en términos absolutos: Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Cuba, Honduras y Perú (grupo en que la reducción como promedio simple fue de un 5,6% respecto del nivel de 2010). Sin embargo, en 2012 este gasto habría aumentado en todos los países de los que se cuenta con datos de ese año: Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Panamá y Perú. Solo en Guatemala se registra una caída del gasto público total en 2012 (y, en consecuencia, un aumento de la prioridad fiscal del gasto público social a nivel de gobierno central, del 61% al 63,5% del gasto público total).

2. Evolución de largo plazo del gasto social en los países

Son notables las diferencias que existen entre países de la región no solo en cuanto a la cantidad de recursos que movilizan hacia los sectores sociales, sino también al esfuerzo macroeconómico que representa el presupuesto público social.

Naturalmente, la capacidad de dar mayor prioridad macroeconómica al gasto social depende de un gran número de variables económicas, políticas y sociales. Sin duda, una de las variables determinantes son los ingresos fiscales, que imponen límites al presupuesto total. No obstante el alza que exhibe el gasto social como porcentaje del PIB en la región (de un 12,5% en el período comprendido entre 1992 y 1993 a un 19,2% en el período comprendido entre 2010 y 2011), se observa una gran heterogeneidad entre los países, tanto de los niveles iniciales como actuales de este indicador. En el período comprendido entre 1992 y 1993, países como Colombia, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México¹, el Paraguay y la República Dominicana destinaron menos del 7% del PIB a los sectores sociales; en cambio, la Argentina, el Brasil, Costa Rica, Cuba, Panamá y el Uruguay destinaron un 15% del PIB o más.

Salvo en períodos específicos, en todos los países se han hecho esfuerzos por aumentar tanto la prioridad fiscal del gasto social como su prioridad macroeconómica, muchas veces impulsando incrementos considerables de la participación del gasto social en el PIB (el aumento del promedio regional ponderado fue de casi 6,8 puntos del PIB entre el bienio 1992-1993 y el bienio 2010-2011). Al final del período analizado, la prioridad macroeconómica del gasto social registraba aumentos significativos en prácticamente todos los países. En el bienio comprendido entre 2010 y 2011, solo el Ecuador, Guatemala y la República Dominicana exhibían gastos sociales con montos inferiores al 10% de sus respectivos PIB; por otra parte, a los países que ya a inicios de los años noventa superaban el 15% del PIB destinado a gasto social, se sumaban Chile y Venezuela (República Bolivariana de) (véase el gráfico V.3).

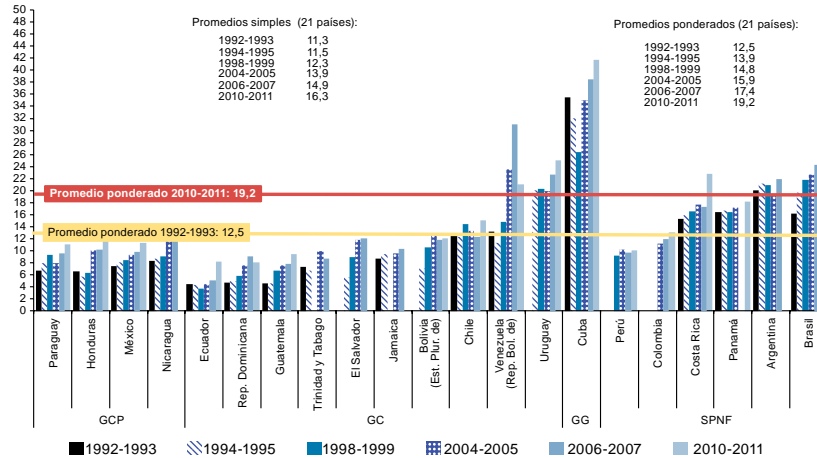
Pese a las diferencias persistentes que se observan en cuanto a la prioridad macroeconómica del gasto social, en algunos países se hicieron notables esfuerzos por aumentar la importancia de este gasto. Medida en relación con el PIB, la participación del gasto social en la Argentina subió casi 8 puntos porcentuales entre 1992 y 2009; en Costa Rica, 7,9 puntos entre 1992 y 2011; en Cuba, 12 puntos entre 1997 y 2011; en El Salvador, 10 puntos entre 1993 y 2009, y en la República Bolivariana de Venezuela, 6,2 puntos en el mismo período.

Cabe tener presente que el gasto social expresado como porcentaje del PIB oculta la alta heterogeneidad que existe en cuanto a la cantidad de recursos que efectivamente se destinan a los sectores sociales, que dependen en gran medida del nivel de desarrollo económico de cada país (véase el gráfico V.4). El gasto social anual per cápita en la región, como promedio, era de 518 dólares a precios de 2005 en el bienio comprendido entre 1992 y 1993, y se duplicó en casi 20 años, llegando a 1.087 dólares en el bienio comprendido entre 2010 y 2011. Pero en Bolivia (Estado Plurinacional de), el Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay el gasto anual per cápita aún no supera los 300 dólares, mientras

¹ En este país, de carácter federal, se registran los gastos del gobierno nacional (gobierno federal), en que no se incluye el gasto de los estados y delegaciones (municipios). Por tanto, el nivel de gasto social puede estar subestimado significativamente.

que en la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tabago, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) sobrepasa los 1.000 dólares y en algunos casos incluso se acerca a los 2.000 dólares o los excede.

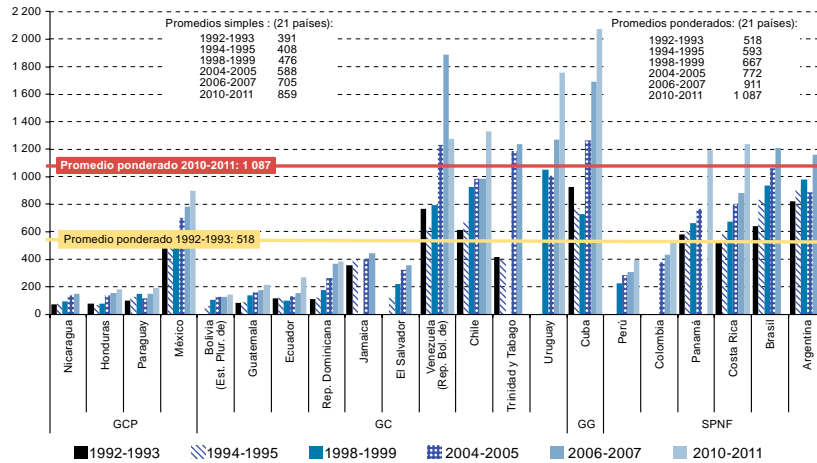
Gráfico V.3
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social como proporción del PIB, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En porcentajes)



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

^a Las coberturas institucionales de las cifras de gasto de los países corresponden a: GCP: gobierno central presupuestario; GC: gobierno central (incluidos GCP y entidades estatales autónomas); GG: gobierno general (incluidos GC y gobiernos locales); SPNF: sector público no financiero (incluidos GG y empresas públicas no financieras).

Gráfico V.4
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social per cápita, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En dólares de 2005)



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

^a Las coberturas institucionales de las cifras de gasto de los países corresponden a: GCP: gobierno central presupuestario; GC: gobierno central (incluidos GCP y entidades estatales autónomas); GG: gobierno general (incluidos GC y gobiernos locales); SPNF: sector público no financiero (incluidos GG y empresas públicas no financieras).

3. Evolución del gasto sectorial

Según se indicó antes, en la región se produjo 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 y asistencia social, vivienda y otros), ya que su evolución ha sido relativamente dispar, en la medida en que algunos sectores han ganado participación en el gasto social, en desmedro de otros cuyos recursos han crecido a un ritmo menor en términos comparativos.

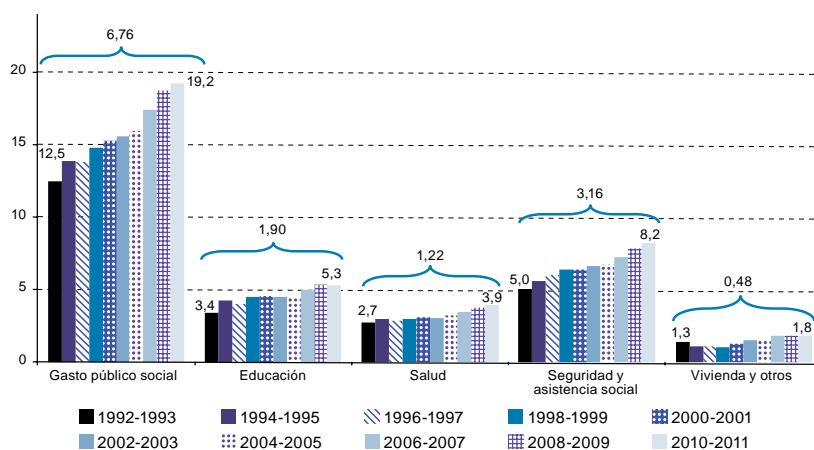
Para interpretar estas trayectorias es necesario considerar la diversa valoración que se otorga a la inversión social sectorial, pero además el hecho de que el crecimiento sectorial depende también del grado de desarrollo institucional y de la expansión de los servicios sociales al inicio del período de evaluación, así como de las presiones que distintos grupos sociales pueden ejercer ante el Estado para aumentar cierto tipo de gastos, de los períodos de contracción económica que obligan a movilizar recursos asistenciales o del nivel de envejecimiento de la población.

En general, el aumento del gasto social medio de la región de casi 6,8 puntos porcentuales del PIB (entre los períodos 1992-1993 y 2010-2011) se debe en mayor medida al crecimiento del gasto destinado a seguridad y asistencia social (que fue de 3,2 puntos porcentuales entre ambos períodos). El gradual envejecimiento de la población se ha traducido en 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 (públicos o mixtos), progresivamente se han introducido en una mayor cantidad de países mecanismos solidarios de financiamiento de la seguridad social, más allá de los mecanismos solidarios de redistribución que existen en dichos sistemas.

Por otro lado, aunque no se dispone de información desagregada correspondiente a seguridad y asistencia social, los antecedentes indican que principalmente en la década de 2000 se extendieron diversos programas de asistencia social, en particular los programas de lucha contra la pobreza que incluyen mecanismos de transferencias directas a los hogares, de carácter condicionado o no. La implementación o la notoria expansión de algunos programas asistenciales estuvieron ligadas a medidas para enfrentar los efectos de la crisis financiera internacional en las economías reales, así como el aumento del desempleo y las caídas de los salarios. Una vez superados los momentos más difíciles, varios de estos programas han finalizado o sus presupuestos se han reducido.

Con todo, la participación del sector de seguridad y asistencia social en el gasto público social aumentó del 40,2% en el bienio comprendido entre 1992 y 1993 al 41,8% en el bienio 2000-2001 y el 42,5% en el bienio 2010-2011. Su peso en el incremento total del gasto social registrado en casi 20 años (6,8 puntos del PIB) fue de casi un 47% (véase el gráfico V.5).

Gráfico V.5
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público social, por sectores, 1992-1993 a 2010-2011^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. Sobre las llaves se indica la variación entre el comienzo y el fin del período.

El otro aumento importante en las últimas dos décadas, de 1,9 puntos porcentuales del PIB regional, corresponde al gasto público social en el sector de educación. Este incremento se asocia a la expansión de la cobertura y el acceso a la educación primaria, en los países más pobres, y a la educación secundaria en los restantes (se trata tanto de gastos en infraestructura como, sobre todo, de gastos corrientes, mayormente destinados al aumento de la dotación de docentes). En la región el sector educativo mantuvo su participación en el gasto público social, al pasar del 27,2% en el bienio comprendido entre 1992 y 1993 al 27,5% en el bienio comprendido entre 2010 y 2011, captando el 28% del incremento que anotó el gasto social entre esos dos períodos.

La evolución descrita ha ido en desmedro de la expansión del gasto social en el sector salud, como se observa en el hecho de que su prioridad macroeconómica registró un crecimiento menor que el de los sectores antes mencionados (de 1,2 puntos porcentuales del PIB entre el bienio 1992-1993 y el bienio 2010-2011) y en una disminución leve de su participación en el gasto social, aspecto que se retoma con mayor detalle en la sección siguiente.

Por último, el sector que ha presentado menor importancia en el gasto público social de la región es vivienda y otros (incluidos agua potable, saneamiento y, en forma más reciente, medio ambiente), pese a la persistencia de bolsones de marginalidad habitacional prácticamente en todos los países y en las principales ciudades: el gasto social en este sector solo exhibe un incremento de 0,5 puntos del PIB en 18 años y una participación del 9,5% del gasto público social total al final del período analizado. Esto dificulta el desarrollo de programas de radicación (en general a partir de programas de saneamiento) y de erradicación de poblaciones marginales, y afecta tanto a la población de menores recursos como, indirectamente, al sector salud, debido a las mayores complicaciones que se enfrentan para controlar vectores de enfermedades infectocontagiosas de fácil propagación 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 mediante la generación de zonas de conservación de la biodiversidad como mediante la aplicación de medidas necesarias de regulación de la actividad humana, en particular la productiva, para impedir el deterioro y la contaminación. Cabe recordar la relevancia que los rezagos en este ámbito tienen respecto de la pobreza en algunos países de la región, considerando el peso relativo de estos determinantes, aspecto que se aborda al analizar la medición multidimensional de la pobreza en los dos primeros capítulos.

Recuadro V.1

Actualización del gasto social

Para la actualización de las cifras sobre gasto social que se realiza en esta edición del *Panorama Social de América Latina*, se obtuvieron datos de la clasificación funcional del gasto público hasta 2011, en concordancia con las series de gasto total y sectorial difundidas en ediciones anteriores. Se consiguió información de 11 países hasta 2011 y de 8 países hasta 2012. Debido a la importancia de contar con datos recientes, se ha optado por publicar esas cifras, aun cuando sean de carácter provisional, estimativo o parcial. Los datos se actualizaron durante el tercer trimestre de 2013 y el cierre de este proceso se hizo a principios de octubre.

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 con organización presupuestaria autónoma, los gobiernos locales y las empresas públicas no financieras. Aunque las diferencias en la cobertura institucional dificultan la comparación entre los países, se optó por publicar la cobertura más amplia disponible en cada país, salvo cuando presentaba restricciones significativas para la construcción de una serie relativa al período comprendido entre 1990 y 2011. Esto obedece a que el interés primordial de la CEPAL es abarcar, en la medida de lo posible, la mayor cantidad de información sobre gastos públicos sociales, para 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, Brasil, Colombia, Panamá y Perú.
- Gobierno general (GC + GL): Cuba.
- Gobierno central (GCP + EA): Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
- Gobierno central presupuestario: Honduras, México, Nicaragua y Paraguay.

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.

Tomando en cuenta que la adopción del sistema clasificatorio de carácter financiero de la *Manual de estadísticas de finanzas públicas 2001* del Fondo Monetario Internacional (FMI), armonizado con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) de 1993, es muy reciente en varios países, la serie del período comprendido entre 1990 y 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.

Entre los problemas de continuidad de las cifras, en algunos casos particulares está la falta de información de la serie completa o de algunos años o funciones. Por ejemplo, no se dispone de datos del Estado Plurinacional de Bolivia del período comprendido entre 1990 y 1994. En el caso de El Salvador, no se dispone de datos correspondientes al período comprendido entre 1990 y 1992, y la serie de 2004 a 2009 no es estrictamente comparable con los datos de años anteriores, debido a un cambio metodológico. Por otro lado, no se cuenta con cifras de seguridad social de Nicaragua, ya que el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social es una entidad autónoma. La serie del Ecuador se refiere a la administración central hasta 2006 y al presupuesto general del Estado desde 2007. En el caso de otros países no ha sido posible construir la serie completa por falta de información de períodos intermedios, como ocurre con los datos sobre Jamaica y Trinidad y Tabago de los años comprendidos entre 1997 y 1999. En Colombia se produjo un cambio metodológico y de la base del PIB, por lo que no son comparables los períodos comprendidos entre 1990 y 1999, y entre 2000 y 2012. La República Dominicana publica dos series de gasto público social, una del período comprendido entre 1990 y 2002, y otra del período comprendido entre 2003 y 2010, con diferencias metodológicas que no permiten un empalme exacto en los sectores sociales pero sí a nivel de gasto público social general.

Recuadro V.1 (conclusión)

Los datos de México corresponden al gasto programable del sector público presupuestario de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal; sin embargo, 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 (ejemplos de la ejecución centralizada y descentralizada del gasto social se pueden encontrar en CEPAL (2001)).

Como en las ediciones anteriores, en este *Panorama Social de América Latina* los datos del gasto social se presentan mediante promedios bienales. Los indicadores que se publican son el gasto público social total y el gasto social de 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 per cápita y como porcentaje del gasto público total. En el caso de este último indicador, se utiliza información oficial de los países sobre gasto público total, pero estas cifras pueden diferir de las publicadas sobre la base de otros sistemas clasificatorios (como la clasificación económica o administrativa de los gastos), tanto porque se incluye o no el pago de intereses de la deuda pública como porque al clasificar las erogaciones se toman diferentes opciones metodológicas.

En esta edición de 2013, tal como en las publicaciones de 2011 y 2012, se incluye el cambio que ha hecho la CEPAL del año base del PIB constante, que se llevó a 2005, de modo que todos

los cálculos del gasto social en dólares constantes corresponden a dólares de ese año.

Para el cálculo de las relaciones porcentuales se utilizan las cifras a precios corrientes de cada año 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 de la moneda de cada país en relación con el año 2005, así como de los datos de población en que se basen los cálculos 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, que pueden ser direcciones, departamentos, secretarías o subsecretarías de planeación, de presupuestos o de políticas sociales de los ministerios de hacienda, finanzas o economía, dependiendo del país. También se obtuvieron datos de ejecución presupuestaria de las contadurías generales de la nación o tesoros nacionales y, ocasionalmente, de bancos centrales, institutos nacionales de estadísticas y 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.

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

B. Evolución del gasto público en salud

El gasto público en salud fue afectado durante la década de los noventa por variaciones significativas asociadas a la alta volatilidad del crecimiento; pero aumentos reales posteriores compensaron dichas caídas. Desde mediados de la década de 2000 —en un marco de aumento generalizado del gasto social— su defensa relativa ante vaivenes económicos le ha otorgado más estabilidad y lo ha vuelto más inercial. Frente a la crisis financiera, aunque no parecen haberse destinado recursos al gasto social en razón de una política contracíclica explícita, su protección se tradujo en un aumento de su participación tanto respecto del PIB como del gasto público total.

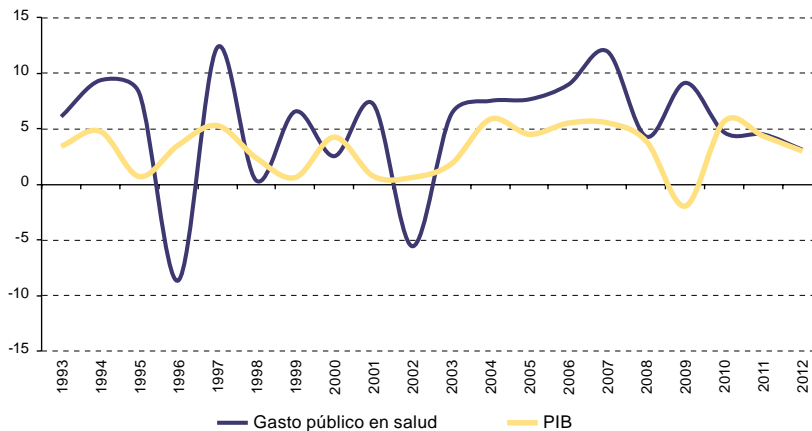
En la presente sección se analizan las tendencias del gasto público en salud, tanto recientes como de largo plazo. La medición está sujeta a restricciones de disponibilidad de información correspondiente a los últimos años. Los diversos grados de agregación de los datos, a escala de gobierno central, gobierno general o sector público no financiero, limitan las comparaciones que pueden hacerse entre países o por grupos de países (véase el recuadro V.1). En consecuencia, las tendencias del gasto deben considerarse de forma ilustrativa, por cuanto puede existir un considerable subregistro de recursos movilizados hacia el sector salud cuando se dispone de informes a nivel de gobierno central y más aún cuando se trata de gobiernos de carácter federal².

² Para un mismo nivel de gobierno, la subestimación del nivel de recursos públicos destinados a salud puede ser más o menos importante entre los países, dependiendo del grado de descentralización de la ejecución de los gastos del Estado, así como del nivel de autonomía presupuestaria de los sistemas de salud, incluidos el nivel de copago de las prestaciones de salud y, por consiguiente, el grado de dependencia institucional respecto de las transferencias desde el gobierno central y de los ingresos propios.

Aunque coexisten sistemas públicos y privados de salud en los países de la región, así como sistemas o subsistemas dentro del sector con financiamiento mixto, en todos los cuales las personas usualmente realizan el pago completo o al menos un copago de las prestaciones (gasto privado de los hogares), la población de menores recursos depende por lo general en gran medida de las prestaciones que pueda efectuar el sector público como única fuente de cobertura en el área de la salud, financiada con recursos fiscales (CEPAL, 2008). Evidencia indirecta de esto puede encontrarse en la siguiente sección, donde se desarrolla un análisis del gasto de bolsillo en salud, en que se destaca la existencia de “gasto reprimido” en salud entre la población de menores recursos. Los significativos niveles de pobreza y vulnerabilidad presentes en la mayoría de los países de la región y, por tanto, la alta dependencia de amplios contingentes de población respecto de los sistemas públicos de salud evidencian la relevancia de analizar la trayectoria de los gastos públicos en esta área, aun teniendo en consideración que el incremento de los montos no se traduce necesariamente en aumentos de la cobertura de estos servicios ni en la expansión de las prestaciones o la mejora de su calidad.

Durante la década de los noventa el gasto público en salud, al igual que la mayoría de los componentes del gasto público social —con la sola excepción del gasto en seguridad social— fue afectado por variaciones significativas, asociadas a la alta volatilidad del crecimiento en gran parte de dicho período. En la región, las oscilaciones del gasto público en salud durante la década de los noventa fueron muy importantes, aunque los episodios de reducción fueron seguidos por un aumento real que en términos generales compensó dichas caídas. Por lo general, estas variaciones ocurrieron en concomitancia con las variaciones del PIB regional o con un rezago de un año (véase el gráfico V.6).

Gráfico V.6
América Latina y el Caribe (21 países): evolución anual del gasto público en salud y del PIB, 1993-2012
(En porcentajes)

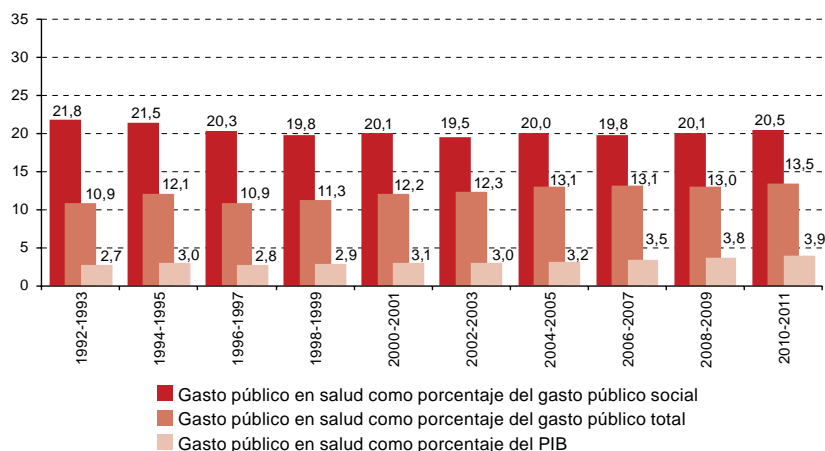


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

Considerando un conjunto de 21 países de la región, un tercio de las ejecuciones presupuestarias fueron inferiores al gasto del año anterior (se produjeron 45 episodios de caída del gasto y 90 de aumento absoluto del gasto entre 1993 y 2000) y buena parte de las oscilaciones se asociaron a los vaivenes del ciclo económico de cada país. En la década de los noventa, aun cuando no en todos los países se registró una caída del PIB, sino más bien una disminución de su ritmo de crecimiento, lo cierto es que la trayectoria del gasto público en salud estuvo muy ligada al ciclo económico. En términos específicos, sus reducciones o estancamientos se debieron a que se tendió a utilizar el sector como dispositivo de ajuste ante las necesidades de contraer el gasto público, o bien los recursos que se le destinaban se mantuvieron constantes frente a caídas reales o proyectadas de la recaudación fiscal. Las disminuciones afectaron no tanto el gasto corriente (remuneraciones o reposición de insumos) como el componente de inversión (construcción y mantención de hospitales y consultorios, y adquisición de nuevas tecnologías, entre otros).

En la región, como saldo de la década de 1990, la prioridad macroeconómica del gasto público en salud (es decir, su proporción respecto del PIB) aumentó del 2,7% en el período 1992-1993 al 3,1% en el período 2000-2001. Pero mostró una reducción notable principalmente en el período 1996-1997 (al reducirse del 3,0% del PIB en el bienio 1994-1995 al 2,8%) (véase el gráfico V.7).

Gráfico V.7
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, del gasto público total y del gasto público social, 1992-1993 a 2010-2011^a
(En porcentajes)



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

^a Promedio ponderado de los países.

Estas variaciones negativas se produjeron aun en un contexto de mantención o aumento del gasto público total, de modo que la participación del sector salud en dicho gasto (es decir, su prioridad fiscal) disminuyó en varias ocasiones. Por otro lado, las reducciones del gasto público en salud ocurrieron incluso en contextos de expansión de otros gastos sociales, en educación y pensiones, por ejemplo, por lo que los recursos destinados a salud perdieron participación dentro del gasto social en forma significativa (véase el gráfico V.7).

Desde mediados de la década de 2000, coincidiendo con un generalizado impulso de aumento del gasto social o con su defensa frente a vaivenes económicos, el gasto público en salud fue ganando estabilidad —es decir, fue perdiendo prociclicidad— para volverse más inercial, principalmente en países con mayor recaudación fiscal, mayor gasto total y, por tanto, mayor gasto social. En el promedio de 21 países de la región, se observa en general un aumento sistemático de los recursos destinados a este sector, al menos hasta 2009, incluso superior al crecimiento del PIB, y una notable alza contracíclica en 2008, cuando el PIB cayó casi un 2% como promedio regional; la excepción la constituye la disminución notoria que se registró en 2002 y que se explica sobre todo por las significativas reducciones de la ejecución de gastos en salud que tuvieron lugar en la Argentina y Colombia, ambas superiores al 20%³ (véase el gráfico V.6).

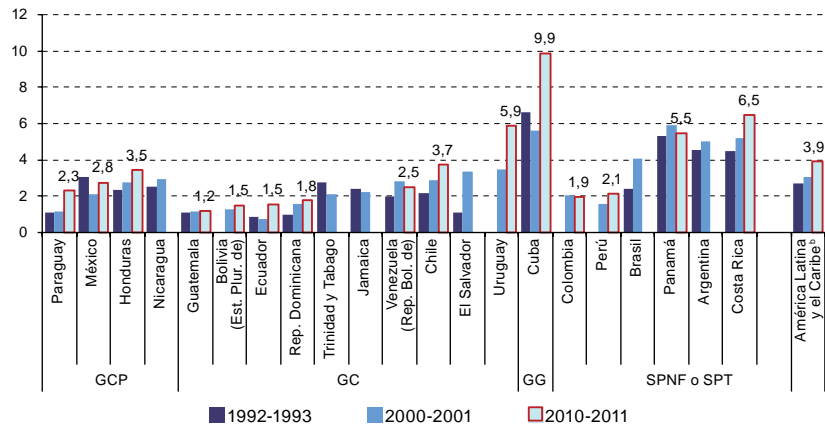
En un proceso vinculado a lo anterior, en la gran mayoría de los países se incrementó la prioridad macroeconómica del gasto en salud desde comienzos de la década de 2000, hasta llegar en el período comprendido entre 2010 y 2011 al 3,9% del PIB; este aumento ha permitido fortalecer en cierta medida la participación del gasto en salud tanto en el presupuesto total (es decir, su prioridad fiscal) como en aquel destinado a los sectores sociales. Al revisar la tendencia general por países a lo largo de casi 20 años, comparando la prioridad macroeconómica del gasto público en salud entre los bienios 1992-1993, 2000-2001 y 2010-2011, se observa que como saldo de la última década solo ha disminuido en Colombia, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de); únicamente en México se aprecia una reducción del gasto en salud como porcentaje del PIB entre el bienio 1992-1993 y el bienio 2010-2011, debido a ajustes que se concentraron en la década de los noventa (véase el gráfico V.8).

Frente a la crisis financiera y su impacto en las economías reales de la región, el sector público de salud no fue mayormente afectado (solo se registraron 14 eventos de reducción presupuestaria de un total de 57 en los 21 países, entre 2008 y la última información disponible). Si bien no se le inyectaron recursos como consecuencia de una política contracíclica explícita (por ejemplo, de generación de empleo mediante un aumento del gasto en inversión), el sector fue protegido de tal forma que incluso aumentó su participación tanto en el PIB como en el gasto público.

³ En 2003 otros países anotaron importantes reducciones de los recursos destinados a salud (Panamá, el Paraguay y la República Dominicana), pero su peso es reducido en los volúmenes regionales de gasto público destinado a este sector.

Gráfico V.8

América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1992-1993, 2000-2001 y 2010-2011^a
(En porcentajes)



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

^a Las coberturas institucionales de las cifras de gasto de los países corresponden a: GCP: gobierno central presupuestario; GC: gobierno central (incluidos GCP y entidades estatales autónomas); GG: gobierno general (incluidos GC y gobiernos locales); SPNF: sector público no financiero (incluidos GG y empresas públicas no financieras); SPT: sector público total (incluidos SPNF y empresas públicas de carácter financiero).

^b Promedio ponderado de los países.

La evidencia más ilustrativa de la defensa que se hizo del gasto público en salud frente a la crisis financiera es su evolución entre 2008 y 2009, cuando el PIB regional cayó: mientras en 11 de los 21 países analizados se produjo en 2009 una disminución del PIB, solo en 2 países —Colombia y Venezuela (República Bolivariana de)— el gasto en salud se redujo y únicamente en el segundo caso se hizo en forma procíclica (es decir, asociada a la caída del PIB). En otras ocasiones también se registraron reducciones presupuestarias no asociadas a la trayectoria del PIB, pero en general seguidas por recuperaciones. De acuerdo con la información disponible, solo en Guatemala y Venezuela (República Bolivariana de) se produjeron en los últimos años caídas sistemáticas del presupuesto en salud, del 16,2% entre 2009 y 2012 en el primer país y del 44% entre 2007 y 2010 en el segundo. También cabe notar la reducción del gasto en salud registrada en Cuba en 2011 (12%), ya que el aumento posterior (6,7%) no permitió recuperar los niveles alcanzados en 2010 (véase el cuadro V.1). Con todo, se estima que en la región en su conjunto el presupuesto público destinado a salud aumentó más de un 20% en el período comprendido entre 2008 y 2012.

Sin embargo, el aumento relativamente sostenido y generalizado del gasto en salud en la década de 2000 no debe hacer perder de vista la gran heterogeneidad que presentan los niveles de gasto de los países. Alrededor de 2011, el promedio del gasto en salud bordeó los 226 dólares anuales per cápita, pero en los países de gasto alto (sobre 300 dólares per cápita), como la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tabago y el Uruguay, llegó a 413 dólares. En los países de gasto intermedio (entre 100 y 300 dólares per cápita), como el Brasil, El Salvador, México, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de), este valor fue de alrededor de 175 dólares. En los países de gasto bajo (menos de 100 dólares per cápita), solo se destinaron como promedio alrededor de 55 dólares por persona, como fue el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana. Mientras en el grupo de países con gasto per cápita en salud más bajo se registró un crecimiento anual de este gasto del 4,1% entre 2000 y 2011, en el grupo de gasto intermedio el ritmo de aumento anual fue del 4% y en el de gasto más alto del 7,4%, lo que se ha traducido en una ampliación de la brecha existente entre los países en cuanto a los montos de recursos públicos que se destinan al sector (véase el gráfico V.9).

Los países que sin duda deben hacer mayores esfuerzos para aumentar el gasto en salud son Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Honduras, Nicaragua y el Paraguay, cuyos gastos anuales no superan los 55 dólares por persona. Aunque en los tres últimos países la prioridad macroeconómica del gasto no es baja (pues llega al 3,5%, el 4,1% y el 2,3% del PIB, respectivamente), en los dos primeros existe cierto margen para aumentar dicho gasto, al que solo se destinan recursos equivalentes al 1,3% y el 1,1% del PIB, respectivamente.

Cuadro V.1
América Latina y el Caribe (21 países): evolución reciente del gasto público en salud y del PIB, 2008-2012
(En porcentajes)

País	Nivel de gobierno ^a	Variación anual del gasto en salud					Variación anual del PIB				
		2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Argentina	SPNF	14,3	22,3	...	...	...	6,8	0,9	9,2	8,9	1,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	GC	-17,8	24,8	5,1	2,9	-4,6	6,1	3,4	4,1	5,2	5,2
Brasil	SPNF	5,4	8,5	...	...	...	4,8	-0,3	6,9	2,7	0,9
Chile	GC	16,1	21,1	0,7	-1,9	9,7	3,7	-1,0	5,8	5,9	5,6
Colombia	SPNF	13,2	-2,3	8,8	3,6	6,3	3,5	1,7	4,0	6,6	4,0
Costa Rica	SPT	18,3	12,4	2,8	5,3	9,1	2,7	-1,0	5,0	4,4	5,1
Cuba	GG	8,4	11,2	-12,0	6,7	...	4,1	1,4	2,4	2,8	3,0
Ecuador	GC	34,5	5,5	2,9	3,3	27,5	6,4	0,6	2,8	7,4	5,0
El Salvador	GC	0,2	8,0	...	...	...	1,3	-3,1	1,4	2,0	1,6
Guatemala	GC	5,9	19,1	-5,2	-9,6	-2,2	3,3	0,5	2,9	4,2	3,0
Honduras	GCP	9,5	24,5	2,3	...	...	4,2	-2,4	3,7	3,7	3,3
Jamaica	GC	...	...	...	...	...	-0,8	-3,5	-1,5	1,3	-0,3
México	GCP	-0,1	9,0	2,5	6,6	...	1,2	-6,0	5,3	3,9	3,9
Nicaragua	GCP	3,3	7,0	...	...	...	4,0	-2,2	3,6	5,4	5,2
Panamá	SPNF	...	...	10,2	6,3	6,1	10,1	3,9	7,5	10,8	10,7
Paraguay	GCP	-10,7	54,6	13,1	...	...	6,4	-4,0	13,1	4,3	-1,2
Perú	SPNF	30,9	19,4	3,9	8,2	20,2	9,8	0,9	8,8	6,9	6,3
República Dominicana	GC	-3,8	1,0	34,9	...	...	5,3	3,5	7,8	4,5	3,9
Trinidad y Tabago	GC	51,3	...	...	...	...	3,4	-4,4	0,2	-2,6	1,2
Uruguay	GC	30,9	10,6	18,4	13,1	...	7,2	2,2	8,9	6,5	3,9
Venezuela (República Bolivariana de)	GC	-28,3	-19,7	-3,3	...	...	5,3	-3,2	-1,5	4,2	5,5
América Latina y el Caribe ^b		4,3	9,2	4,7	4,5	3,1	3,9	-1,9	5,7	4,3	3,0

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

^a Los niveles de gobierno corresponden a: SPNF: sector público no financiero (incluidos gobierno general y empresas públicas no financieras); GC: gobierno central (incluidos gobierno central presupuestario y entidades estatales autónomas); SPT: sector público total (incluidos SPNF y empresas públicas de carácter financiero); GG: gobierno general (incluidos GC y gobiernos locales); GCP: gobierno central presupuestario.

^b Promedio ponderado de los países.

Gráfico V.9
América Latina y el Caribe (21 países): evolución del gasto per cápita en salud
(En dólares de 2005)

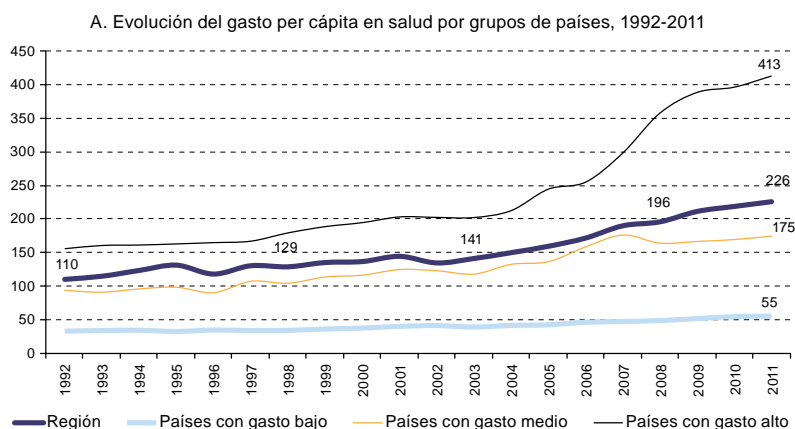
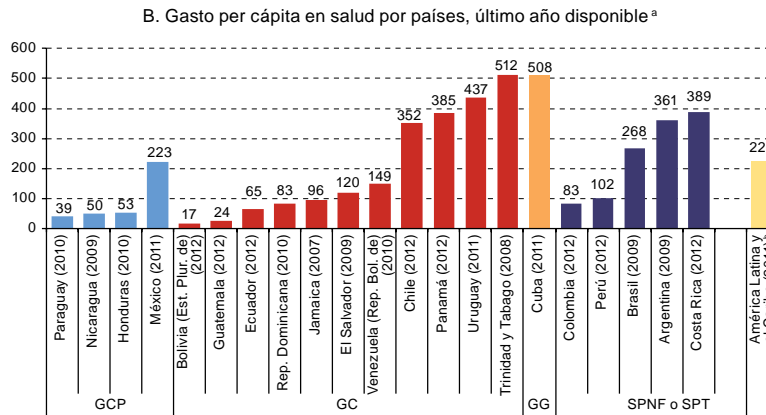


Gráfico V.9 (conclusión)



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

^a Las coberturas institucionales de las cifras de gasto de los países corresponden a: GCP: gobierno central presupuestario; GC: gobierno central (incluidos GCP y entidades estatales autónomas); GG: gobierno general (incluidos GC y gobiernos locales); SPNF: sector público no financiero (incluidos GG y empresas públicas no financieras); SPT: sector público total (incluidos SPNF y empresas públicas de carácter financiero).

^b Promedio ponderado de los países.

A continuación se analiza el gasto privado de los hogares en el ámbito de la salud, particularmente los gastos directos o de bolsillo, derivados del pago o copago frente a las prestaciones que reciben.

C. Algunas características del gasto de bolsillo en salud en la región

Los gastos de bolsillo en salud son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de riesgos. A sus efectos negativos sobre el bienestar de las personas se suma, en algunos casos, su incierta eficiencia; por ejemplo, cuando son consecuencia de los altos precios de los medicamentos o sobrepagos de los servicios en determinados mercados, o de sobreprestaciones. Por eso, la reducción de estos gastos representa un complejo desafío que es preciso abordar en el horizonte de una protección social más universal y solidaria.

1. Definición y alcance del gasto de bolsillo en salud

Los bienes y servicios de salud tienen tres fuentes principales de financiamiento, cuya importancia varía de un país a otro según la estructura de cada sistema de salud: impuestos generales y específicos; contribuciones a la seguridad social recaudadas mediante impuestos sobre la nómina, otros impuestos o cotizaciones, y desembolsos realizados por los hogares.

De acuerdo con la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), el gasto de los hogares en servicios de salud abarca dos tipos de gasto. Los directos, denominados gastos de bolsillo en salud, corresponden a los desembolsos destinados a rubros relacionados, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos, que son de carácter neto, una vez deducidos los reembolsos que se reciban del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado. Los gastos indirectos, por su parte, son los que se destinan a planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público.

Los datos sobre la proporción que alcanzan los gastos de bolsillo en salud en el presupuesto familiar y su composición relativa, así como las comparaciones entre grupos de ingresos, ofrecen importante información sobre

las opciones de gasto de los hogares y brindan pistas acerca de un fenómeno que acontece en países con sistemas de salud muy diferentes. El análisis acerca de cómo se relacionan los patrones de estos gastos con las diversas formas de financiamiento es un terreno aún muy poco explorado, lo que no permite establecer relaciones causales.

Los hogares realizan estos pagos directos de manera fragmentada, por lo general al prestador del servicio. Estos gastos dependen de la capacidad de pago de cada hogar, de modo que son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos. Por lo tanto, son una de las formas menos justas de financiar la salud. La población es vulnerable en distintas medidas al evento de tener que incurrir en gastos de bolsillo en salud que afecten sus condiciones socioeconómicas; el grado de vulnerabilidad es función tanto de la magnitud del gasto de bolsillo, como de la capacidad de gasto del hogar (véase el cuadro V.2).

Cuadro V.2
América Latina (18 países): indicadores generales relacionados con el gasto de bolsillo en salud
(En porcentajes)

País	Capacidad de gasto como porcentaje del gasto total ^a	Gasto de bolsillo en salud		Hogares sin gasto de bolsillo en salud	Hogares con gasto de bolsillo en salud: peso de dicho gasto en la capacidad de gasto ^a
		Como proporción del gasto total	Como proporción de la capacidad de gasto ^a		
Argentina (2004/2005)	61,9	5,0	6,8	45,7	12,5
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2003/2004)	58,8	3,1	4,5	43,2	7,9
Brasil (2008/2009)	85,5	5,0	5,7	14,3	6,7
Chile (2006/2007)	68,3	4,3	5,6	34,5	8,6
Colombia (2007)	59,4	1,9	2,9	36,4	4,6
Costa Rica (2004)	73,2	2,1	2,6	36,5	4,1
Ecuador (2003/2004)	72,9	4,7	6,2	4,0	6,5
El Salvador (2006)	65,4	4,3	6,1	13,7	7,1
Guatemala (2006)	56,8	6,2	9,4	11,3	10,6
Honduras (2004)	59,2	11,2	16,4	19,4	20,3
México (2006)	75,0	4,7	6,0	19,8	7,5
Nicaragua (2005)	42,7	6,6	12,6	17,2	15,2
Panamá (2007)	72,2	2,4	3,1	10,1	3,5
Paraguay (1997)	43,5	3,6	7,2	7,7	7,8
Perú (2008)	61,7	7,0	10,4	7,5	11,2
República Dominicana (2007)	42,6	6,4	11,9	18,6	14,6
Uruguay (2005/2006)	77,9	2,8	3,4	25,9	4,6
Venezuela (República Bolivariana de) (2008/2009)	53,5	3,1	4,4	60,4	11,1
América Latina ^b	62,8	4,7	7,0	23,7	9,1

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 capacidad de gasto se define como el gasto total del hogar menos sus gastos de subsistencia (gastos en alimentos en que incurre el hogar, calculados para cada país). De acuerdo con Xu (2005), se define una línea de subsistencia relativa, estimada como el gasto medio per cápita en alimentos equivalente al gasto que realiza una familia ubicada entre los percentiles 45 y 55 de la distribución de la razón entre gasto en alimentos y gasto total (número de miembros del hogar elevado a 0,56). Véase Ke Xu, "Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología", *Discussion Paper*, N° 2, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005 [en línea] http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=149&Itemid=.

^b Promedio simple de los países.

En este tipo de análisis, la capacidad de gasto se define como el gasto total de los hogares menos el valor de la línea de subsistencia destinada a los gastos en alimentos, que corresponde al promedio de gastos en alimentos del grupo que destina alrededor del 50% a este rubro (mayor detalle puede encontrarse en el recuadro V.2). La carga del gasto de bolsillo en salud expresa la proporción que representa este gasto respecto de la capacidad disponible de gasto del hogar; se pueden establecer determinados umbrales para medir los gastos que por su cuantía son catastróficos (alrededor del 30% al 40% de esta capacidad)⁴ (véase el cuadro V.3).

⁴ Xu (2005) y Murray y otros (2003) establecen el umbral en el 40%, que es el nivel adoptado en el análisis de la CEPAL (2008). Por su parte, Knaul y otros (2011) lo fijaron recientemente en el 30%, con lo que aumenta el universo de hogares cuyos gastos caen en esa categoría. En el presente análisis se adopta el umbral del 30%, pues de ese modo se mejora la calidad muestral del universo susceptible de ser analizado con las encuestas; por ello, no es comparable con el análisis de la CEPAL (2008).

Recuadro V.2

Uso de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares para el análisis de sus gastos de bolsillo en salud

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, en forma más general, del sistema estadístico nacional. Entre otros aspectos, permiten conocer y analizar la estructura del presupuesto de los hogares, el ahorro y el endeudamiento, establecer o actualizar las canastas básicas de alimentos y los costos de satisfacer otras necesidades básicas, así como actualizar y modificar las canastas y las bases de los índices de precios al consumidor.

En el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) se define el gasto realizado por los hogares en bienes y servicios de consumo individual como gasto de consumo final de los hogares. Los hogares también reciben bienes y servicios de consumo individual adquiridos de instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) o de las unidades gubernamentales. En el SCN se considera como gasto de consumo efectivo de los hogares la suma del gasto de consumo final, los bienes y servicios producidos por las ISFLSH que se trasladan a los hogares, y los bienes y servicios individuales producidos o adquiridos por el gobierno pero entregados a los hogares (subsídios o regalías estatales). De acuerdo con ello, los hogares pueden adquirir los bienes y servicios de consumo individual de los productores (sociedades, entidades gubernamentales, instituciones sin fines de lucro, resto del mundo) y también pueden producir una parte por su cuenta para su consumo o adquirirlos de otros hogares.

Las encuestas de gastos —o los módulos de gastos dentro de las encuestas de hogares—, por su parte, permiten medir el gasto corriente de los hogares. Conceptualmente, el gasto corriente abarca el gasto de consumo final (considerados incluso pagos por licencias para conducir, matrículas de automóviles y gastos similares) y el llamado gasto “de no consumo” (que comprende los impuestos sobre el ingreso y la riqueza, contribuciones sociales, primas de seguros, transferencias en efectivo a personas ajenas al hogar e intereses pagados). Suelen excluirse la imputación de bienes y servicios otorgados por las ISFLSH y los organismos gubernamentales y el gasto en consumo intermedio (por ejemplo, bienes y servicios para el desarrollo de actividades productivas).

En los módulos de gastos, las encuestas generalmente recogen: i) el gasto de consumo final, que abarca 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 la conservación ordinaria; salud; transporte; comunicaciones; recreación y cultura;

educación; restaurantes y hoteles, y bienes y servicios diversos, y ii) los denominados gastos de “no consumo”, que incluyen intereses pagados; aportes a la seguridad social; impuesto a la renta; otros impuestos o tasas, y otras transferencias corrientes.

Dependiendo de la disponibilidad y desagregación de la información organizada según la Clasificación del consumo individual por finalidades (CCIF), en el presente capítulo se contabilizaron como gastos en salud los siguientes ítems: consultas de medicina general, medicamentos, especialidades (incluidos dentistas), tratamientos, aparatos terapéuticos, servicios de laboratorio y exámenes, servicios hospitalarios y servicios relacionados (por ejemplo, servicios de ambulancia y enfermeros) y otros (inyecciones, medicina alternativa o natural, entre otros); asimismo, se incluyeron seguros de salud (del rubro otros bienes y servicios).

El gasto de los hogares en servicios de salud corresponde a los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos —denominados también gastos de bolsillo— que abarcan todos los ítems nombrados, menos el último. Los gastos indirectos, por su parte, se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público (OPS, 2007).

Los gastos de bolsillo en salud abarcan los desembolsos directos de los hogares en rubros relacionados con la salud, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos, que sean de carácter neto, es decir, una vez deducidos los reembolsos que se reciban del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado (conviene señalar que en las encuestas no es posible distinguir si el monto del pago directo tiene ya descontado el monto reembolsado o, en otros casos, cuánto será el reembolso futuro). La carga del gasto de bolsillo expresa la magnitud del gasto respecto de la capacidad de gasto del hogar, que operativamente se define como el gasto total del hogar menos sus gastos de subsistencia.

Las necesidades de subsistencia se refieren a los gastos en alimentos en que incurre cada hogar. El nivel de gasto de subsistencia, es decir, la suma que necesita el hogar para alimentar adecuadamente a sus miembros, debe estimarse para cada país. De acuerdo con Xu (2005), se define una línea de subsistencia relativa, que se estima como el gasto medio per cápita en alimentos, equivalente al gasto que realiza una familia ubicada entre los percentiles 45 y 55 de la distribución de la razón entre el gasto en alimentos y el gasto total (número de miembros del hogar elevado a 0,56).

A continuación se detallan las encuestas utilizadas y el período durante el cual se aplicaron las distintas submuestras mensuales.

Encuestas de ingreso y gasto utilizadas

País	Nombre de la encuesta	Período de aplicación
Argentina	Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares	De octubre de 2004 a diciembre de 2005
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta Continua de Hogares	De noviembre de 2003 a noviembre de 2004
Brasil	Encuesta de Presupuestos Familiares	De mayo de 2008 a mayo de 2009
Chile	VI Encuesta de Presupuestos Familiares	De noviembre de 2006 a octubre de 2007
Colombia	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos	De septiembre de 2006 a septiembre de 2007
Costa Rica	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos	De abril de 2004 a abril de 2005
Ecuador	Encuesta de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos	De 2002 a 2003
El Salvador	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	De septiembre de 2005 a agosto de 2006
Honduras	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida	Año 2004
México	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	Tercer trimestre de 2006
Nicaragua	Encuesta Nacional de Hogares Sobre Medición de Niveles de Vida	De julio a octubre de 2005
Panamá	Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares	De julio de 2007 a junio de 2008
Perú	Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza	De enero a diciembre de 2008
República Dominicana	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	De diciembre de 2006 a diciembre de 2007
Uruguay	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares	De noviembre de 2005 a octubre de 2006
Venezuela (República Bolivariana de)	IV Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares	De septiembre de 2008 a septiembre de 2009

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), banco de datos de encuestas de hogares (BADEHOG).

Recuadro V.2 (conclusión)

Para calcular los gastos de bolsillo en salud en dólares de 2005 expresados en paridad del poder adquisitivo (PPA), se usaron los factores de conversión a dólares PPA publicados en *World Development Indicators* del Banco Mundial; el tipo de cambio utilizado fue la serie rf de 2005. Como no era posible disponer de

los tipos de cambio específicos de las submuestras a lo largo del periodo de referencia para todos los países, 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 como 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*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Alfaomega Colombiana S.A., 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)"; sin fecha; Darwin Cortés, "Análisis de los gastos de los hogares colombianos 2006-2007"; Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)/Universidad del Rosario, 2009; informes metodológicos y de resultados de las encuestas de ingreso y gasto por países; Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud en las Américas 2007*, Washington, D.C.; K. Xu, "Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología"; *Discussion Paper*, N° 2, Ginebra, 2005.

Cuadro V.3

América Latina (18 países): indicadores de empobrecimiento relacionados con el gasto de bolsillo en salud
(En porcentajes)

País	Incidencia de la pobreza			Hogares empobrecidos tras afrontar gastos de bolsillo	Hogares con gasto de bolsillo en salud catastrófico (30% o más de la capacidad de gasto)		
	En el total de hogares	En los hogares sin gasto de bolsillo	En los hogares con gasto de bolsillo ^a		Porcentaje de hogares con gastos catastróficos	Incidencia de la pobreza en los hogares con gastos catastróficos ^a	Hogares empobrecidos tras afrontar gastos de bolsillo catastróficos
Argentina (2004/2005)	14,3	24,2	6,0	1,2	6,7	7,7	12,7
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2003/2004)	15,6	22,5	10,4	0,7	3,0	14,7	12,5
Brasil (2008/2009)	2,8	7,9	1,9	0,6	2,5	3,9	8,8
Chile (2006/2007)	8,2	17,7	3,2	0,5	3,7	4,8	8,6
Colombia (2007)	14,5	20,0	11,4	0,6	1,1	24,7	21,4
Costa Rica (2004)	7,6	15,4	3,1	0,3	0,5	5,4	13,3
Ecuador (2003/2004)	2,0	7,5	1,8	0,3	2,0	3,7	4,3
El Salvador (2006)	11,0	24,0	9,0	0,9	2,5	5,7	8,4
Guatemala (2006)	10,0	16,5	9,1	1,7	8,3	4,6	9,5
Honduras (2004)	18,8	24,9	17,3	4,7	20,0	12,4	18,9
México (2006)	2,8	5,6	2,1	0,5	4,1	2,8	4,1
Nicaragua (2005)	22,1	28,3	20,8	3,2	12,7	21,7	15,6
Panamá (2007)	3,1	8,2	2,5	0,2	0,9	0,3	2,2
Paraguay (1997)	20,7	34,7	19,5	1,6	4,1	38,6	12,1
Perú (2008)	10,8	32,0	9,0	1,5	6,4	14,3	10,7
República Dominicana (2007)	16,0	23,1	14,4	3,4	11,9	26,1	19,8
Uruguay (2005/2006)	3,7	10,3	1,4	0,1	0,5	2,6	2,1
Venezuela (República Bolivariana de) (2008/2009)	16,6	23,4	6,1	1,0	4,0	10,5	17,3
América Latina ^b	11,1	19,2	8,3	1,3	5,3	11,4	11,2

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 Hogares en situación de pobreza antes de efectuar el gasto de bolsillo, catastrófico o no.

^b Promedio simple de los países.

Debe destacarse que la medición por medio de encuestas de ingresos y gastos permite estrictamente dimensionar el impacto de estos gastos en el mes en que se realiza la encuesta, pero no sus efectos más perdurables, por ejemplo, en caso de que el empobrecimiento coyuntural por un evento de salud catastrófico se proyecte en el mediano y largo plazo. Tampoco permite captar la recurrencia del gasto ni, por lo tanto, la dimensión temporal de su magnitud e intensidad. No obstante estas limitaciones, este tipo de medición ofrece una visión acerca de la capacidad desigual con que cuentan los hogares para enfrentar gastos que no están cubiertos por el aseguramiento, en eventos de morbilidad agudos o crónicos.

Tomando en cuenta que los gastos de bolsillo son ajenos a una lógica de solidaridad o de diversificación de los riesgos y considerando sus efectos negativos en el bienestar, así como su incierta eficiencia en algunos casos (por ejemplo, cuando se originan debido a altos precios de los medicamentos en determinados mercados, sobreprecios o sobreprestaciones), su reducción representa un complejo desafío que es necesario abordar en el horizonte de una protección social más universal y solidaria.

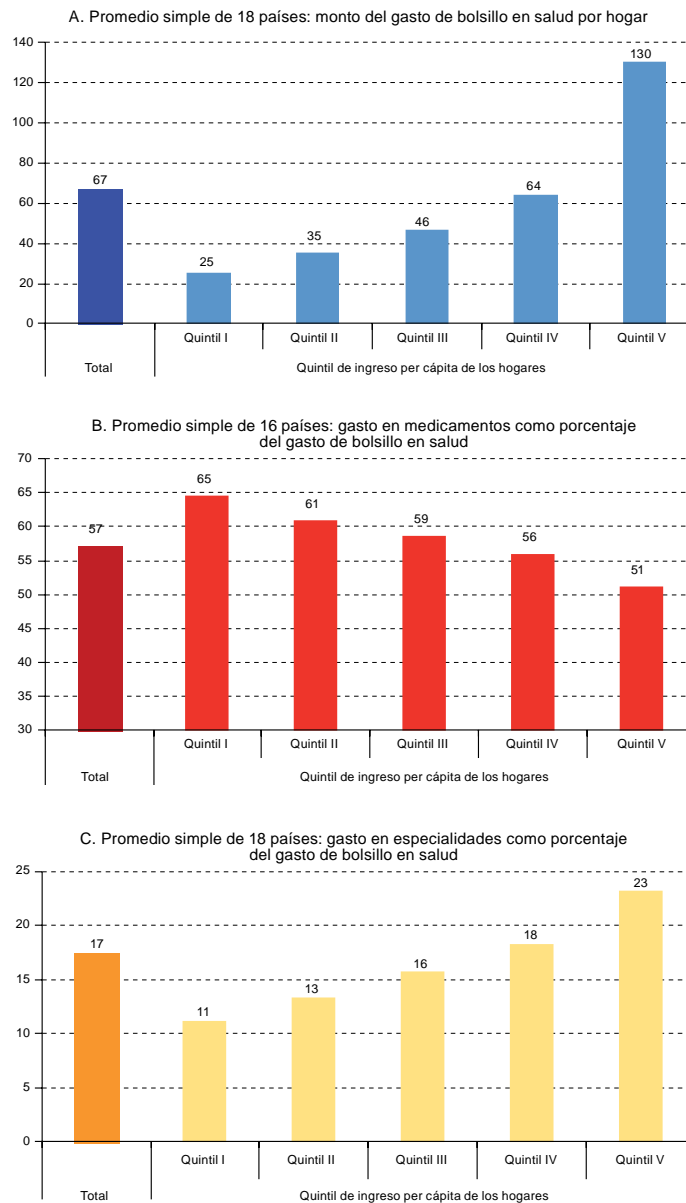
2. Niveles de gasto según niveles de ingresos, empobrecimiento y gasto reprimido

Como es de esperar, la magnitud del gasto de bolsillo varía mucho a lo largo de la distribución del ingreso. El menor gasto de bolsillo que se registra entre los más pobres puede ser un efecto del aseguramiento (que no puede medirse muy estrictamente, por los tamaños de las muestras y las diferencias existentes entre las encuestas en cuanto al nivel de detalle con que se registran y codifican los diversos gastos) o, en su defecto, puede ser indicativo de una incapacidad para realizar dicho gasto. La disparidad de los montos medios de este gasto por quintiles de ingreso en América Latina puede observarse en el gráfico V.10.

Gráfico V.10

América Latina: monto medio mensual del gasto de bolsillo en salud por hogar, y gasto en medicamentos y en especialidades como porcentaje del gasto de bolsillo en salud, por quintiles de ingreso, alrededor de 2006

(En dólares de 2005 en paridad del poder adquisitivo (PPA) y porcentajes)

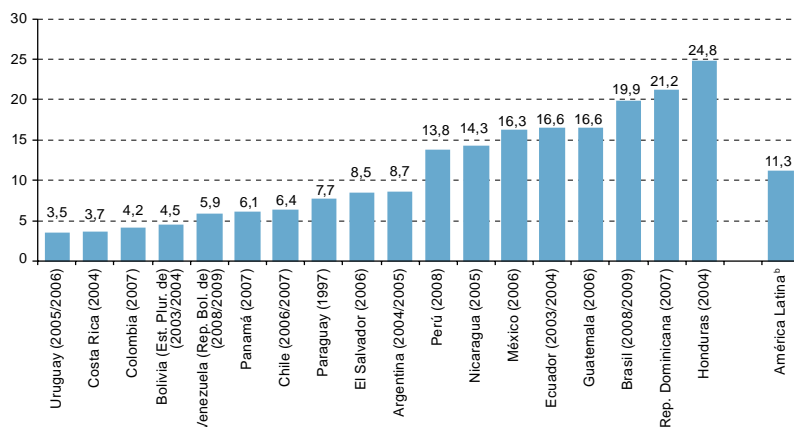


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de ingresos y gastos de los respectivos países.

Al analizar los niveles de gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de gasto por quintiles de ingreso no se observan patrones por país claramente discernibles. Ahora bien, si se considera la estructura del gasto, sobresale el hecho de que en los hogares de los quintiles de menores ingresos se gasta proporcionalmente más en medicamentos, mientras que la proporción destinada a especialidades es mayor conforme se incrementan los ingresos (véase el gráfico V.10). Entre otros indicios acerca de los diversos costos que enfrentan los hogares, ello puede evidenciar la práctica de la automedicación como salida ante la desprotección en episodios de enfermedad.

Como consecuencia de sus gastos de bolsillo en salud, los hogares se pueden empobrecer. Para dimensionar este fenómeno, en primer lugar se consigna el porcentaje de hogares que se empobrecen dentro de aquellos que efectúan gastos de bolsillo en salud; después, ello se suma a la incidencia de la pobreza calculada estrictamente sobre la base de la línea de subsistencia destinada a alimentos (véase el recuadro V.2). El ejercicio en 18 países de la región permite observar cómo se incrementa la incidencia de la pobreza relativa, en magnitudes que son apreciables en varios países de la región (véanse el cuadro V.3 y el gráfico V.11).

Gráfico V.11
América Latina (18 países): aumento coyuntural de la pobreza relativa como efecto de los gastos de bolsillo en salud^a
(En porcentajes)



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 Mayores detalles sobre estos conceptos pueden verse en el recuadro V.2.

^b Promedio simple de los países.

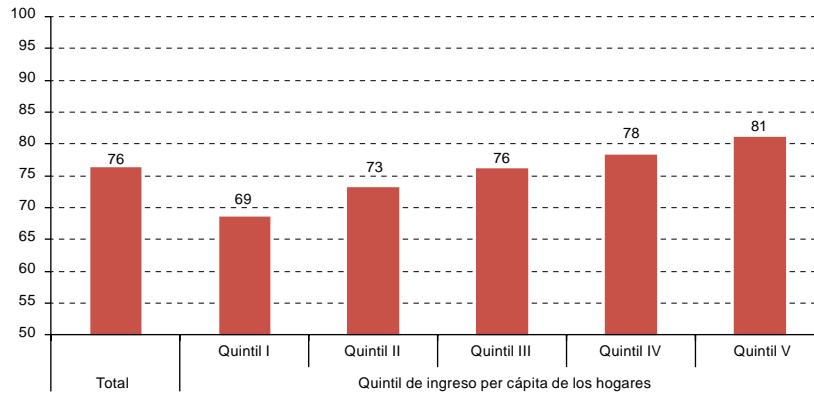
Otro aspecto destacable se refiere a la incapacidad de algunos hogares pobres de efectuar gastos de bolsillo en salud. Por cierto, la ausencia de gasto en salud en los hogares puede obedecer a muy diversas razones, tanto positivas como negativas: una buena cobertura de salud mediante sistemas públicos o privados, la ausencia de eventos de morbilidad en el período analizado, la precariedad de los ingresos del hogar o la falta de acceso a crédito, factores estos dos últimos que impiden realizar gastos en salud en episodios de morbilidad, en caso de carencia de una cobertura adecuada. Si un hogar tiene limitadas posibilidades de gasto por las últimas razones (y, en consecuencia, no realiza ese gasto), no existe un valor observable que exprese su necesidad real de gasto en salud.

En el gráfico V.12 se puede observar que la incidencia de la realización de gastos de bolsillo en salud difiere en los distintos quintiles de ingreso. Como un aspecto complementario que evidencia la desigualdad, es importante observar cómo la incidencia también difiere entre hogares no pobres y pobres. En este sentido, llama la atención que la incidencia de la pobreza (medida respecto de la línea de subsistencia) sea notoriamente mayor entre los hogares sin gasto de bolsillo, sobre todo en los países donde existen bajas coberturas de aseguramiento en salud (véase el gráfico V.13)⁵. Teniendo presente que la población que vive en estos hogares, por sus condiciones socioeconómicas adversas, no suele ser una población muy saludable ni provista de buenos niveles de aseguramiento, la ausencia de gastos de bolsillo en salud parece evidenciar que un contingente de los pobres tiene totalmente reprimida su capacidad de incurrir en dichos gastos.

⁵ Peticara (2008) llamó originalmente la atención sobre este aspecto.

Gráfico V.12

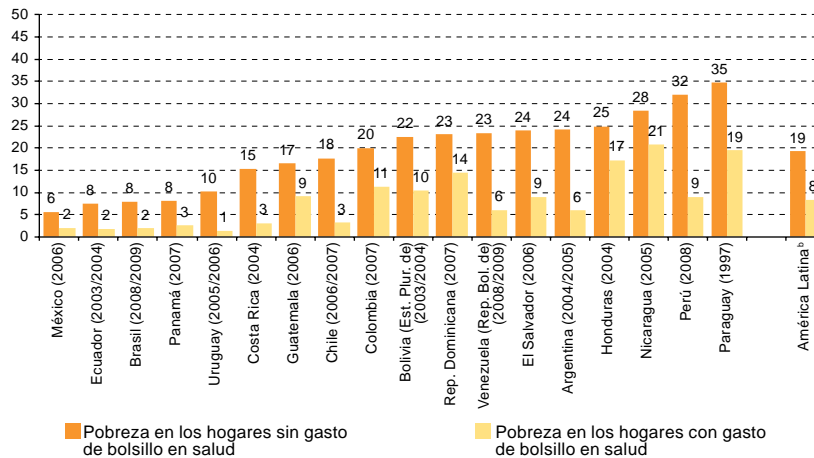
América Latina (promedio simple de 18 países): hogares que efectúan gastos de bolsillo en salud, por quintiles de ingreso, alrededor de 2006
(En porcentajes)



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.

Gráfico V.13

América Latina (18 países): incidencia de la pobreza relativa en los hogares con y sin gasto de bolsillo en salud^a
(En porcentajes)



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 Mayores detalles sobre estos conceptos pueden verse en el recuadro V.2.

^b Promedio simple de los países.

Por otra parte, mientras el gasto catastrófico se asocia más con gastos de bolsillo muy altos, la restricción de quienes tienen escasa capacidad de pago se expresa fundamentalmente como incapacidad para efectuar gastos de bolsillo en salud, aun cuando no estén asegurados (CEPAL, 2008).

El concepto de gasto catastrófico en salud hace referencia a la magnitud de este gasto de bolsillo respecto de la capacidad general de gasto de los hogares. En razón de este gasto, se constriñe la capacidad de efectuar los demás gastos considerados normales del hogar y se originan deudas o empobrecimiento. Cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado, se considera catastrófica; usualmente el umbral se fija en el 40% de la capacidad de pago (Xu, Evans y Aguilar, 2005).

Se trata de un fenómeno que en varios países de la región afecta también a un contingente significativo de hogares que ya eran pobres, independientemente del monto del gasto. Entre los países donde una proporción considerable de los hogares enfrentan gastos de bolsillo en salud catastróficos, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana son aquellos en que un mayor porcentaje de hogares se empobrecen por la magnitud de estos gastos (véase el cuadro V.3).

D. Un rápido y sostenido aumento del gasto en salud: proyecciones para el Brasil, Chile y México en el período 2010-2060

Las crisis de corto plazo tienden a dominar los titulares de los diarios, la atención pública y las agendas nacionales, mientras que los cambios revolucionarios pero graduales, que se desarrollan durante varias décadas, suelen recibir una atención mucho menor. Cuestiones como el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, el calentamiento global y la lucha contra la desigualdad no se consideran perentorias o desafortunadamente quedan relegadas por la urgencia de otros acontecimientos. En este apartado se aborda uno de los cambios de ese tipo que afectan a la región: la posibilidad de un aumento sostenido y rápido del gasto de salud en las próximas décadas, como un efecto combinado del envejecimiento de la población y del crecimiento económico.

1. Un modelo para proyectar el gasto en salud como proporción del PIB

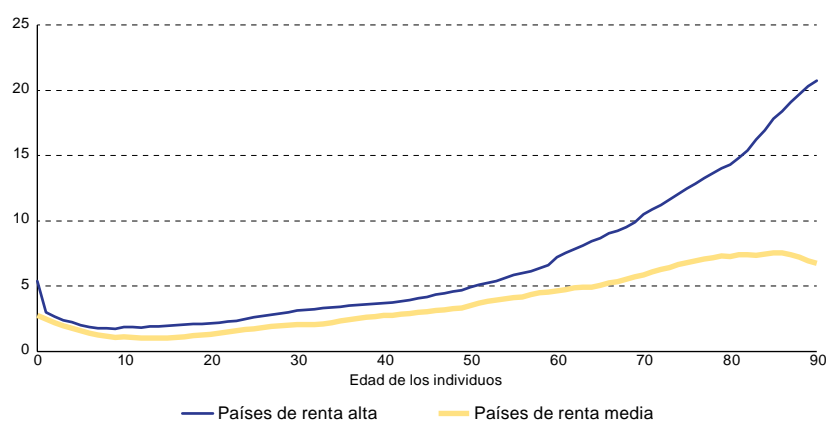
En el siglo pasado, las cuentas nacionales fueron muy importantes en las actividades de desarrollo económico, ya que sirvieron de base para adoptar medidas pertinentes a las políticas de la actividad económica internacional, normalizar la metodología a fin de facilitar las comparaciones entre países y definir rigurosamente estadísticas económicas idóneas para informar los debates de política pública, proporcionando el fundamento científico para evaluar diferentes teorías económicas y políticas. En este siglo, se espera que las Cuentas Nacionales de Transferencia (CNT) también sean cruciales en los esfuerzos de desarrollo económico (Miller y Saad, 2012). Ellas proveen una evaluación completa y coherente de las relaciones económicas entre grupos de población (definidos por edad, sexo y estrato socioeconómico) en el marco de la economía nacional, de la misma manera que las cuentas nacionales miden las relaciones económicas entre sectores (hogares, producción y gobierno). Al medir las relaciones económicas entre grupos de una economía (entre hombres y mujeres, ricos y pobres, jóvenes y personas de edad), las CNT permiten transformar las cuentas nacionales en un instrumento de política que aborde la desigualdad, el envejecimiento de la población y otros desafíos de este siglo, lo que es de vital importancia no solo en la región, sino en todo el mundo.

Como parte de este esfuerzo internacional de recolección de datos, se ha reunido información sobre el promedio de los gastos anuales en salud por edad en 22 economías que participan en el proyecto mundial de Cuentas Nacionales de Transferencias⁶. Los resultados se presentan en el gráfico V.14. El gasto se ha normalizado para las distintas monedas, expresándolo en relación con el PIB por persona en edad de trabajar. Para facilitar la interpretación de esta estadística, conviene tener en cuenta que en la mayoría de las economías el PIB por persona en edad de trabajar equivale aproximadamente al promedio salarial. Así, el gasto en salud puede imaginarse como

⁶ Se incluyen países de renta alta y media. En el grupo de países de renta alta están Alemania, Austria, Eslovenia, España, los Estados Unidos, Francia, el Japón, la República de Corea y Suecia. En el grupo de países de renta media figuran el Brasil, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Filipinas, la India, Indonesia, Jamaica, México, el Perú, Tailandia y el Uruguay.

un porcentaje del salario medio anual. Por ejemplo, un gasto equivalente al 5% del PIB por persona en edad de trabajar se puede considerar también equivalente al 5% del salario medio anual. En las economías de renta alta, corresponde al porcentaje que se gasta por cada niño anualmente (véase el gráfico V.14). En estas economías, el gasto en salud se reduce después de la infancia, llega a su punto más bajo durante los años de la adolescencia y luego vuelve a aumentar hasta alcanzar el máximo en la etapa de edad más avanzada. Esta tendencia del gasto en salud a incrementarse con la edad de las personas es un patrón que comparten las economías de renta alta y las de renta media. En términos comparativos, en las primeras se gasta una proporción mayor del ingreso en la atención de la salud de todos los grupos de edad, pero en particular de los adultos mayores. Parece lógico suponer que a medida que aumente el ingreso —y los países actualmente de renta media se acerquen al nivel de los de renta alta— variará en forma similar la proporción del gasto que ellos destinan al cuidado de la salud. Esta es la hipótesis en que se apoya este modelo de proyección.

Gráfico V.14
Gasto en salud anual per cápita en países de renta alta y de renta media, por edad^a
 (En porcentajes del PIB por persona en edad laboral)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, información de la base de datos del proyecto mundial de Cuentas Nacionales de Transferencia.

^a En el grupo de países de renta alta se incluyen Alemania, Austria, Eslovenia, España, los Estados Unidos, Francia, el Japón, la República de Corea y Suecia. En el grupo de países de renta media se incluyen el Brasil, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Filipinas, la India, Indonesia, Jamaica, México, el Perú, Tailandia y el Uruguay.

Con el fin de analizar la evolución probable del gasto en salud, se revisa el impacto de dos tendencias combinadas que la mayoría de los países de la región experimentarán en los próximos decenios: envejecimiento de la población y crecimiento económico rápido. Se utilizó un modelo simple que consta de dos componentes para realizar el pronóstico de gastos en salud. El primer componente es de orden demográfico: la población de cada grupo de edad desde 2010 hasta 2060. Esta información se obtuvo a partir de proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL y de datos del informe *World Population Prospects* de las Naciones Unidas, en el caso de los países que no son de la región. Este factor demográfico puede proyectarse con un alto grado de certeza. El segundo componente es el promedio de los gastos anuales en salud por edad. Puesto que está determinado por factores tecnológicos, económicos y de política, su proyección es mucho más incierta. Según el modelo, a medida que la economía de los países crece, aumenta el gasto en salud en todas las edades, pero especialmente en las más avanzadas⁷. La tendencia al aumento del gasto en salud en función del PIB per cápita se basa en el patrón transversal observado en 22 economías participantes en el proyecto mundial de Cuentas Nacionales de Transferencias, que en principio obedece a la variación del PIB per cápita.

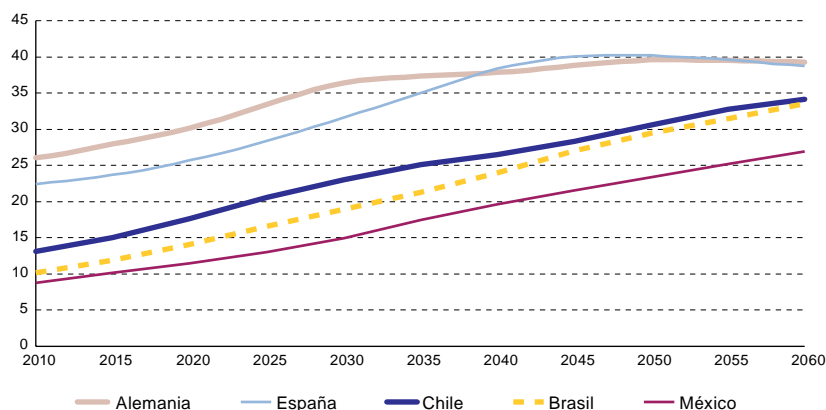
⁷ Para el modelo y la proyección de gastos en salud se emplea el método de Lee y Carter, según se indica a continuación: $\log(h(x,i)) = a(x) + k(i)*b(x) + f(x,i)$, donde $h(x,i)$ son los gastos anuales en salud en promedio a la edad x en el país i ; $a(x)$, $k(i)$ y $b(x)$ son los parámetros del modelo estimado mediante descomposición en valores singulares; $f(x,i)$ es el valor residual. En la proyección se supone que $k(i)$ varía con el PIB per cápita según la estimación de la regresión de $k(i) = c*d(i) + g(i)$, donde k es el parámetro estimado a partir de la descomposición en valores singulares y $d(i)$ es el PIB per cápita. Se supone que los residuos $f(x,i)$ y $g(i)$ desaparecen en el intervalo de la previsión de forma lineal (con ponderaciones que disminuyen desde 1,0 en 2010 hasta 0 en 2110). Es decir, se parte de la base de que los residuos solo contienen información útil para los primeros 100 años de la previsión. Véase Mason y Miller (2013) para obtener información más detallada del modelo.

2. Envejecimiento de la población, rapidez del crecimiento económico y aumento sostenido del gasto en salud

Es probable que las tendencias combinadas de envejecimiento de la población y rápido crecimiento económico de los países de América Latina y el Caribe en las próximas décadas transformen drásticamente la vida económica y social. Una de las principales repercusiones de esas transformaciones será el incremento rápido y sostenido del gasto de salud. En esta sección se examina este aspecto en tres países de la región, el Brasil, Chile y México. Su elección se debe a que se cuenta con previsiones de largo plazo sobre el PIB per cápita de estos países (publicadas por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)). En el análisis se incluye también a dos países europeos (Alemania y España), como referencia.

En el gráfico V.15 se muestra el impacto del envejecimiento de la población en los cinco países considerados, en el período comprendido entre 2010 y 2060. Se prevé que en los tres países latinoamericanos la población de edad avanzada (de 60 años y más) aumente rápidamente en los próximos decenios. En el año 2060, se estima que una de cada tres personas estará en ese rango de edad. En el Brasil, la proporción de adultos mayores se triplicará con creces, pasando del 10% del total de la población en 2010 al 33% en 2060. También se espera un cambio significativo en Chile (donde ese grupo de población aumentará del 13% en 2010 al 34% en 2060) y en México (donde pasará del 9% al 27% en el mismo período). La velocidad de esa evolución no tiene precedentes. Debido a la rápida disminución de la fecundidad en estos países, el envejecimiento de la población se produciría en mucho menos tiempo que el que requirió el mismo proceso en las naciones europeas. Dentro de 16 años, Chile tendrá una población tan envejecida como la actual población española, mientras que el Brasil llegará a ese nivel dentro de 25 años y México dentro de 30 años.

Gráfico V.15
América Latina y Europa (países seleccionados): proyección de la proporción de la población de 60 años y más respecto del total de la población, 2010-2060
 (En porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población: revisión 2012, y Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Nueva York, 2012.

Aunque esta transición es mucho más rápida en los países de América Latina que en los europeos, estos la iniciaron antes y se encuentran en una fase más avanzada. Como puede verse en el gráfico V.15, la tasa de envejecimiento de la población se desacelera en España y Alemania, de manera que el porcentaje de personas de edad avanzada se mantendría estable entre el 35% y el 40% del total. Se prevé que en el Brasil, Chile y México tendrá lugar esta misma tendencia y que la proporción de personas mayores se estabilizará entre el 35% y el 40% de la población total en las últimas décadas del siglo.

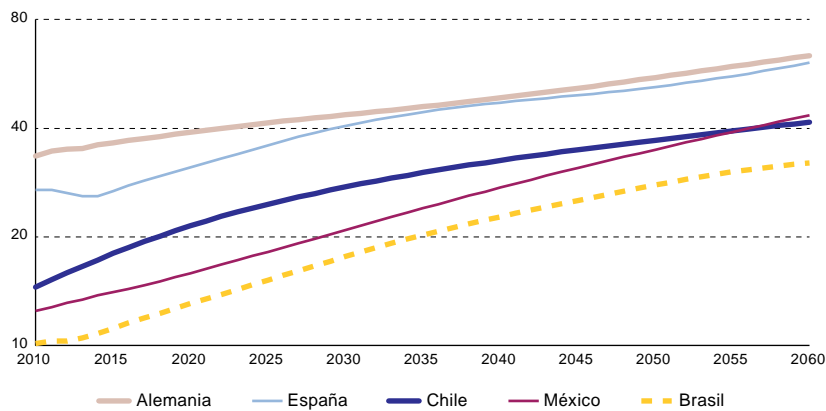
El hecho de que las personas de edad avanzada se conviertan en el grupo demográfico predominante es un fenómeno nuevo. Hasta ahora, solo el Japón y algunos países europeos han entrado en esa etapa demográfica, y recién en la última década. De no ocurrir inflexiones importantes hacia procesos de rejuvenecimiento de la

población, los países transitarán de manera generalizada hacia esa etapa de la evolución demográfica. Durante la mayor parte de la historia, los niños han sido la población más numerosa en todos los países y los menores de 20 años han sido siempre el grupo demográfico más amplio. Pero esta era de las sociedades “dominadas por los niños” empezó a quedar atrás a finales del siglo XX. Se sucedieron rápidos incrementos de la proporción de población en edad de trabajar, que al crecer a un ritmo mayor que la población dependiente dio lugar a lo que se denomina un bono demográfico. En adelante, las personas de edad avanzada empezarán a convertirse en el grupo demográfico predominante en la sociedad, hasta llegar a una situación en que dos de cada cinco personas serán adultos mayores.

El cambio demográfico descrito tendrá grandes repercusiones. Una de las principales consecuencias será que estas sociedades asignarán una parte sustancial de los ingresos a la atención en salud, que las personas mayores requieren mucho más que otros grupos de edad. Como se aprecia en el gráfico V.14, en las economías de renta alta una persona de 90 años consume en promedio seis veces más recursos destinados a atención sanitaria que una persona de 20 años. En los países de renta media, esta relación es de 3 a 1. Por lo tanto, si bien es seguro que con el envejecimiento de la población aumentará el gasto en salud, la magnitud de este efecto dependerá en gran medida del grado en que este gasto en los países de renta media se acerque al de los países de renta alta.

La segunda de las dos tendencias que transformarán la región en las próximas décadas tiene que ver con la probabilidad de un rápido crecimiento económico. En el gráfico V.16 se presentan proyecciones del PIB per cápita del Brasil, Chile y México. Los datos proceden de una reciente previsión de largo plazo realizada por la OCDE, en que figuraban estos tres países de América Latina y el Caribe junto con otros de distintas regiones. Los resultados se presentan en dólares constantes de 2005, de modo que las tendencias reflejarían cambios de poder adquisitivo real. Se ha recurrido a una representación gráfica en escala logarítmica del PIB per cápita, con el fin de destacar la convergencia de los niveles relativos en el tiempo. Se incluyen los datos de Alemania y España como referencia.

Gráfico V.16
América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del PIB per cápita, 2010-2060
(En miles de dólares constantes de 2005, en escala logarítmica)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), “Long-term baseline projections”, *Economic Outlook*, N° 93, junio de 2013 [en línea] http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EO93_LTB.

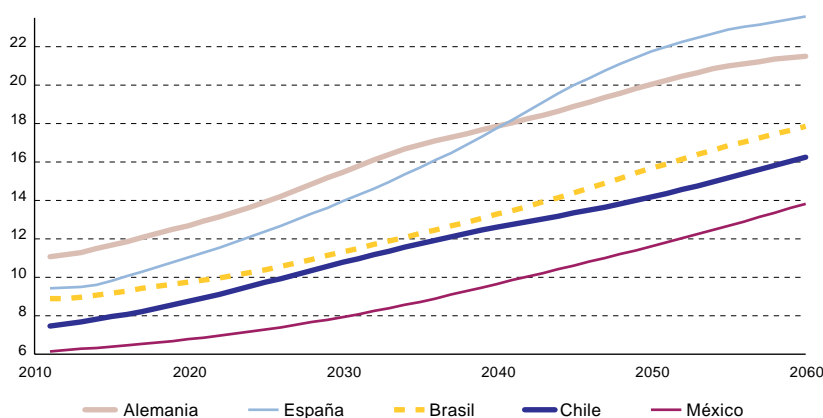
Se espera que estas economías latinoamericanas, al igual que otras de renta media, crezcan en las próximas décadas a un ritmo superior al de las economías de renta alta de la OCDE, lo que permitiría reducir en forma sustancial la brecha de ingresos. En la actualidad, la renta per cápita del Brasil es de alrededor de 10.000 dólares, aproximadamente un tercio de la que exhibe Alemania. Sin embargo, se espera que el crecimiento económico del Brasil sea más rápido que el de Alemania; como resultado de ello, según los pronósticos de la OCDE, en el año 2060 la renta per cápita brasileña equivaldrá a alrededor de la mitad de la alemana. Si, como se prevé, la renta media del Brasil se triplica en las próximas décadas, llegará al mismo promedio que alcanzan hoy los países miembros de la OCDE. Las previsiones apuntan a que también Chile y México seguirán un patrón de rápido crecimiento económico en las próximas décadas. Se espera que el PIB per cápita de Chile prácticamente se triplique y que el ritmo de expansión de la economía de México sea incluso superior.

Cabe esperar que este notable aumento de los ingresos vaya acompañado de un incremento considerable del gasto en salud, ya que estas economías de renta media avanzan en el sentido de alcanzar (y superar) el actual patrón del gasto en salud por edad de los países de renta alta. El análisis de los datos relativos al sector salud de los 22 países participantes en el proyecto mundial de Cuentas Nacionales de Transferencias indica que ante el aumento de los ingresos se produce un incremento proporcionalmente superior de los gastos en salud, en especial de los destinados a las personas de edad más avanzada. El hecho de que el gasto en salud orientado a los adultos mayores se incremente más cuando aumenta el ingreso per cápita reviste especial importancia, debido al significativo crecimiento que experimenta este grupo de la población.

El impacto sobre el gasto en salud de las dos tendencias combinadas de envejecimiento de la población y crecimiento económico se presenta en el gráfico V.17. A medida que la población envejece, los gastos en salud aumentan, ya que las personas mayores requieren más atención médica. Cuando la población progresa económicamente, los gastos en salud también crecen, ya que el incremento del PIB per cápita va acompañado por una expansión mayor, en términos proporcionales, del gasto en salud. El resultado más probable, si se mantienen estas tendencias combinadas en el Brasil, Chile y México, será un aumento sostenido y sin precedentes del gasto en salud, que —de acuerdo con el modelo de previsión utilizado en este análisis— podría alcanzar alrededor del 15% del PIB en estas economías en 2060. En el caso de estos países, este incremento equivaldría a duplicar la proporción que representa el sector salud respecto del total de la economía.

Gráfico V.17

América Latina y Europa (países seleccionados): proyección del gasto en salud como proporción del PIB, 2010-2060
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los resultados del modelo desarrollado según el método de C. Mason y T. Miller, "Projecting health care expenditures for all NTA countries using a Lee-Carter approach", *NTA Working Paper*, 2013.

Como resultado del rápido crecimiento previsto del sector salud, estos tres países de América Latina llegarán a superar el actual nivel de gasto en salud de Alemania, cercano al 11% del PIB, en pocas décadas, concretamente en 2030 en el caso del Brasil, 2033 en el de Chile y 2048 en el de México. Según el modelo utilizado, en algunos países europeos, como Alemania y España, también se registrará un importante crecimiento del sector salud (aunque a un ritmo más lento que en América Latina), en la medida en que estas sociedades sigan envejeciendo y prosperando económicamente. La convergencia demográfica y económica entre estos tres países latinoamericanos y los dos europeos (que se pone de relieve en los gráficos V.15 y V.16) se refleja también en una convergencia del gasto en salud como porcentaje del PIB (véase el gráfico V.17). En 2011, se observaba una considerable distancia entre el gasto en salud de Alemania y de México, ya que el del país latinoamericano (equivalente al 6,2% del PIB) era aproximadamente un 45% menor que el del europeo (equivalente al 11% del PIB). En el año 2060, esta brecha se habrá reducido, de manera que el gasto en salud de México (equivalente en ese momento al 13,8% del PIB) será un 35% menor que el de Alemania (donde se estima que representará un 21% del PIB).

Junto con este drástico incremento del tamaño del sector salud, también se producirán notables transformaciones en los tipos de servicios ofrecidos, de acuerdo con la evolución de la población atendida. Este sector no solo será mucho mayor, sino que cubrirá necesidades muy diferentes de aquellas a las que se orienta el sistema actual. Hoy, el gasto

en atención sanitaria destinada a las personas mayores concentra en Chile alrededor del 30% del gasto total en salud y se prevé que en el año 2060 esa proporción llegue al 62%; antes de esa fecha, en 2039, se destinará al cuidado de las personas mayores 1 de cada 2 pesos del gasto en salud de ese país. Se esperan evoluciones similares en el Brasil y México. Los cambios previstos en la composición por edad de la población a la que atenderá mayoritariamente el sector salud redundarán en una profunda transformación de los tipos de servicios que ofrecerá el sistema, pues aumentará con rapidez la demanda de servicios dirigidos a las personas con patologías crónicas, como enfermedades del corazón, diabetes y cáncer, y se incrementará también en forma considerable la demanda de cuidados de larga duración. Esto implicará una reestructuración radical de los sistemas de atención sanitaria en estos países.

Puesto que el proceso de envejecimiento de la población está más avanzado en los países europeos, aproximadamente la mitad del gasto del sector salud de esos países está destinado a las personas de edad avanzada (un 53% en Alemania y un 46% en España). Se prevé que las tendencias combinadas de continuo envejecimiento de la población y crecimiento del gasto orientado a las personas mayores a medida que aumenta la renta se traducirán en un predominio del gasto en salud asociado a este grupo etario: en el año 2060, en Alemania el 71% del gasto en salud se destinará a las personas mayores y en España, el 69%.

3. Consideraciones finales

Sobre la base de los análisis presentados en esta sección, acerca de las tendencias de envejecimiento de la población y crecimiento del PIB y su impacto combinado sobre los gastos en el cuidado de la salud, es posible plantear las siguientes conclusiones:

i) Aplicabilidad a otros países de la región

Este análisis se ha centrado en tres países de América Latina, el Brasil, Chile y México, debido a la disponibilidad de previsiones de largo plazo sobre el PIB per cápita de estas economías. Las poblaciones de estos países se encuentran entre las más envejecidas de América Latina. Sin embargo, es probable que el aumento rápido y sostenido de los gastos en salud previstos para estos tres países se produzca también en el resto de la región, debido a que todos los países de América Latina y el Caribe seguirán finalmente las tendencias combinadas de envejecimiento de la población y rápido crecimiento económico.

ii) Ampliación del papel del Estado

Los Estados ya soportan la mayor parte del financiamiento de la atención de salud de las personas mayores. Además, los gastos catastróficos asociados a muchas de las enfermedades crónicas y los enormes costos de los cuidados de largo plazo quedan fuera del alcance de la mayoría de las personas y familias. Por lo tanto, es probable que financiar los sistemas de salud se convierta en un problema crítico en América Latina y el Caribe y que requiera una atención urgente por parte de las autoridades. Según un estudio previo sobre el gasto fiscal en salud, pensiones y educación, para muchos gobiernos de la región el financiamiento del sector salud previsiblemente representará un reto mayor que costear las pensiones (Miller, Mason y Holz, 2009).

iii) Importancia de las estrategias de prevención

Las ilustrativas proyecciones presentadas confirman investigaciones anteriores (Miller, Mason y Holz, 2011; CELADE, 2010), según las cuales es probable que las repercusiones del envejecimiento de la población sean tan significativas en América Latina como en Europa. La magnitud del crecimiento de la atención de salud conduciría a una enorme transformación social, al convertirse esta área en un sector económico clave. En diversos estudios en que se han examinado estrategias de atención preventiva, como el presentado recientemente por la OCDE sobre la obesidad (OCDE, 2010), se llega a la conclusión de que la puesta en marcha de esas estrategias no redundaría en grandes ahorros en los servicios de cuidado de la salud. Si esa conclusión resulta cierta, es inevitable que se registre un gran crecimiento del sector en América Latina. La consecuencia es que los países se verán probablemente ante una disyuntiva: invertir en cuidado preventivo o pagar las consecuencias en términos de asistencia curativa y paliativa. Pero ambas opciones implican una expansión del sector del cuidado de la salud. Por consiguiente, la decisión de invertir en estrategias de atención preventiva de base amplia no debe tomarse pensando que permitirán reducir los costos, sino que pueden contribuir a mejorar la salud de los ciudadanos y de las economías.

Bibliografía

- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2010), "Proyección ilustrativa de los gastos de salud en América Latina y el Caribe en el período 2006-2040", *Población y salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos* (LC/L.3216(CEP.2010/3)), Santiago de Chile, Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, mayo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (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, noviembre.
- (2001), *Panorama Social de América Latina 2000-2001* (LC/G.2138-P), Santiago de Chile, octubre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.141.
- Johansson, Åsa y otros (2012), "Looking to 2060: long-term global growth prospects", *OECD Economic Policy Paper*, N° 3, París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
- Knaul, Felicia Marie y otros (2011) "Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries", *Salud Pública de México*, N° 53, suplemento 2, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Lee, Ronald y Andrew Mason (eds.) (2011), *Population Aging and the Generational Economy: a Global Perspective*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing.
- Mason, Carl y Tim Miller (2013), "Projecting health care expenditures for all NTA countries using a Lee-Carter approach", *NTA Working Paper*.
- Miller, Tim y Paulo Saad (2012), "Final technical report to IDRC on ageing and development: national transfer accounts in Latin America and the Caribbean", Santiago de Chile.
- Miller, Tim, Carl Mason y Mauricio Holz (2011), "The fiscal impact of demographic change in ten Latin American countries: projecting public expenditures in education, health, and pensions", *Population Aging: Is Latin America Ready?*, Daniel Cotlear (ed.), Washington, D.C., Banco Mundial.
- Murray, Christopher y otros (2003), "Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application", *Health Systems Performance Assessment*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), enero.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2013), "Long-term baseline projections", *Economic Outlook*, N° 93, junio [en línea] http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=EO93_LTB.
- (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, París.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2007), *Salud en las Américas, 2007*, Washington, D.C.
- Perticara, Marcela (2008), "Incidencia de los gastos de bolsillo en siete países latinoamericanos", *serie Políticas Sociales*, N° 141 (LC/L.2879-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.08.II.G.18.
- Xu, Ke (2005), "Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología", *Discussion Paper*, N° 2, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Xu, K., D. Evans y A. M. Aguilar Rivera (2005), "Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure", *WHO Technical Briefs for Policy-Makers*, N° 2, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).



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.

Véelas en: www.cepal.org/publicaciones
Publications may be accessed at: www.eclac.org

Contacto / Contact: publications@cepal.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.

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.

Informes periódicos institucionales / Annual reports

Todos disponibles para años anteriores / *Issues for previous years also available*

- *Balance Actualizado de América Latina y el Caribe 2012* - abril de 2013, 24 p.
- **Updated Economic Overview of Latin America and the Caribbean 2012 - April 2012, 24 p.**
- *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2012*, 84 p.
- **Preliminary Overview of the Economies of Latin America and the Caribbean 2012, 82 p.**
- *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2012*, 162 p.
- **Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2012, 154 p.**
- *Panorama de la Inserción Internacional de América Latina y el Caribe 2011-2012*, 126 p.
- **Latin America and the Caribbean in the World Economy 2011-2012, 116 p.**
- *Panorama Social de América Latina, 2012*, 252 p.
- **Social Panorama of Latin America, 2012, 238 p.**
- *La Inversión Extranjera Directa en América Latina y el Caribe 2011*, Documento informativo, 152 p.
- **Foreign Direct Investment in Latin America and the Caribbean 2011, Briefing paper, 142 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

- 118 *Sistemas de innovación en Centroamérica. Fortalecimiento a través de la integración regional*, Ramón Padilla Pérez (ed.), 2013, 222 p.
- 117 *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*, Sandra Huenchuan, 2013, 190 p.
- 117 Ageing, solidarity and social protection in Latin America and the Caribbean Time for progress towards equality, Sandra Huenchuan, 2013, 176 p.**
- 116 *Los fundamentos de la planificación del desarrollo en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados del ILPES (1962-1972)*, Ricardo Martner y Jorge Máttar (comps.), 2012, 196 p.

- 115 *The changing nature of Asian-Latin American economic relations*, German King, José Carlos Mattos, Nanno Mulder and Osvaldo Rosales (eds.), 2012, 196 p.
- 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 Rodríguez, 2012, 352 p.
- 112 *El desarrollo inclusivo en América Latina y el Caribe. Ensayos sobre políticas de convergencia productiva para la igualdad*, Ricardo Infante (ed.), 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 Giordiano, 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. (comps.), 2011, 322 p.

Copublicaciones recientes / Recent co-publications

- Decentralization and Reform In Latin America. Improving Intergovernmental Relations*, Giorgio Brosio and Juan P. Jiménez (eds.), ECLAC/Edward Elgar Publishing, United Kingdom, 2012.
- 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.

Coediciones recientes / Recent co-editions

- Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*, Paulo Saad, Tim Miller, Ciro Martínez y Mauricio Holz, CEPAL/OIJ/UNFPA, Chile, 2012.
- 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

Las publicaciones de las Naciones Unidas y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se pueden adquirir a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas
National Book Network
15200 NBN Way
Blue Ridge Summit, PA 17214
Estados Unidos

Tel. (1 888)254-4286
Fax (1-800)338-4550
Contacto: publications@un.org
Pedidos: order@un.org

Publications of the United Nations and the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) can be ordered through:

United Nations Publications
National Book Network
15200 NBN Way
Blue Ridge Summit, PA 17214
USA

*Tel. (1 888)254-4286
Fax (1-800)338-4550
Contact: publications@un.org
Orders: order@un.org*

www.un.org/publications



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ECLAC)



Publicación de las Naciones Unidas
S1300868 - Diciembre de 2013
ISSN versión impresa 1020-5152
Número de venta S.14.II.G.6
Copyright © Naciones Unidas 2013
Impreso en Santiago de Chile