



COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA:
GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

**Estudio comparativo de la
"economía del cuidado" en
Argentina, Brasil, Chile,
Colombia, México y Uruguay.**

Soledad Salvador

Red Internacional de Género y Comercio
Capítulo Latinoamericano



COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA: GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

Estudio comparativo de la “economía del cuidado” en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay.

Octubre 2007

Ec. Soledad Salvador (IGTN/CIEDUR)

PRESENTACIÓN

Los nuevos patrones de comercio internacional y las políticas comerciales ¿han contribuido a promover relaciones de género más equitativas en el ámbito público y privado? Con esta pregunta se abre el proyecto de investigación “*Comercio, género y equidad en América Latina: conocimiento para la acción política*” del Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio. El mismo se ha venido desarrollando desde 2006, con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá (IDRC).

En una primera fase de la investigación se realizó un abordaje de las relaciones de género en dos grandes áreas: el comercio internacional y el mercado de trabajo, por un lado y la economía del cuidado, por otro. En esta fase participaron equipos de investigación de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay.

Como síntesis de los informes elaborados a nivel de país, se realizaron dos estudios comparativos de los resultados. En este informe se presenta la información referida a la configuración de la economía del cuidado. El propósito es identificar los retos que aún persisten para que las políticas públicas (económicas y sociales) contribuyan a la equidad de género.

Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio

INDICE

1. Introducción	4
2. La economía del cuidado y su relevancia para la formulación de políticas	6
2.1. El concepto de economía del cuidado	6
2.2. La relevancia de la economía del cuidado para la formulación de políticas	7
2.3. Marco analítico para el estudio de la economía del cuidado	8
2.4. Tendencias recientes en América Latina	10
3. Estudio comparativo para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay	12
3.1. Economía del cuidado remunerada.....	12
a. Cuidado infantil (atención de niños de 0 a 5 años)	13
b. Enseñanza primaria	20
c. Servicios de salud para niños/as de 0 a 12 años.....	21
d. Prestaciones monetarias que contribuyen al cuidado de los/as hijos/as	24
e. Legislación para conciliar cuidado infantil y vida laboral	25
f. Cuidado de ancianos/as	28
g. Cuidado de personas con discapacidad.....	37
h. El cuidado del hogar	41
3.2. Economía del cuidado no remunerada.....	42
a. Responsables del cuidado	42
b. Distribución por sexo del trabajo no remunerado.....	43
c. Relación entre trabajo remunerado y no remunerado	44
d. Carga global de trabajo	44
4. Conclusiones	46
5. Referencias bibliográficas	50

1. Introducción

Las desigualdades de género se originan en la división sexual del trabajo que asigna a las mujeres a la esfera de la reproducción en el ámbito de lo privado y no remunerado y los hombres a la esfera de la producción en el ámbito de lo público y remunerado. Ello, históricamente, ha fundamentado la definición de identidades y de proyectos de vida diferenciados para ambos sexos y ha justificado la distribución asimétrica y desigual del poder y los recursos.

En los últimos años, desde la economía feminista, se ha puesto énfasis en el estudio de la llamada “economía del cuidado” que refiere al espacio donde la fuerza de trabajo es reproducida y mantenida, incluyendo todas aquellas actividades que involucran las tareas de cocina y limpieza, el mantenimiento general del hogar y el cuidado de los niños, los enfermos y las personas con discapacidad. Un componente importante de esa economía del cuidado está a cargo de las familias (en regímenes de bienestar de corte “familista” como los que imperan en América Latina) y, en su interior, son las mujeres las que históricamente se han encargado de desarrollar esas tareas en forma no remunerada. Ello se complementa con los servicios provistos por el sector público y privado que componen la economía del cuidado remunerada. Y, también, con los servicios que provee la comunidad y las ayudas informales entre hogares que forman parte de la economía remunerada y no remunerada.

La forma en que se organiza la provisión de cuidado en la sociedad tiene importantes consecuencias para la igualdad de género, ya sea porque se incrementen las capacidades y opciones de las mujeres y los hombres, o se perpetúe el confinamiento de las mujeres a las funciones tradicionales de cuidado. A su vez, el cuidado (remunerado y no remunerado) es fundamental tanto para el bienestar humano, como para el desarrollo económico y social. Es un componente central en el mantenimiento y desarrollo del tejido social, tanto para la formación de capacidades como para su reproducción. (Razavi, 2007)

La formulación de políticas públicas no debe ignorar sus impactos sobre la economía del cuidado. El Informe de Desarrollo Humano (1999) advierte acerca de los impactos que el proceso de globalización (y las políticas que los Estados implementan para profundizar ese proceso) está ejerciendo sobre la provisión de cuidado desde las familias, el mercado y el Estado. Su conclusión es que dicho proceso está tensionando a estos actores por diversas razones. Por un lado, porque la intensificación de las presiones competitivas tiende a transformar las formas de trabajo así como las modalidades de contratación. La precarización de las relaciones laborales, los bajos salarios, el desempleo y la informalidad reducen el acceso a servicios de cuidado de calidad. A su vez, se consolida el paradigma de “trabajador ideal” como aquel que se ocupa a tiempo completo e incluso trabaja horas extras, y destina muy poco tiempo a las tareas de mantenimiento físico del hogar y cuidado de las personas dependientes. Ello ha restringido el tiempo que disponen hombres y mujeres para proveer cuidado no remunerado, junto con una mayor participación laboral de las mujeres. Por otra parte, la calidad de los servicios que ofrece el sector privado también se ve comprometida por presiones competitivas, y la oferta de servicios públicos es tensionada por las presiones fiscales.

El déficit en la provisión de cuidado afecta la acumulación de capital social (Staveren, 2000), lo cual impacta en el propio funcionamiento del sistema económico y tendría consecuencias para el aprovechamiento de las oportunidades de crecimiento y desarrollo.

En particular, la Red Internacional de Género y Comercio está preocupada por los efectos tanto de las políticas comerciales como del conjunto de estrategias que se desarrollan en el marco de procesos de liberalización comercial que tienen efectos directos o indirectos en la economía del cuidado (remunerada y no remunerada) y, en consecuencia, en las opciones de vida que afectan el bienestar de hombres y mujeres.

En el presente trabajo se recogen las principales características de la economía del cuidado en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. El propósito es indagar acerca de la oferta de servicios de cuidado y sus cambios durante los años noventa, las normas que regulan el acceso a esos servicios y aquellas que ayudarían a conciliar la vida familiar y laboral. También se presenta la información que hay disponible sobre la distribución de roles al interior del hogar y las ayudas informales que se realizan entre hogares o desde la comunidad para resolver las necesidades de cuidado.

El estudio de la configuración de la economía del cuidado busca contribuir al diseño de políticas conscientes de las diferencias de género y orientadas a reducir o eliminar dichas desigualdades.

2. La economía del cuidado y su relevancia para la formulación de políticas

2.1. El concepto de economía del cuidado

La economía del cuidado [*care economy*] se define como el trabajo realizado, primordialmente en la esfera doméstica, para el cuidado de las personas que se complementa con trabajo asalariado en el hogar, trabajo asalariado en los servicios públicos y privados y trabajo social voluntario. Existe, por lo tanto, una esfera de esa economía del cuidado que es remunerada y otra que es no remunerada. El trabajo no remunerado desarrollado en el ámbito familiar es el núcleo de ese proceso de reproducción social sobre el cual recae la responsabilidad final de armonizar las demás formas de trabajo y/o absorber sus insuficiencias” (Picchio, 1999).

La economía del cuidado es esencial para el desarrollo y mantenimiento de la salud y las capacidades de la fuerza de trabajo, pero también en el desarrollo y mantenimiento del tejido social: el sentido de comunidad; de responsabilidad cívica; las reglas, las normas y los valores que mantienen la confianza, la buena voluntad y el orden social.

Estas actividades, en general, se consideran como dadas y no se introducen en la discusión de política económica. Pero la riqueza de un país consiste no solo en los bienes y servicios producidos por el sector privado y el sector público, sino también en lo que la economía del cuidado provee que son las capacidades humanas y la cohesión social.

Elson (1999) plantea que, a su vez, cuando se pone atención en las actividades de cuidado se piensan como funciones sociales más que actividades económicas. Pero son económicas en el sentido que requieren el uso de recursos escasos, y porque proveen insumos vitales para los sectores económicos incluyendo al sector público y al sector privado.

Esas actividades son, a su vez, genéricas ya que son vistas como una responsabilidad específica de las mujeres. Por eso, afirma Sen (1995) que fueron las mujeres quienes notaron la ausencia de la economía del cuidado cuando empezaron a poner el foco en el análisis económico.

Para los enfoques económicos tradicionales el hogar es sólo una unidad de consumo, pero no es considerado como un productor de insumos y recursos valorables para el funcionamiento del sistema económico. El modelo del flujo circular del ingreso nacional ignora el trabajo doméstico y el trabajo voluntario en la comunidad. (Elson, 1999)

La economía feminista¹ propone una modificación del foco central del análisis económico, pasando del intercambio y la elección [*choice*] a la provisión [*provisioning*], esto es, a los bienes y procesos necesarios para la supervivencia humana. Cuando este elemento (la supervivencia humana) se transforma en el corazón del análisis económico, los servicios inmateriales como el cuidado de los niños y niñas, el cuidado de la salud y la preocupación por la transmisión de las habilidades (educación), se vuelven tan centrales como la

¹ La economía feminista es una corriente de pensamiento económico heterodoxo que ha hecho énfasis en la necesidad de incorporar las relaciones de género, como una variable relevante en la explicación del funcionamiento de la economía y de la diferente posición de los hombres y las mujeres como agentes económicos y sujetos de las políticas económicas. Para un trabajo fundante de esta corriente de pensamiento ver Ferber y Nelson (1993) y su actualización, Ferber y Nelson (2003). También consultar www.iaffe.org. (Rodríguez, 2005)

alimentación y la vivienda. En Elson (1999) y Himmelweit (2002) se proponen los modelos alternativos con perspectiva de género del flujo circular del ingreso nacional, introduciendo el sector de la economía del cuidado no remunerada en interrelación con el sector público y el sector privado de la economía.

2.2. La relevancia de la economía del cuidado para la formulación de políticas

Ignorar las implicaciones de la macroeconomía en la economía del cuidado no remunerada, significa asumir que la capacidad de las mujeres de desarrollar trabajo adicional es infinitamente elástica (o sea, disponen de tiempo ilimitado), posible de extenderse para compensar cualquier escasez en los ingresos y recursos requeridos para la producción y manutención de los recursos humanos. Sin embargo, la capacidad de las mujeres no es infinitamente elástica y puede alcanzarse un punto de quiebre. Podría simplemente no disponerse de suficiente tiempo femenino para mantener la calidad y cantidad de recursos humanos en su nivel actual. Ello podría no tener un impacto inmediato en el nivel y composición del producto bruto nacional, pero en el largo plazo, el deterioro de la salud, la nutrición y la educación tendrían impactos adversos en el nivel del producto (Elson, 2002).

Aún cuando la economía del cuidado no remunerada pueda disponer de suficientes recursos para responder a las demandas de los demás sectores, si sufre de una sobrecarga de trabajo habrán efectos de retroalimentación (*feedback*) negativos que reducirán la productividad e incrementarán los costos del sector productivo y los servicios públicos, por el inadecuado mantenimiento de los recursos humanos y del entorno social. Más bien, es necesario invertir en la economía del cuidado para incrementar las capacidades. Esa inversión se realiza a través de la provisión de servicios públicos y de empleos de calidad.

Por lo tanto, hay dos razones importantes para considerar la economía del cuidado no remunerada en el análisis macroeconómico:

1. los insumos de trabajo no remunerado y los productos del cuidado son esenciales para el bienestar humano. Demasiado trabajo impago y la escasez de cuidado ponen en peligro la posibilidad de vivir una vida digna.
2. aunque la economía de cuidado no remunerada esté por fuera de las fronteras de la producción (definida por el Sistema de Cuentas Nacionales), sus implicancias afectan la esfera productiva. Por un lado, porque genera impactos sobre la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo que se ofrece. Por otro, porque habrían impactos sobre la cantidad y calidad de la demanda de bienes y servicios. A su vez, si se afecta la estabilidad del tejido social, se impacta en el ambiente donde tanto el mercado como el Estado se desarrollan.

Para ello, desde la investigación, se busca desarrollar marcos conceptuales sensibles al género y estadísticas económicas nacionales que puedan revelar encadenamientos e interacciones entre las relaciones de género y los resultados macroeconómicos. En *World Development* (1995 y 2000)² se presentan distintos análisis que consideran la economía del cuidado no

² El estudio de los temas macroeconómicos con una perspectiva de género se está desarrollando ampliamente a través del *International Working Group on Gender and Macroeconomics* que congrega a hombres y mujeres economistas de todas partes del mundo. Estos realizan un esfuerzo conjunto de repensar varias dimensiones del análisis macroeconómico desde una perspectiva que tenga en consideración la desigualdad de género y la provisión no remunerada de cuidado en los hogares y la comunidad. El primer resultado de esa investigación se publicó como una edición especial de *World Development* en 1995. Ese volumen se focalizaba en "Gender,

remunerada. También, en Rodríguez (2005) se realiza un planteo sobre las posibles interrelaciones entre política económica y economía del cuidado.

El énfasis comúnmente se pone en formular políticas sectoriales (dentro de las políticas sociales) para ayudar a aquellos que fueron adversamente afectados por las políticas macroeconómicas, pero no se reconsidera el diseño de las políticas macroeconómicas y la organización del proceso de formulación de la política para incluir las cuestiones sociales y de política social más relevantes. Ello significa partir de la premisa de que todas las políticas macroeconómicas se implementan en un determinado contexto de relaciones distributivas y estructuras institucionales; y que todas las políticas macroeconómicas conllevan una variedad de resultados sociales que deben explicitarse. (Elson y Cagatay, 2000)

En términos de la formulación de políticas, se busca internalizar la idea de la transversalización (*mainstreaming*) de las políticas. Para la política comercial, por ejemplo, Cagatay (2001) plantea que no sólo hay que considerar su “impacto social” (en términos de oportunidades de empleo e ingresos) sino también el “contenido social” de la política, en el sentido que se aplica en un contexto de relaciones distributivas entre clases, géneros y otras categorías de diferenciación social que determinan sus resultados. Las relaciones de distribución afectan los resultados de las políticas y, a su vez, las políticas influyen sobre las relaciones distributivas. Por ello plantea que el éxito de las políticas comerciales no debe evaluarse en función de criterios de mercado estrictamente (o sea, en términos de la maximización del flujo de bienes y servicios que generaría determinada política comercial), sino que es necesario evaluar si las mismas sirven para promover resultados sociales deseables, tales como igualdad, inclusión social, alivio de la pobreza, desarrollo de las capacidades humanas, entre otras. Por ejemplo, el sesgo de género del cuidado, el hecho de que la mujer sea la principal responsable por esas tareas, determina una desigual participación de hombres y mujeres en las ganancias o resultados de las políticas económicas (incluyendo las comerciales o de liberalización financiera) por sus diferentes oportunidades de acceso a los recursos.

Para avanzar en la formulación de políticas más equitativas es necesario profundizar el análisis sobre la conexión que existe entre las esferas de la producción y la reproducción, a través de un análisis institucional y de relaciones sociales, identificar las desigualdades de género en esas instituciones y relaciones, y explorar sus implicaciones para la política macroeconómica.

2.3. Marco analítico para el estudio de la economía del cuidado

El estudio de la economía del cuidado implica conocer la distribución de roles y responsabilidades de cuidado entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad. Para ello se puede partir del “diamante del bienestar” de Evens, Pilj y Ungerson (1994) (citado en Aguirre, 2005).

El trabajo de cuidado requiere de “tiempo, dinero y/o servicios”. En base al diamante se debería analizar la infraestructura del cuidado (servicios, transferencias de dinero, bienes y tiempo) prestada por las distintas esferas. De esa forma, se podría evaluar en qué medida la

Adjustment and Macroeconomics". En el año 2000, se editó un segundo volumen con el tema "*Gender, Macroeconomics and Globalization*".

distribución de la carga de trabajo, responsabilidad y costo es más o menos beneficiosa para los intereses de la equidad social y de género.

EL DIAMANTE DEL BIENESTAR



FUENTE: EL DIAMANTE DEL BIENESTAR. DE: EVENS, PILJ Y UNGERSON (1994)

El Estado es un actor relevante en la distribución de roles y responsabilidades de cuidado. El rol que asuma el Estado como proveedor de cuidado determinará la carga de cuidado que se delega a la familia, el voluntariado y/o el mercado. Ello determina, a su vez, al régimen de bienestar que se desarrolla en cada país.

Las analistas feministas de los regímenes de bienestar (fundamentalmente Sarraceno, 1995 y Sainsbury, 2000 citados en Aguirre, 2005) preocupadas por la carga que se delega a la familia ponen el acento en dos modelos típicos: el familista o desfamiliarizador. En el régimen familista la responsabilidad principal del bienestar corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. Las intervenciones públicas tienen un carácter subsidiario. Cuando las mujeres trabajan en forma remunerada desarrollan distintas estrategias para articular trabajo y familia. En el régimen desfamiliarizador hay una derivación del cuidado hacia las instituciones públicas y hacia el mercado. Ello depende del peso que tengan los servicios del Estado y de la extensión de los servicios de mercado y el involucramiento de las familias y las redes informales.

A su vez, el grado de autonomía de las familias y las personas se garantiza en función del nivel de desfamiliarización y desmercantilización del régimen (Sojo, 2005). La desmercantilización está asociada al grado en que el Estado garantiza los derechos económicos y sociales a las personas por fuera de los mecanismos del mercado (trabajo remunerado y acceso a servicios del sector privado).

En América Latina predomina el régimen “familista” con el sesgo del “hombre proveedor” donde la familia es protectora y responsable última del bienestar de sus miembros. El régimen supone que asegurado el ingreso a través del varón, la familia puede hacerse cargo de la mayoría de las funciones relacionadas con el bienestar. (Sunkel, 2006)

Rodríguez (2005) plantea que aún en los países donde se ha logrado un significativo nivel de desarrollo de los Estados, se han construido configuraciones con moderado nivel de des-

mercantilización y casi ningún grado de des-familiarización. Dentro de la familia se mantiene una distribución muy tradicional en términos de género. También la provisión pública o mercantil de servicios de cuidado perpetúa las diferencias de género, debido a una alta concentración de empleo femenino, con bajas remuneraciones y reducido reconocimiento social de sus tareas.

2.4. Tendencias recientes en América Latina

En las últimas décadas se han experimentado cambios en términos demográficos, en las estructuras familiares, en la participación laboral de las mujeres y en la acción de los Estados.

Los cambios demográficos, dan cuenta de un aumento en la proporción de las personas mayores de 65 años en la población total, fenómeno mundial debido a la baja natalidad y al aumento de la esperanza de vida. Se evidencia, en ese sentido, un “envejecimiento dentro del envejecimiento” que refiere al aumento de las personas mayores de 75 o de 80 años dentro de la población adulta mayor. Ello está siendo objeto de preocupación de las políticas públicas y del sector privado por el incremento de los gastos sanitarios y asistenciales y el creciente peso de los inactivos en el sistema de seguridad social. Pero también genera una mayor presión sobre las familias como prestadora de servicios, a lo cual las políticas le prestan una menor atención. (Aguirre, 2005)

Por otra parte, el aumento en la participación laboral de las mujeres ha llevado a transformar el clásico modelo de hombre proveedor y mujer cuidadora. Se registra un aumento de hogares biparentales donde ambos padres trabajan y se incrementan los hogares monoparentales que a su vez están a cargo de una mujer que trabaja. Ello junto con un cambio en el patrón de inserción: aumento en el número de horas que las mujeres dedican al trabajo remunerado, continuidad de sus trayectorias laborales y aumento en el número de años de vida laboral, ha modificado los patrones habituales de funcionamiento de los hogares latinoamericanos. (Arriagada, 2002). Como, a su vez, las familias atraviesan trayectorias muy diversas: pareja sin hijos, familia mono o biparental, unión libre y otras, difieren las necesidades de cuidado de los hogares. (CEPAL, 2007 citado en Sojo 2007)

Existe una tendencia a la reducción del tamaño promedio de las familias por la caída en la tasa de fecundidad. Ello se diferencia según el nivel socioeconómico del hogar y se asocia también con la participación femenina en el mercado de trabajo. En los sectores sociales con más educación y mayores ingresos se están difundiendo patrones de conducta sexual, nupcial y reproductiva ampliamente extendidos en los países desarrollados (uniones más tardías, postergación de la maternidad y distanciamiento entre los hijos). Mientras que en sectores de menores ingresos la realidad es la opuesta, a la cual se agrega el fenómeno de la fecundidad adolescente. Este es un fenómeno más difundido en Chile, Panamá, Argentina y Uruguay. La dificultad en estos casos es que al no ser un problema cubierto por los programas de protección social son las familias de los adolescentes, las que deben asumir “parte importante de la responsabilidad de la crianza así como el apoyo a sus hijos para evitar que la maternidad/paternidad temprana trunque sus proyectos de vida” (Rodríguez, 2005: 42 citado en Sunkel, 2006).

A pesar de las profundas transformaciones que han sufrido las familias en las últimas décadas y el cambio en el rol de las mujeres, la familia se mantiene como un pilar clave en el régimen de bienestar. Se mantiene la orientación “familista” que no libera a la mujer de las

responsabilidades familiares y en el sistema de protección social persiste el modelo tradicional de hombre proveedor-mujer cuidadora (Sunkel, 2006). Por lo tanto, se puede afirmar que en términos generales el aumento de la demanda de cuidado que se podría estar experimentando por el envejecimiento de la población, hogares monoparentales, fecundidad adolescente, estaría recayendo en las mismas mujeres que, a su vez, han incrementado su participación en el mundo laboral.

Por otra parte, los cambios en el sistema de seguridad social y en la provisión de servicios por parte del Estado tendieron a transferir más riesgos a la esfera individual (Pautassi, 2004). A diferencia del régimen de bienestar que predomina en América Latina hasta los años ochenta donde el Estado tenía un rol protagónico en la provisión de servicios sociales, en el paradigma que emerge en la década del noventa el Estado pierde ese protagonismo mientras el mercado se constituye en un pilar central de la tríada (Estado-mercado-familia). A su vez, el desplazamiento hacia las familias de provisiones que antiguamente proveía el Estado, la constituye en el otro pilar central de la tríada.

En tanto el régimen no absorbe el peso de la protección familiar liberando a la mujer de las responsabilidades familiares y promoviendo su participación en el mercado del trabajo. La masiva incorporación de la mujer al mercado del trabajo se ha producido sin que el Estado haya generado las condiciones para el desarrollo de este proceso (Sunkel, 2006). En ese sentido, se evidencian diferencias importantes en las formas de inserción (cíclica o estructural). Las mujeres que se incorporan estructuralmente al mercado de trabajo son aquellas que presentan un mejor nivel de formación y probablemente poseen recursos económicos y/o estrategias familiares para responder a sus necesidades de cuidado. Mientras hay un grupo de mujeres que se incorporan en forma cíclica, porque están menos preparadas, las oportunidades laborales que se le ofrecen son de mala calidad y los ingresos son bajos.

Marinakakis (1999) en un estudio para los países del Cono Sur, afirma que entre las razones que se aducen para que las mujeres de bajos ingresos tengan una menor participación en el mercado laboral, están además de las cuestiones culturales, el número de hijos, las dificultades para su cuidado, y los niveles de ingreso a los cuales pueden aspirar a partir de sus niveles de educación, la insuficiente provisión de servicios públicos para el cuidado de niños (guarderías, jardines y escuelas), así como la falta de coincidencia de sus horarios con los horarios de trabajo de tiempo completo. Por lo tanto, en estos países si bien el número de hogares con jefe y cónyuge ocupados ha aumentado, el aumento en el primer cuartil de ingresos ha sido inferior al aumento medio.

Por lo tanto, la desatención que se ha prestado desde la política pública a la esfera del cuidado ha generado una mayor carga familiar (en particular en las mujeres con doble o triple jornada de trabajo) y sigue limitando las posibilidades de progreso social de las mujeres de menores recursos. En ese sentido, Aguirre (2005) plantea que a pesar de las nuevas necesidades éstas no logran constituirse en derechos generando nuevos campos de actuación para la política pública. Debería plantearse en nuevos términos la pregunta sobre las obligaciones y los derechos al cuidado de los integrantes de las familias y respecto a las responsabilidades estatales en este campo. A su vez, la autora plantea que se debe “desprivatizar” el tema para que la cuestión relativa a quién se hace cargo de las personas dependientes forme parte del análisis académico y político sobre la reorganización de los sistemas de protección social, la reforma de los sistemas de salud y el desarrollo de los servicios sociales.

3. Estudio comparativo para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay

3.1. Economía del cuidado remunerada

La economía del cuidado remunerada incluye la diversa gama de servicios de cuidado que se ofrecen desde el sector público y el sector privado a los hogares y las familias. En particular, la investigación consideró los servicios de salud y educación, la atención de niños, ancianos y enfermos (guarderías, casas de salud, etc.) y los servicios relativos al mantenimiento del hogar (limpieza y alimentación). En cada caso se buscó conocer la disponibilidad y el acceso a esos servicios, así como la legislación que permite conciliar la vida laboral y familiar.

Se consideran tres grandes grupos de población que requieren atención especial: los niños y niñas de hasta 12 años, los/as ancianos/as y las personas con discapacidad. Se identificó la oferta y la cobertura de los servicios para cada grupo de población y las diferencias de acceso según estrato socioeconómico, nivel de actividad de los integrantes del hogar y área geográfica.

La premisa es que durante la década de los noventa se verifica en los países bajo estudio (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay) un incremento significativo en la participación laboral de las mujeres. Ello se dió en un contexto de transformación de las relaciones laborales (desmontando el sistema de seguridad social vinculado al empleo) y de reformas (o privatizaciones) de los servicios de cuidado, básicamente salud, educación y seguridad social.

A su vez, la legislación que buscaría compatibilizar la vida familiar y laboral históricamente ha centrado su atención en las mujeres trabajadoras como madres, dando por descontado que el hombre cuenta con una mujer que se hace cargo de sus hijos/as. A su vez, se mantiene una estrecha concentración de dicha legislación en el período de gestación, alumbramiento y lactancia, y no se integra una preocupación más amplia por el adecuado desarrollo del ciclo de vida familiar.

Con el estudio se buscaba encontrar si las políticas públicas han acompañado la mayor inserción laboral de las mujeres en la década de los noventa, proporcionando servicios de cuidado u otras alternativas que permitan conciliar la vida laboral y familiar. También, analizar si el sector privado está desarrollando estos servicios de cuidado, sus características y condiciones de acceso.

La información se presenta en función de los grupos receptores de cuidado (cuidado de niños/as, ancianos/as y personas con discapacidad) y los servicios que contribuyen con el cuidado del hogar. A su interior se desagrega la información según tipo de servicio (salud, educación, seguridad social).

a. Cuidado infantil (atención de niños de 0 a 5 años)

a.1 Legislación relativa al cuidado infantil

En general, no está difundida la obligación de las empresas de ocuparse del cuidado de los/as hijos/as de sus trabajadores. En Argentina, Brasil y Chile existe legislación que obligaría a las empresas a instalar salas cuna en caso de superar cierto número de trabajadoras. En el caso de Argentina esa legislación no se aplica porque nunca fue reglamentada. En Chile, se evidenció que al estar dirigida la misma a las mujeres, funcionó como factor de discriminación. Las empresas burlan la ley contratando mujeres hasta un límite que no signifique el cumplimiento de la normativa. En los últimos años, se han introducido algunas mejoras al englobar al conjunto de empresas de un mismo dueño del capital o abarcar a los grandes centros comerciales.

PAISES	Legislación sobre salas cuna o guarderías financiadas por las empresas:
Argentina	Existen 2 leyes anteriores a 1973, pero nunca fueron reglamentadas: <ul style="list-style-type: none"> ♦ Ley para instalar salas maternas y guarderías en los lugares de trabajo con más de 50 trabajadoras mayores de 18 años. ♦ Ley para la instalación de jardines maternos zonales.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se obliga la instalación de salas cuna en establecimientos donde trabajan por lo menos 30 mujeres con más de 16 años de edad (para el período de amamantamiento). Puede suplirse por el pago a la madre de un reembolso para contratar un lugar donde le cuiden al niño/a hasta los 6 meses de nacido/a.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Los empleadores con más de 20 trabajadoras tienen la obligación de proporcionar guarderías para niños/as de hasta 2 años. ♦ En 1998 se incluyen a todos los establecimientos de una misma empresa y en el año 2002, los centros comerciales, industriales y empresariales con una misma personalidad jurídica.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe la posibilidad de cofinanciar (con el apoyo del gobierno) <i>hogares empresariales</i> para hijos/as de empleados/as de hasta 6 años de edad.
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrece servicio de guarderías a hijos/as de mujeres trabajadoras (desde los 43 días a los 4 años de edad); o de trabajadores viudos o divorciados que conserven la custodia de los hijos, y en tanto no contraigan nuevamente matrimonio o se unan en concubinato. Son financiadas exclusivamente con cuotas patronales.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ No existe legislación al respecto.

Respecto a la provisión pública de servicios de cuidado infantil, sólo en Brasil y México existe legislación que determina la responsabilidad del Estado en la provisión de estos servicios³. Ello no es suficiente ya que la cobertura no es elevada. En el caso de México la provisión de estos servicios forma parte de las prestaciones del sistema de seguridad social, por lo cual para recibir el beneficio se debe pertenecer a dichas instituciones (o sea, ser trabajadores formales). A su vez, la prestación es explícitamente para las mujeres ya que sólo se les otorga a los hombres en caso de poseer la custodia de sus hijos/as y mientras no vuelvan a contraer pareja (esposa o concubina). Sólo un 34% de las mujeres ocupadas tienen acceso a esquemas de seguridad social que incluyen el servicio de guarderías. A su vez, el número de guarderías es insuficiente en relación a la demanda (en el año 2002 cubría un 7,9% de la

³ En Brasil, la Constitución de 1988 reconoce la educación inicial como una extensión del derecho universal a la educación para los niños de 0 a 6 años, y un derecho de los hombres y mujeres trabajadores a tener a sus hijos pequeños cuidado y educados en guarderías y nivel preescolar. Ello está incluido tanto en el capítulo sobre educación como en los derechos de asistencia. (Guedes, 2007) En México, la Ley Federal del Trabajo determina las prestaciones que los empleadores –incluyendo las empresas públicas y dependencias del gobierno– deben proporcionar a sus trabajadores/as a través del sistema de seguridad social donde se incluye el servicio de guarderías.

demanda potencial), y varias aducen no hacer uso del mismo por falta de confianza en la calidad del servicio.

En Argentina, Colombia y Uruguay se avanzó en los años noventa hacia la obligatoriedad de la enseñanza para el nivel de 5 años, con lo cual el Estado se ve obligado a ofrecer servicios a esa franja de la población. En Uruguay se busca universalizar también la asistencia de los/as niños/as de 4 años y en Colombia para los dos niveles previos. El objetivo en estos casos no ha sido resolver un problema de cuidado sino mejorar los niveles curriculares principalmente de los/as niños/as de menores recursos. En Chile, los menores de 6 años no están obligados a asistir a un centro educacional, por lo cual la oferta del Estado es voluntaria.

En México, según la Ley de Educación de 2002 debería entrar en vigencia en agosto de 2008 la obligatoriedad de cursar tres años de educación preescolar para niñas/os de 3 a 5 años. Sin embargo, la Secretaría de Educación Pública (SEP) reconoce que no podrá cumplir con esta medida ya que no cuenta con los requerimientos en términos de establecimientos y número de maestros. Ello ya se evidenció entre 2003 y 2006 cuando más de un millón de niñas y niños de 4 a 5 años quedaron en la categoría de “rezago temprano” por no poder cursar el segundo y tercer grado de preescolar a la edad que establece la SEP.

PAISES	Legislación para la provisión pública de servicios de cuidado infantil:
Argentina	♦ Desde 1994, el nivel preescolar de 5 años pasa a ser de asistencia obligatoria.
Brasil	♦ En la Constitución de 1988 se reconoce el derecho a la educación infantil (para niños/as de 0 a 6 años) y el derecho de hombres y mujeres trabajadores/as a que sus hijos/as pequeños sean cuidados y educados en guarderías y pre-escuelas.
Chile	♦ No existe obligación de asistir a establecimiento educacional para menores de 6 años.
Colombia	♦ El último nivel del preescolar (Transición) es obligatorio. Existe el compromiso explícito de generalizar los dos grados previos en forma paulatina.
México	♦ El ISSSTE (instituto de seguridad social para trabajadores del sector público) ofrece el mismo servicio que el IMSS pero para niños/as desde 60 días hasta 6 años.
Uruguay	♦ En 1995 se plantea la universalización de la cobertura para el nivel de 5 años (haciendo obligatoria la concurrencia desde el año 2003) y, a continuación, la universalización del nivel de 4 años.

a.2 Oferta pública y privada de servicios de cuidado infantil

En todos los países existe una oferta pública, una oferta privada y otra de organizaciones no gubernamentales (o instituciones sin fines de lucro) que contribuyen a la conformación del sistema global que brinda servicios de cuidado a niños/as antes de su inserción en el sistema curricular (la enseñanza primaria).

Es común en los distintos países que la oferta pública y privada formal se provea recién a partir de los 3 años de edad. Para las edades previas la oferta es únicamente informal (sector privado, ONGs o comunidad). En general, cuando el Estado aparece brindando servicios a los menores de 3 años, lo hace a través de convenios con organizaciones no gubernamentales (ONGs) y focalizada a la población de muy bajos recursos para atender la pobreza infantil. Una de las críticas que se le hacen a esos programas es que no contemplan acciones positivas para mejorar las posibilidades de las madres de acceso a mejores empleos o a la educación. Ello también podría ser una vía de superación de la pobreza a través de la mejora de las capacidades de las madres y sus oportunidades de generación de ingresos.

En Chile, por ejemplo, se ha avanzado desde fines de los años noventa incorporando una mayor preocupación por brindar servicios de cuidado infantil a quienes tienen dificultades de acceso al empleo. Se aduce que la iniciativa responde al hecho de que se constataba una baja tasa de participación laboral femenina en los estratos de menores ingresos y a los altos costos asociados al otorgamiento de licencias por enfermedad de hijo/a. Para ello desarrollaron una oferta orientada a madres trabajadoras, que buscan trabajo, jefas de hogar o madres adolescentes, que les proporciona cuidado en jornadas de 8 horas (de 8:30 a 16:30) y más extensas (hasta las 20hs.) para que puedan adecuar sus actividades en esos horarios. A su vez, crearon formas alternativas para resolver el cuidado de los/as hijos/as de mujeres trabajadoras del sector agroexportador cuya zafra laboral se verifica en época de vacaciones escolares.

En Colombia, el Estado ha institucionalizado los servicios que proveían las mujeres del barrio en forma comunitaria. Los programas públicos de cuidado infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que son los de mayor cobertura a nivel nacional, surgen a iniciativa de las propias mujeres de los sectores populares que cuidaban a los niños del barrio para que no quedaran solos mientras sus madres salían a trabajar. En ese caso, la dificultad ha sido que el Estado ha mantenido remuneraciones muy bajas para esas mujeres y no les reconoce derechos laborales como la seguridad social.

PAISES	Oferta pública de servicios de cuidado infantil:
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Guarderías o jardines maternos para niños/as de 0 a 2 años (no forma parte sistema educativo, tiene función asistencial). ♦ Jardín de infantes de 3 a 5 años (integra el sistema educativo). ♦ Hay organizaciones sociales que brindan servicios a la población más pobre. En los 90 casi se triplica el número de guarderías y jardines comunitarios gestionados por estas organizaciones.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe el nivel pre-escolar (hasta 6 años) en escuelas públicas. Menor desarrollo en los noventa que la enseñanza básica (de 6 a 14 años).
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La oferta pública para menores de 0 a 5 años se incrementa en 1990-2002. ♦ Hay establecimientos que funcionan bajo administración directa o en convenio con ONGs (JUNJI e Integra) dirigidos a la población más pobre de 0 a 6 años. Se priorizan los casos de mujeres que trabajan, que buscan trabajo, jefas de hogar o madres adolescentes. Atienden también los/as hijos/as de trabajadoras temporeras del sector agroindustrial y de zonas turísticas. En el caso de trabajadoras temporeras del sector agroindustrial se atiende a niños/as de 2 a 12 años en jornadas diarias de 11 horas.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El nivel preescolar de la educación formal compuesto por tres grados: pre-jardín, jardín y transición. ♦ El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar brinda a nivel nacional servicios para la población más pobre (hogares o jardines comunitarios a medio tiempo o tiempo completo). En Bogotá existe un servicio similar.
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La enseñanza preescolar está orientada a la población de 3 a 5 años de edad. ♦ Los institutos de seg. social (IMSS y ISSSTE) ofrecen servicio de guardería para las madres trabajadoras. Abarca a los hombres sólo si no tienen una mujer que se los cuide (madre o esposa o concubina). ♦ DIF (organismo público) cuenta con Centros Asistenciales de Atención Infantil (CADI) para hijas/os de mujeres trabajadoras sin acceso a prestaciones sociales (de 45 días a 6 años). También ofrece atención a niñas/os en situación vulnerable de 2 a 4 años.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Jardines de infantes para niños/as de 3 a 5 años y niveles 4 y 5 en escuelas. ♦ Guarderías de empresas y organismos del Estado (niños/as desde los 45 días o año y medio hasta 4 o 5 años de edad). ♦ Programas públicos ejecutados por ONGs (CAIF y municipales) para atender la pobreza infantil. CAIF pasó de niños/as de 4 y 5 a 2 y 3 años de edad. El programa municipal atiende de 6 a meses a 3 años en zonas carenciadas.

PAISES	Oferta privada de servicios de cuidado infantil:
Argentina	♦ Guarderías, jardines de infantes y nivel pre-escolar en la enseñanza privada.
Brasil	♦ Guarderías o nivel pre-escolar en la enseñanza privada.
Chile	♦ Particulares subvencionados y particulares.
Colombia	♦ Preescolar en sus tres niveles. ♦ ONGs y Cajas de compensación familiar (jardines infantiles y establecimientos educativos).
México	♦ Existe enseñanza preescolar en escuelas privadas para niños/as de 3 a 5 años.
Uruguay	♦ Guarderías, jardines de infantes y enseñanza preescolar en colegios privados. ♦ Guarderías sindicales (muy pocas).

La oferta privada en todos los países se compone de guarderías o jardines privados y el nivel preescolar en colegios o escuelas del sector privado. Sólo en Uruguay se menciona la existencia de guarderías provistas por el sector sindical.

a.3 Cobertura de los servicios de cuidado infantil

En cuanto a la cobertura, se observan para todos los países niveles muy bajos para la franja de 0 a 3 años. En los casos de Colombia y México la cobertura es muy reducida para el conjunto de esa población de 0 a 5 años.

En Colombia, sólo un poco más de la tercera parte de la población menor de 5 años recibe alguna atención de tipo institucional. Del total de niños/as, el 52,2% permanece con su madre o padre en su casa, el 34,6% asiste a un hogar comunitario, el 8,6% permanece al cuidado de algún familiar mayor de edad y el 1,7% asiste con su padre o madre al trabajo (Encuesta de Calidad de Vida 2003).

En México, el 84% de los/as niños/as menores de 6 años se encuentra a cargo de sus madres y el 9% de un familiar. Sólo un 2% asiste a guardería pública o privada. A pesar que el servicio se brinda entre las prestaciones de la seguridad social y existe un organismo del Estado que ofrece servicios para la población carenciada, en conjunto cubren solo 300.000 niños/as.

PAISES	Niveles de cobertura (actuales)				Evolución
	0-2 años	3 años	4 años	5 años	
Argentina	s/d	39,1%		78,8%	Crece más en los niveles más altos
Brasil	1%-9%	21,8%	39,1%	62,3%	Estancamiento desde mediados de los noventa
Chile	5%-12%	27,4%	51,5%	77,7%	Crece todos los niveles de 3 a 5.
México	20%				Oferta pública y de seguridad social muy insuficiente.
Uruguay	s/d	42,6%	80%	96%	Crecimiento importante en 4 y 5 años.

Nota: Para Argentina y Uruguay no hay datos oficiales de cobertura para niños/as menores de 3 años ya que las encuestas relevan solo la asistencia a centros educativos que abarca los niveles de 3 y más.

En Uruguay los niveles de cobertura para la franja de 4 a 5 años son notoriamente más elevados que en Argentina, Brasil y Chile. Ello se condice con una mayor cobertura del sector público para esa franja de edad. Para el nivel de 5 años se expande la cobertura pública en Argentina y Uruguay como resultado de la obligatoriedad de ese nivel. De todas formas, en Argentina es del 58,9% mientras que en Uruguay es del 81%.

En Uruguay hay un esfuerzo del sector público también por incrementar la cobertura de los/as niños/as de 4 años. En ese caso, la cobertura total pasó de 52,2% en 1990 a 80% en 2005. El

sector público en ese período pasó de 25% a 60,5% de los/as niños/as de 4 años y el sector privado de 28% a 19%.

En Chile se observa un cambio importante entre 1996 y 2003 con un incremento en la cobertura de las instituciones sin fines de lucro (JUNJI y Fundación Integra) para niños/as de 0 a 3 años como resultado de las iniciativas para aumentar la cobertura pre-escolar de los/as hijos/as de trabajadoras de menores recursos. A su vez, se reduce la cobertura de establecimientos privados (Particular), que en parte se compensa con la participación de los jardines en las empresas.

Chile: Porcentaje de niños/as que asiste a establecimiento educacional según tipo de establecimiento (1996 y 2003)

Establecimientos	0-2 años		3 años		4 años		5 años		Total	
	1996	2003	1996	2003	1996	2003	1996	2003	1996	2003
Municipal	12%	10%	15%	19%	24%	27%	41%	43%	30%	32%
JUNJI e Integra	29%	43%	33%	46%	29%	36%	11%	15%	21%	28%
Particular Subvenc.	7%	8%	12%	8%	14%	14%	23%	29%	17%	20%
Particular	49%	30%	40%	22%	32%	21%	24%	12%	31%	18%
Jardín Padre o Madre	---	9%	---	5%	---	2%	---	1%	---	2%
TOTAL	100%									

Fuente: Informe Chile en base a CASEN – MIDEPLAN.

En Colombia y México, a pesar de la baja cobertura de los servicios de cuidado de la población menor de 6 años, la educación preescolar (para niños/as de 3 a 5 años) es mayoritariamente pública. En México el sector público cubre el 85,2% de quienes asisten a educación preescolar y en Colombia el 61,6%.

En ambos países hubo una expansión de la matrícula preescolar. En el caso de México la expansión en el período 1991-2006 fue mayor en el sector privado, que pasó de representar el 8,5% al 14,8% del total. En Colombia, en cambio, la expansión en el período 1994-2005 fue mayor para el sector público que pasó del 47% al 61,6%.

Colombia: Matrícula en educación preescolar (3 a 5 años), sectores público y privado (1994 y 2005)

	Matrícula		Variación (%)	Participación (%)	
	1994	2005		1994	2005
Sector público	268.426	672.298	150,5	46,9	61,6
Sector privado	303.555	365.915	20,5	53,1	33,5
Total	571.981	1.092.262	91,0	100,0	100,0

Fuente: Informe Colombia en base a DANE.

México: Matrícula en educación preescolar (3 a 5 años), sectores público y privado (1990 y 2006)

	Matrícula (en miles)		Variación (%)	Participación (%)	
	1990	2006		1990	2006
Sector público	2.501	3.791	51,6	91,5	85,2
Sector privado	233	661	183,7	8,5	14,8
Total	2.734	4.452	62,8	100,0	100,0

Fuente: Informe México en base a SEP.

Brasil: Matrícula en educación preescolar (3 a 5 años), sectores público y privado (1991 y 2004)

	Matrícula		Variación (%)	Participación (%)	
	1991	2004		1991	2004
Sector público	2.598.820	3.981.529	53,2	71,6	72,8
Sector privado	1.029.465	1.483.949	44,1	28,4	27,2
Total	3.628.285	5.465.478	50,6	100,0	100,0

Fuente: Informe Brasil en base a Ministerio de Educación.

En Brasil, el sector público cubre al 72,8% de la población menor de 6 años que asiste al nivel de preescolar. Entre 1991 y 2004, la expansión de la matrícula fue similar para ambos sectores (público y privado).

a.4 Diferencias de acceso según estrato socioeconómico y área de residencia

En general, la oferta privada de cuidado infantil tiende a concentrarse en las áreas urbanas y, dentro de ellas, en las zonas donde su demanda suele ser más importante. Esta demanda está determinada por las necesidades de cuidado de las familias (por ejemplo, cuando los padres y las madres salen a trabajar) o por la concientización respecto a la importancia de la estimulación temprana de las capacidades cognitivas. La variedad de la oferta y su calidad se adecua al poder adquisitivo de la demanda.

Según estrato socioeconómico, se evidencia una mayor cobertura a medida que se avanza en los niveles de ingreso. Como la cobertura pública y privada difiere según tramos de edad, para los/as niños/as de 0 a 3 años donde el sector privado es más relevante, su demanda está más asociada a la actividad laboral de las madres que al nivel de ingresos del hogar. Para este tramo de edad en los estratos más altos se recurre a otras estrategias de cuidado como la contratación de trabajo remunerado en el hogar (servicio doméstico o niñeras).

En los tramos de 4 y 5 años, donde la asistencia a la educación preescolar es mayor, aún se aprecian diferencias de cobertura según estratos de ingreso. En Uruguay la reforma educativa tuvo como uno de sus objetivos la expansión de la cobertura en los estratos de menores ingresos. Ello se verifica exitosamente en el nivel de 5 años, aunque aún se mantiene una brecha en el nivel de 4 años de edad.

En Argentina, vía reforma educativa, también se expande la oferta de servicios pero los hogares de menores recursos no fueron los más beneficiados. La cobertura es notoriamente más baja en las regiones más pobres y cubre en menor medida a los hogares de menores ingresos. Para los niveles de 3 y 4 años, la cobertura para todo el país alcanza al 39% y en las provincias más pobres es sensiblemente inferior (Formosa 13,7%, Salta 16,8%, Córdoba 39% y Buenos Aires 54,1%). A su vez, la diferencia entre el 30% más rico y el 30% más pobre es hasta 3 o 4 veces más favorable para los de mayores ingresos. Pero en el Noreste esa diferencia es 3,7 en el año 2003; en el Noroeste es 3,1; y en la región Metropolitana 1,7. Entre 1998 y 2003 en las regiones más pobres esa diferencia se incrementa de manera notoria (Giacometti, 2005 citado en Informe Argentina). En el nivel de 5 años, la expansión de la cobertura fue mayor pero las diferencias por estrato de ingresos y por regiones se mantuvieron. El promedio de cobertura para el país es el 78,8% en el año 2001: en la Provincia de Buenos Aires es 83,7%, en Córdoba 85,9%, en Formosa 65,6% y en Salta 66,8%. A su vez, al interior de la región Metropolitana la asistencia en el Conourbano

Bonaerense es 80,54% y en la ciudad de Buenos Aires es 94,31%. En los partidos más pobres del Conurbano la cobertura alcanza sólo a 72,86%.

En Chile el aumento en la cobertura para los/as niños/as de 0 a 5 años de edad llevó a reducir las diferencias según estrato de ingreso. En el periodo 1990-2003, se duplica la cobertura en el primer y segundo quintil mientras que se expande entre un 50% y 75% en los quintiles siguientes. De todas formas, aún se mantiene una diferencia importante entre los extremos (30% de cobertura en el primer quintil y 50% en el último).

En Colombia, al hacer obligatorio el nivel preescolar de Transición se favoreció también la asistencia de los más pobres. En el periodo 1997-2003, se incrementó la asistencia del 10% más pobre de 48% al 75% y también se observaron progresos significativos en los deciles 2 y 3. Con ello la brecha de asistencia entre los de menor y mayor decil se ha reducido. De todas formas, la información para el conjunto de la población menor de 5 años muestra que en el 10% más pobre, el 74% de los/as niños/as concurre a un Hogar Comunitario, guardería o jardín del ICBF (o del DABS⁴ en Bogotá). Mientras que entre el 10% más rico, el 86% asiste a guarderías o jardines privados.

En general, las áreas más dispersas (consideradas las áreas rurales o del interior del país) son las que presentan una menor asistencia de los/as niños/as a servicios de cuidado infantil y una mayor relevancia de la oferta pública.

En este período (1990-2005), en Chile y Uruguay se verificó un incremento en la cobertura de los servicios en las áreas rurales (Chile) o del interior del país (Uruguay).

a.5 Diferencias de cobertura según situación laboral de las madres

En Brasil, Chile y Uruguay se observa que cuando las madres trabajan en forma remunerada se incrementa el uso de los servicios de cuidado infantil. En Uruguay, se evidencia que el nivel de actividad laboral de las cónyuges en los hogares biparentales, es superior en los niveles más altos de ingreso (llegando al 87% en el quinto quintil y 33% en el primer quintil en el año 2005) y ello se correlaciona, a su vez, con una mayor cobertura privada en el quintil más alto y mayor cobertura pública en el más bajo.

En Brasil se plantea que la baja concurrencia a servicios de cuidado infantil de niños/as de 0 a 5 años de edad pone en riesgo una inserción laboral más igualitaria entre hombres y mujeres. En particular, entre los 0 y 3 años de edad es donde se evidencia una mayor tensión entre vida familiar y mundo del trabajo remunerado. A su vez, la variable que más afecta negativamente la participación laboral de las mujeres es la edad del hijo menor (más que la cantidad de hijos). Por último, se evidencia que el impacto de la concurrencia de los/as niños/as a guardería o preescolar sobre los salarios y la extensión de la jornada laboral va disminuyendo a medida que aumenta el ingreso familiar.

En Chile el acceso a los servicios de cuidado infantil ha sido bastante reducido, tornándose una responsabilidad de las familias y dentro de estas las mujeres. En caso de ser la trabajadora responsable de algún/a menor, el cuidado se soluciona preferentemente a través de la red de soporte de la trabajadora, si es que existe, o a través de la contratación de servicios pagados. En ambos casos la preocupación y gestión de los recursos de tiempo y dinero son de

⁴ Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito Capital.

responsabilidad privada. A su vez, se enfatiza que la amplia diferencia que existe entre los distintos niveles de ingreso es aún una tarea inconclusa y urgente. Según una encuesta, del total de mujeres con hijos/as menores de 6 años que no trabaja remuneradamente (un 66%), un 12% no lo hace por falta de cuidado infantil.

En general, en estos países la insuficiencia en la oferta de servicios de cuidado infantil se resuelve a través de las ayudas intra-familiares (principalmente las/os abuelas/os) o con la contratación de servicio doméstico. En Colombia, por ejemplo, más allá que las abuelas resuelven las dificultades de cuidado en el 48% de los casos de mujeres que salen a trabajar, un 22% llevan sus niños/as al trabajo, en un 9% de los casos los cuida el cónyuge y en el 7% la niña mayor del hogar. Los servicios del ICBF cubren solo al 5% de los/as niños/as de estas mujeres. A medida que aumenta el nivel educativo de la madre, se incrementa el porcentaje de abuelas o parientes cercanos y de empleadas domésticas que cuidan a sus niños/as.

b. Enseñanza primaria

b.1 Oferta pública y privada

En general, co-existe el sistema público y privado de enseñanza que proveen servicios en alguna medida diferenciados al conjunto de la población. Uno de los temas relevantes para contribuir a resolver los problemas de cuidado que enfrentan los hogares cuando sus miembros desean trabajar, es la extensión de la jornada escolar. Con ese fin, el gobierno chileno está promoviendo la Jornada Escolar Completa para facilitar la inserción laboral de las madres. La ley, vigente desde 1997, brinda una subvención a quien se acoja de forma voluntaria al sistema así como asesoramiento técnico y financiamiento para obras de infraestructura. La reducida respuesta llevó a extender los plazos y tornarlos obligatorios. Actualmente, la disposición es que los establecimientos municipales y particulares subvencionados que atienden a alumnos vulnerables socio-económicamente y los técnicos-profesionales deben funcionar en jornada completa a partir del año 2007 y el resto tiene como plazo máximo el año 2010.

En Argentina, la Ley Federal de Educación (1994) promovió la descentralización de los servicios a nivel de jurisdicciones provinciales y municipales. En términos generales, las transformaciones derivaron en un deterioro en la calidad de los servicios públicos y una creciente segmentación de la oferta por nivel de ingresos de la población. Por ejemplo, las escuelas de tiempo completo son más escasas para los más pobres. En primer lugar, porque la mayor oferta se concentra en la ciudad de Buenos Aires donde hay menos cantidad de personas bajo la línea de pobreza y es menor en el Sur de la ciudad donde se registran los mayores índices de pobreza. De todas formas, la jornada doble es muy reducida, solo abarca al 5,5% de la población. En el año 2007 entra a regir una nueva ley, la Ley de Educación Nacional, con el propósito de subsanar las deficiencias de la reforma anterior.

En Uruguay, el proceso de la reforma educativa llevó a extender y focalizar la atención a la población de menores recursos en las escuelas de tiempo completo, con el propósito de mejorar su rendimiento curricular. El sistema público en general funciona en régimen de media jornada y la enseñanza privada ofrece la posibilidad del régimen de jornada completa.

En general, en los demás países sucede algo similar. La jornada del sector público es inferior a la que ofrece el sector privado.

b.2 Nivel de cobertura

La cobertura de la enseñanza primaria es, en general, muy elevada (entre 90% y 100%). En Argentina, y Uruguay es casi el 100%, en Chile 97%, en Colombia 93,5%, en México 96,1%.

En general, el sector público es una porción muy relevante del total y la distribución se mantuvo relativamente estable durante el período 1990-2005. En Argentina la oferta pública es el 77%, en Colombia 83%, en Uruguay el 87% y en Brasil y México el 90%. En Chile se verifica un leve descenso de la oferta municipal (del 57% al 54%) en el periodo 1996-2003 y un incremento de la particular subvencionada (de 31% a 38%).

b.3 Cobertura según estrato socioeconómico y área geográfica

En general, el sector privado tiende a concentrarse en las áreas donde hay una mayor densidad de población, con mayores recursos o demandas más sofisticadas (extensión de la jornada, oferta de diversos servicios, etc.).

En Argentina, un 65% de la población del último quintil de ingresos demanda los servicios del sector privado, mientras el 95% de la población del primer quintil concurre al sector público.

Por su parte, la oferta pública es mayor en las áreas dispersas (rurales o del interior del país). En Uruguay, la enseñanza pública en el Interior del país es el 93% y en la capital el 77%. Con la crisis financiera del 2002, la retracción de ingresos reduce la cobertura del sector privado en la capital. Luego de la crisis el sector privado se expande, pero principalmente en las poblaciones de mayores ingresos del Interior del país.

c. Servicios de salud para niños/as de 0 a 12 años

Los sistemas de salud de los seis países integran un sector público y otro privado. En Chile, México y Uruguay el acceso gratuito al sistema público se verifica sólo en caso de demostrar la insuficiencia de ingresos. En Argentina, Brasil y Colombia más allá que el sistema tienda a focalizarse en la población de más bajos recursos, el acceso es igualitario para toda la población.

Respecto al sistema privado se mantiene en gran medida con las contribuciones en salud a la seguridad social y la contratación de seguros privados. El acceso a la cobertura de la seguridad social y las prestaciones en salud están condicionadas por la calidad del empleo (con o sin cobertura). Las prestaciones médicas que proveen estos sistemas de seguridad social son, en algunos casos, extensivas a los/as hijos/as.

PAISES	Oferta de servicios de salud
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El sector público debe brindar asistencia gratuita a toda la población. ♦ El sector privado está compuesto por las obras sociales sindicales (OS) que se accede a través de las contribuciones a la seguridad social, y las instituciones prepagas o mutuales que se accede básicamente a través de los seguros de salud.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El sistema público (SUS) atiende a toda la población. ♦ El sistema privado atiende a través de seguros de salud o desembolso directo.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El sistema público da cobertura a la población indigente o carente de recursos y a quienes contribuyen a la seguridad social. ♦ El sector privado (las ISAPRES) administra la cotización obligatoria de salud de los/as trabajadores/as. Los beneficios tienen relación con el monto de aportes.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La reforma de 1993 establece dos regímenes: el régimen contributivo donde las personas y sus familias aportan en forma individual o compartida con el empleador; y el régimen subsidiado donde el gobierno garantiza la prestación a personas en situación de pobreza.
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe el servicio de salud provisto por la seguridad social. ♦ Además, la Secretaría de Salud (SS) brinda servicios médicos a la población no cubierta por las instituciones de seguridad social. En esos casos el pago por los servicios está acorde a las condiciones socioeconómicas de la población usuaria. ♦ Para la población de las áreas rurales existe el programa IMSS-Oportunidades.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ El sistema público de salud brinda atención gratuita a personas de bajos ingresos. ♦ A la población beneficiaria del sistema de seguridad social se le ofrecen una serie de servicios para los/as niños/as hasta los 10 años de edad. ♦ Además, existe un sistema privado compuesto por instituciones de asistencia médica, sistemas de emergencia móvil y seguros de salud.

La población infantil está cubierta, en gran medida, por el sector público al registrar altos índices de pobreza (en Argentina la asistencia pública es del 56%, en Chile del 76% y en Uruguay del 55%). Pero, en los casos donde la población trabajadora está cubierta por la seguridad social pueden tener acceso a otros servicios. Y cuando pertenecen a los sectores de mayores ingresos, tienen garantizado su acceso a la salud por diversos medios, entre los cuales se incluyen los seguros privados. En México, sólo el 33% de la población hasta 14 años utiliza los servicios públicos (siendo la franja de edad que con mayor proporción relativa en el uso de este servicio), un 35% tiene cobertura de la seguridad social y un 32% de servicios médicos privados.

PAISES	Cobertura de salud de la población infantil	
	Sector público o privado	Evolución
Argentina	En población de 0-14 años: <ul style="list-style-type: none"> ♦ 56% sector público ♦ 44% privado (OS, mutuales, etc.) 	1991-2001: <ul style="list-style-type: none"> ♦ crece sector público de 42% a 56%.
Brasil	En población de 0-18 años: <ul style="list-style-type: none"> ♦ 19,8% sector privado. 	
Chile	En población de 0-5 años: <ul style="list-style-type: none"> ♦ 76% sector público En población de 6-13 años: <ul style="list-style-type: none"> ♦ 75% sector público 	1990-2003: <ul style="list-style-type: none"> ♦ crece sector público de 71% a 76%. ♦ crece sector público de 70% a 75%.
Colombia	En población de 0-9 años: <ul style="list-style-type: none"> ♦ 33,3% régimen contributivo Seg Social ♦ 31,9% régimen subsidiado Seg Social ♦ 34,8% no está afiliado a Seg Social 	
México	En población de 0-14 años: <ul style="list-style-type: none"> ♦ 33% sector público ♦ 35% seguridad social ♦ 32% servicios médicos privados 	

Uruguay	En población de 0-12 años: <ul style="list-style-type: none">♦ 55% sector público.♦ 6,3% sector público y emergencia móvil.♦ 36% sector privado (mutualista u otro)♦ 1,6% no posee cobertura.	
----------------	--	--

En general, los sistemas de salud de estos países han pasado por una serie de reformas. En Chile, la reforma del sistema se emprende en 1981 con la creación de las instituciones de salud privadas (ISAPRES) que introduce la administración privada de la cotización obligatoria de salud de los trabajadores, quienes suscriben un contrato individual con la institución que eligen. En este sistema, los beneficios de salud que se obtienen guardan relación con el monto de los aportes que se hagan al sistema contratado. En el caso de Argentina, al igual que con el sistema de educación, la reforma buscó la privatización y descentralización de los servicios. Se promovía la autogestión del servicio público a través de la venta servicios a las Obras Sociales y la venta de bonos a los usuarios. Los resultados han sido poco alentadores al profundizarse la desigualdad en el acceso a los servicios. En Brasil el sistema público ha pasado por un proceso de descentralización y microregionalización. Las críticas se centran en el modelo de atención primaria donde los recursos se dirigen a programas de bajo costo.

En Colombia se reforma el sistema en el año 1993 a partir del cual existen dos sistemas de afiliación: el régimen contributivo para las personas y sus familias que se afilien a través de un aporte económico que se cancela en forma individual o compartida con el empleador; y el régimen subsidiado donde el gobierno garantiza la prestación en salud a las personas en situación de pobreza que no tiene condiciones de cotizar. A pesar que la cobertura se ha ampliado a través de ambos regímenes, es aún reducida ya que el 34,8% de la población infantil no está afiliado al sistema.

En México, está en proceso una reforma de los sistemas de seguridad social para convertirlos en órganos gestores de la demanda y fiscalizadores del actual esquema de competencia entre los prestadores públicos y privados de servicios de salud. La atención en los servicios públicos de salud se caracteriza por la insuficiencia de recursos, cuya expresión más evidente es la ineficiente atención hacia la población más pobre, que tiene que soportar largos períodos de espera para consultas e intervenciones quirúrgicas; escasez de medicamentos; obsolescencia de equipos, insumos e instalaciones; mala atención por parte del personal médico insatisfecho y mal pagado; profundizando las desigualdades sociales prevalecientes en México.

Al igual que en la enseñanza, la cobertura del sector privado se concentra en los quintiles de mayores ingresos. También las características socio-económicas del territorio determinan la provisión de servicios privados. En Argentina, la población más pobre y con mayores necesidades de asistencia sanitaria cuenta sólo con la oferta del sector público. En el caso de Uruguay, la cobertura de salud pública en la población infantil es superior en el Interior del país que en Montevideo (66% versus 41,7%).

d. Prestaciones monetarias que contribuyen al cuidado de los/as hijos/as

En Uruguay existe la Asignación Familiar que consiste en una prestación monetaria de la Seguridad Social a familias con hijos o menores a cargo⁵. Hasta 1995 el beneficio se concedía a todos los empleados formales de la actividad privada y luego se restringe a quienes poseen un determinado nivel de ingresos. Los organismos del Estado brindan una prestación similar a sus funcionarios.

Desde el año 2000, el beneficio se fue ampliando a los hogares de muy bajos ingresos independientemente de la inserción laboral de los responsables del hogar. Hasta el año 2004 se dio prioridad a las madres jefas de hogar, mujeres embarazadas⁶ y trabajadores que hubieran agotado el subsidio por desempleo. Luego se amplió el beneficio a todos los hogares de muy bajos ingresos (menores a tres salarios mínimos que equivalen a unos doscientos dólares americanos).

Además de la prestación monetaria (que en el momento actual va de 5 a 10 dólares por hijo pagados en forma bimestral), se brinda acceso a servicios de atención materno-infantil del sistema de la seguridad social. Todos los beneficiarios deben acreditar la asistencia escolar de los/as niños/as. En el caso de los hogares de muy bajos ingresos que se incorporaron al beneficio a partir del año 2000, no se les brinda atención en salud pero deben acreditar la asistencia a los controles médicos.

En Argentina existe también la Asignación Familiar por Hijo. Ésta cubre la carga familiar de los trabajadores en relación de dependencia, jubilados y pensionados. Si ambos cónyuges poseen un trabajo formal, el beneficio es percibido solamente por uno de ellos. En 1996 se reformó el sistema concentrando los beneficios en las personas con salarios menores a \$ 1500 (actualmente el tope es de \$2.599 que equivalen a U\$S 823). El monto de la prestación varía según el promedio de ingresos de el/la trabajador/a y la zona geográfica donde trabaja (va de \$50 a \$200). Se remunera en forma mensual. Además, existe una Ayuda Escolar Anual.

Con los problemas de desempleo y precarización laboral el gasto en este tipo de asignaciones tiende a decrecer. Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2001, la cobertura de este beneficio alcanza al 31,2% de los menores de 18 años. Pero, según estrato de ingresos, cubre al 4,7% de los menores de hogares indigentes, el 27,9% de los que pertenecen a hogares pobres no indigentes y el 48,5% de la población no pobre.

En Colombia existe el subsidio familiar en efectivo para los/as trabajadores/as del sector formal con una remuneración mensual (fija o variable) inferior a los cuatro salarios mínimos, que trabajen al menos 96 horas al mes; y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero/a, no sobrepasen los seis salarios mínimos. El monto del subsidio asciende a aproximadamente 19.500 pesos mensuales (que equivalen a U\$S 9). Son acreedoras del subsidio las personas que convivan y dependan económicamente del trabajador, como ser:

⁵ Los/as hijos/as o menores a cargo son beneficiarios hasta la edad de 14 años. Puede extenderse hasta los 16 años cuando no ha podido completar el ciclo de enseñanza primaria por impedimento justificado o cuando el beneficiario es hijo de un trabajador fallecido, absolutamente incapacitado para el trabajo o privado de la libertad; o hasta los 18 años cuando el beneficiario cursa estudios de nivel superior a primaria. La prestación monetaria en el momento actual va de 5 a 10 dólares por hijo y se paga bimestralmente. A partir del 2008 dicho monto se irá incrementando sustancialmente en el marco del Plan de Equidad.

⁶ En el caso de la mujer embarazada, se le otorga una prestación prenatal desde el comienzo del embarazo, y luego una prestación por un período de doce meses inmediatos y posteriores al nacimiento.

hijos, hijastros y hermanos menores de 18 años que acrediten escolaridad a partir de los 12 años en establecimiento docente oficialmente aprobado.

El subsidio se extiende al caso en que existan otros dependientes a cargo de el/la trabajador/a (significa que conviven y dependen económicamente) como ser sus padres mayores de 60 años, o si son inválidos o su capacidad física disminuida les impide trabajar. Lo perciben si el beneficiario no cuenta con ningún otro ingreso (salario, renta o pensión).

Para la población muy pobre existe desde el año 2000 (y en principio hasta 2010), el programa “Familias en Acción” dirigido a familias del estrato socioeconómico más bajo (nivel 1 del SISBEN⁷) con niños y niñas menores de 18 años. Se entregan dos tipos de subsidios a las madres de familia (titulares del programa) que los utilizan para la compra de alimentos y/o útiles escolares:

-Subsidio nutricional: otorgado a familias con niños/as menores de 7 años. Pretende mejorar la alimentación de los menores. El valor del subsidio es de 46.500 pesos al mes por hogar (US\$ 21).

-Subsidio escolar: otorgado a familias con niños/as entre los 7 y 18 años, matriculados y estudiando desde segundo año de primaria hasta once de secundaria. Su objetivo es incentivar la asistencia escolar. Este subsidio es otorgado durante diez meses del año y tiene un valor de \$ 14.000 (US\$ 6,5) por mes para niños/as en primaria y \$ 28.000 para niños/as en secundaria.

La crítica a este tipo de programas es que se basan en el típico modelo “hombre proveedor-mujer cuidadora” donde es la mujer, desde su rol tradicional en el ámbito reproductivo, que debe dedicar su tiempo a cumplir con las corresponsabilidades que el programa exige como condición (Castro, 2007). De esa forma, se omite la posibilidad de promover una redistribución de roles al interior del hogar y la familia.

e. Legislación para conciliar cuidado infantil y vida laboral

La legislación para conciliar cuidado infantil y vida laboral se ha centrado en los períodos de gestación, alumbramiento y lactancia y está destinada básicamente a las mujeres. En algunos países se han introducido cláusulas para contemplar el cuidado por parte de los trabajadores padres, pero los avances son poco significativos.

En todos los países existe la licencia por maternidad (donde se contempla también a las madres adoptivas) y el derecho a lactancia. Las licencias por paternidad son más recientes, en Argentina y Uruguay sólo para funcionarios del sector público. Pueden existir en el sector privado en caso que se establezca por convenio colectivo (como el caso de Uruguay en el sector financiero). En Brasil, Chile y Colombia alcanza a todos los trabajadores.

⁷ El SISBEN es el instrumento utilizado para la focalización de los recursos públicos. Consiste en un indicador para el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su estándar de vida a través de una serie de variables como vivienda, educación, afiliación a salud, actividad, entre otras.

PAISES	Licencias por maternidad y derecho a lactancia
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 90 días de licencia (100 en sector público desde 1999). Cubre a las madres adoptivas. Finalizado el plazo se puede pedir un período de excedencia de hasta 6 meses sin indemnización. El mismo no se computa como tiempo de servicio. ♦ La lactancia abarca dos períodos de media hora durante la jornada laboral y hasta un año después del nacimiento.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 120 días de licencia. Para madres adoptivas el derecho se adecua a la edad de los/as niños/as. Si es menor de un año la licencia es igual a la de hijos/as biológicos, si tiene entre 1 y 4 años de edad es de 60 días, si tiene entre 4 y 8 años la licencia se restringe a 30 días. ♦ La lactancia consiste en dos descansos, de treinta minutos cada uno, dentro de la jornada laboral y durante los primeros seis meses de edad.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 6 semanas antes y 12 después del parto (126 días). ♦ La lactancia se rige por dos períodos en el día que no superen una hora en total.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 12 semanas (84 días). Incluye los casos de adopción de niños/as menores de 7 años. ♦ La lactancia consiste en dos descansos, de treinta minutos cada uno, dentro de la jornada laboral y durante los primeros seis meses de edad.
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ De 12 a 14 semanas (entre 90 y 98 días). ♦ La lactancia son dos descansos de media hora.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 6 semanas antes y 6 después del parto (84 días) para el sector privado. 6 semanas para madres y padres adoptivos. ♦ 13 semanas para las funcionarias públicas. ♦ La lactancia consiste en dos pausas diarias de media hora o media jornada laboral para las funcionarias públicas. En la práctica rige hasta los 6 meses de edad del niño/a.
PAISES	Licencias por paternidad
Argentina	♦ 5 días inmediatos al nacimiento en el sector público (desde 1999).
Brasil	♦ 5 días inmediatos al nacimiento o adopción.
Chile	♦ 5 días desde el nacimiento o adopción y hasta el primer mes (desde 2005)
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 4 días si sólo el padre está cotizando a la seguridad social. ♦ 8 días si ambos cotizan.
México	♦ No existe
Uruguay	♦ 10 días hábiles para funcionarios públicos (desde 2005, eran 3 días desde 1989).

Los permisos por enfermedad de hijo/a están menos difundidos. En Chile se otorgan a madres de niños/as menores a un año y al padre si la madre así lo decide o en caso de fallecimiento. En Argentina, puede recurrirse a la posibilidad de licencia sin goce de sueldo pero sólo gozan de esta posibilidad las mujeres madres. En Uruguay, sólo los funcionarios públicos pueden solicitar una “licencia especial” con goce de sueldo por 30 días si existe una causa debidamente justificada. Se puede solicitar por un período mayor pero sin remuneración.

PAISES	Licencia por enfermedad de hijo/a
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ No existe una licencia explícita para cuidado hijos/as con enfermedad. ♦ Se puede hacer uso voluntario del estado de excedencia por causa justificada debido a la necesidad de cuidar a un/a hijo/a enfermo/a menor de edad (sólo para la madre).
Brasil	♦ No existe
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe el derecho a permiso y subsidio en caso enfermedad grave de hijos/as menores de 1 año. Cubre a todas las mujeres afiliadas al sistema previsional (contratadas o independientes). ♦ También puede hacer uso del derecho el padre en caso que la madre así lo decida o en caso de fallecimiento.
Colombia	♦ No existe
México	♦ No existe
Uruguay	♦ No existen licencias parentales pero los funcionarios públicos pueden disponer de una “licencia especial” de hasta 30 días con goce de sueldo en casos debidamente justificados. Si el lapso mayor, no percibe remuneración.

Por una parte, es importante notar que estos derechos rigen si se posee la cobertura de la seguridad social. Por lo tanto, la precarización laboral erosiona el ejercicio de los mismos. También la tendencia a que las personas se autoempleen, o sea, generen emprendimientos propios para salir de situaciones de desempleo convierte en un mito la posibilidad de ejercer el derecho a licencia.

Por otra parte, es claro que los hombres siguen estando restringidos a ejercer su derecho a la paternidad, perpetuándose las tareas de cuidado en las mujeres.

f. Cuidado de ancianos/as

El proceso de envejecimiento de la población que se explica por el aumento de la esperanza de vida y la reducción de los nacimientos ha llevado a países como Argentina, Chile y Uruguay a ubicarse entre los más envejecidos de la región. En América Latina y el Caribe el porcentaje de la población mayor de 60 años es el 9% en el año 2005; mientras en Argentina es el 13,9%, en Chile el 11,6% y en Uruguay el 17,8%. En Brasil, Colombia y México esos porcentajes se ubican entorno al 8%. Para todos los países, las proyecciones hacia 2050 estiman que entre 25% y 30% de la población tendrá más de 60 años de edad⁸.

La población adulta mayor podrá registrar distintos niveles de dependencia o autonomía según su estado de salud, sus posibilidades de acceso a servicios de cuidado y su nivel de ingresos. En muchos casos, son una fuente de trabajo de cuidado no remunerado (principalmente las mujeres) para la familia y la comunidad; y contribuyen en términos de ingresos con sus familias.

A su vez, cuando requieren de cuidado la familia es un sustento imprescindible para esta población. El Estado, en general, ofrece servicios como salud y, en menor medida, centros de atención como residencias u hogares diurnos. En términos de ingresos, a través del sistema de seguridad social ofrece pensiones contributivas o no contributivas. Por su parte, el sector privado ofrece servicios de salud, seguridad social y una gama más amplia que llega a los grupos de población con poder adquisitivo para contratarlos.

f.1 El sistema de seguridad social para el adulto mayor

La seguridad social se compone básicamente de las pensiones contributivas (jubilaciones y pensiones de sobrevivencia) y, en algunos pocos países, pensiones no contributivas para quienes cuentan con recursos económicos muy escasos en la vejez.

⁸ La fuente de la información estadística es: "Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision, <http://esa.un.org/unpp>".

Previsiones de la seg. social	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Uruguay
Jubilación común (o pensión de vejez)	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 30 años de trabajo ♦ 22 años de aportes ♦ Edad mínima: 60 la mujer y 65 el hombre. <p>La insuficiencia en los años de aportes puede ser compensada con sobriedad de los años de servicio faltantes.</p>	<p><i>Jubilación integral:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 35 años de aportes los hombres y 30 la mujer. ♦ Sin límite de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 20 años de aportes ♦ Edad mínima: 60 la mujer y 65 el hombre. ♦ Existe un nivel mínimo: <i>pensión mínima de vejez.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 20 años de aportes ♦ Edad mínima: 55 la mujer y 60 el hombre. <p>A partir de 2010 la edad mínima se eleva a: 57 la mujer y 62 el hombre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe <i>pensión mínima de vejez.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ En IMSS (trabajadores del sector privado): 27 años de trabajo para las mujeres y 28 años para los hombres. Edad mínima: 65 para ambos sexos. ♦ En ISSSTE (funcionarios públicos): 28 años de trabajo para las mujeres y 30 para los hombres. Edad mínima: 55 para ambos sexos. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 35 años de aportes ♦ Edad mínima: 60 para ambos sexos.
Jubilación anticipada		<p><i>Jubilación proporcional:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Los hombres: 30 años de aportes y 53 años de edad. ♦ Las mujeres: 25 años de aportes y 48 años de edad. 	Los afiliados pueden jubilarse antes de la edad requerida, siempre y cuando la pensión sea mayor o igual al 50% del promedio de las remuneraciones de los últimos diez años y mayor o igual a 110% de la pensión mínima de vejez.	<i>Pensión de vejez anticipada:</i> en el sistema privado de ahorro individual siempre y cuando el capital acumulado permita una pensión mensual superior al 110% del salario mínimo vigente.		
Jubilación por edad avanzada	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La edad mínima es de 70 años de edad y 5 años de aportes (eran 10 hasta hace pocos años). ♦ No se puede percibir ninguna otra pensión, o beneficio del Estado. 	<p><i>Prestación por edad:</i></p> <p>requiere para el trabajador urbano 60 años la mujer y 65 el hombre. Si es rural se exigen 5 años menos para cada sexo. Además, 180 contribuciones mensuales o 180 meses de trabajo en el campo.</p>			<p><i>Pensión por Cesantía en Edad Avanzada:</i> para asegurados que cumplieron los requisitos de cotización pero quedaron sin trabajo luego de los 60 años, o son funcionarios públicos que se separan voluntariamente del servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 70 años de edad y un mínimo de 15 años de aportes.

Previsiones de la seg. social	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Uruguay
Pensión de sobrevivencia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Para el/la cónyuge o conviviente (con 5 años de convivencia o 2 si hay hijos comunes). 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Para el/la cónyuge o conviviente (si demuestra unión estable). ♦ Para los padres si prueban su dependencia económica. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Para la mujer cónyuge. ♦ Para el hombre, sólo si es inválido. ♦ Para la madre de un afiliado que sea soltera o viuda y si dependía económicamente. ♦ En último caso, para el padre si dependía económicamente de él. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Para el/la cónyuge o conviviente (con 2 años de convivencia). ♦ Para los padres del afiliado/a si son dependientes. 	<p><i>Pensión por viudez:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ para esposas o concubinas de los asegurados, hasta que contraigan nuevamente matrimonio o concubinato. ♦ Los esposos o concubinos tienen derecho si dependen económicamente de las aseguradas. ♦ Si no hay viuda/o, huérfanos, concubina/o se le otorga la pensión a los ascendientes (padre o madre u otro). 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Para personas viudas o divorciadas. Se reconocería la unión concubinaría (según un proyecto de ley en discusión). ♦ Hay un tope de ingresos para la mujer viuda. El hombre viudo o las personas divorciadas deben demostrar dependencia económica.
Pensión asistencial	<p><i>Pensión a Madres de 7 o más hijos</i> (del Ministerio de Desarrollo Social) vitalicia y equivalente a la jubilación mínima. No deben gozar de otro beneficio, ni poseer ingresos.</p>	<p><i>Pensión asistencial:</i> para las personas mayores de 65 años que no realicen actividad remunerada y sólo posean un ingreso mensual inferior a un cuarto del salario mínimo.</p>	<p><i>Pensión Asistencial:</i> Para la población mayor de 65 años, de escasos recursos y que no posee beneficios previsionales.</p>	<p><i>Pensión de indigencia:</i> para personas en situación de indigencia equivalentes a medio salario mínimo.</p> <p><i>Subsidio Familiar</i> que percibe el/la trabajador/a formal si tiene a sus padres a cargo (conviven y dependen económicamente) mayores de 60 años o con capacidad física disminuida que le impide trabajar. No se percibe si el beneficiario recibe algún otro ingreso (salario, renta o pensión).</p>	<p><i>Pensión alimenticia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ mayores de 70 años. ♦ Prestación monetaria (equivalente a 70 dólares al mes) ♦ existe solo en Distrito Federal ♦ cobertura universal (no requiere comprobar situación de pobreza o indigencia, desempleo o dependencia económica). <p><i>Subsidio alimentario</i> (a partir de 2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ mayores de 65 años. ♦ residentes en comunidades menores de 10.000 hab.. 	<p><i>Pensión a la vejez</i> para personas mayores de 70 años, de escasos recursos, sin aportes a la seguridad social y sin otra prestación.</p>

Previsiones de la seg. social	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Uruguay
Otras	Jubilación para las amas de casa que se afilian a una AFJP y no perciben ninguna remuneración.	Pensiones rurales: para trabajadores con un mínimo de 12 años de actividad en el sector agrícola.				

La característica eminentemente contributiva de los sistemas de seguridad social en estos países, y en América Latina en general, llevan a que la protección durante la vejez sea menor para las mujeres que para los hombres. Ello se asocia tanto a las diferentes trayectorias laborales como a las brechas de ingresos. Las mujeres siguen teniendo menores tasas de participación y más bajos perfiles de ingresos y, por consiguiente, menores ahorros previsionales y derechos a prestaciones y garantías públicas (Bertranou, 2006). Según los países existen algunos elementos que compensan esos efectos como ser: las garantías de pensión mínima (en Chile, México y Colombia), la menor edad de retiro y de años requeridos de contribución, y las prestaciones no contributivas y/o asistenciales (para los hogares de menores ingresos).

A su vez, en todos estos países se han llevado adelante reformas del sistema de seguridad social con distintos énfasis. En Chile y en el IMSS de México se sustituye completamente el sistema público y de reparto por un sistema de capitalización individual (son los llamados *modelos sustitutos*). En Argentina y Uruguay se instalan los llamados *modelos mixtos* donde se complementa el sistema público de reparto con un componente de capitalización en cuentas individuales. En Colombia, se implementa el *modelo paralelo* donde se le da la opción al afiliado para escoger entre uno y otro sistema. En Brasil, sólo se introduce una *reforma paramétrica* en el sistema público, que fija una regla de capitalización, que transforma al sistema de reparto en uno de contribuciones definidas, con ajustes paramétricos automáticos (el cálculo de las prestaciones se reemplaza por una ecuación que incluye los ingresos laborales, el tiempo de aporte, la edad y la esperanza de sobrevivida a la fecha de la jubilación).

En general, las reformas promueven una relación más fuerte entre los esfuerzos contributivos y las prestaciones a nivel de cada individuo (Uthoff, 2006). En ese sentido, se afirma que han logrado reducir la presión financiera a largo plazo sobre los esquemas basados en el reparto, pero tendieron a socavar la solidaridad inherente a los sistemas tradicionales; no lograron mejorar la cobertura previsional basada en el aporte a esquemas contributivos y crearon, en algunos casos, considerables presiones fiscales a corto plazo, ligadas a la transición de un régimen de reparto a uno de capitalización. (CEPAL, 2006)

En cuanto a las diferencias de género, los cambios que tendrían un efecto negativo son: el aumento en la edad jubilatoria, la cantidad de años exigidos para el retiro, la consideración en el cálculo de tablas de mortalidad diferenciadas por sexo y la desigualdad de género implícita en los niveles salariales. En algunos casos, el cambio de sistema significa incrementar los años considerados para el cálculo jubilatorio con lo cual se sostiene que esas diferencias implícitas en los niveles salariales se suavizarían.

Contrariamente a lo que se anticipaba, la incorporación de componentes de capitalización no se tradujo en mayores niveles de participación contributiva. Este fenómeno responde a la baja

capacidad de ahorro a largo plazo de segmentos importantes de la población. En ausencia de reformas que fortalezcan los componentes no contributivos de los sistemas previsionales, los grupos más desprotegidos (y especialmente las mujeres) se mantendrán al margen de los sistemas contributivos o recibirán pensiones de mala calidad debido a la frecuencia relativamente baja de sus aportes y, en el caso de los quintiles más pobres, a la tendencia a postergar estos aportes hasta etapas avanzadas de la vida laboral. (CEPAL, 2006)

Chile que es el país paradigmático, por ser el primero en instrumentar la reforma previsional y haber sustituido totalmente al sistema público por el privado, verifica una caída en la cobertura del régimen contributivo que se compensa por un incremento de las pensiones no contributivas. A su vez, los hombres se concentran en las pensiones contributivas y las mujeres en las no contributivas. En el año 2000, el 70,9% de los hombres mayores de 65 años reciben una jubilación mientras que sólo el 36,9% de las mujeres percibe este beneficio. Por otra parte, el 22,5% de las mujeres reciben pensión de sobrevivencia y el 16,5% recibe una pensión asistencial. En total, el 83,5% de los hombres y el 75,9% de las mujeres reciben algún ingreso de la seguridad social.

En Argentina se reduce la cobertura de jubilaciones y pensiones entre 1991 y 2001, pasando del 75% de la población mayor de 65 años al 70,5%. El 68% de los afiliados al sistema previsional son hombres y el 32% son mujeres (datos a diciembre de 1999). De ese total, el 22,3% pertenece al régimen estatal de reparto (dos tercios de hombres y un tercio de mujeres) y 77,7% están afiliados al régimen de capitalización, con una proporción levemente superior de hombres que en el sistema de reparto.

En Uruguay, más del 70% de la población adulta mayor es jubilada (57%) o pensionista (15%). Las mujeres son más representativas entre los pensionistas y los hombres entre los jubilados. Esa relación se verifica con menor intensidad en Montevideo que en el resto del país.

En México una proporción reducida de la población cuenta con jubilación o pensión. Entre las personas mayores de 65 años, sólo el 16,6% de las mujeres y el 32,6% de los hombres perciben alguna jubilación o pensión. Las mujeres son, además, el 76,7% de la población que recibe una pensión y los hombres el 77,3% de los beneficiarios de jubilaciones.

En Colombia también se verifica una mayor proporción de mujeres con más de 60 años de edad y una menor cobertura del sistema de seguridad social. El porcentaje de mujeres que son beneficiarias directas de una pensión es mucho menor que el de los hombres. Éstas, en general, reciben un ingreso o salario promedio menor, registran una mayor tasa de desempleo y de informalidad, una menor tasa de participación en el mercado laboral, un número de años efectivamente cotizados significativamente menor y, finalmente, tienen una mayor esperanza de vida. Todo esto hace que ellas en mayor medida, pero al igual que muchos trabajadores, se encuentran entre el grupo que nunca reúne las condiciones para lograr una jubilación. En el caso de las rentas vitalicias que ofrecen los planes privados de pensiones, éstas son abiertamente desventajosas para las trabajadoras, pues se estiman en base a la esperanza de vida y al monto ahorrado, la una más alta y el otro significativamente más bajo. (Uribe, 2002)

En todos los países se verifica la mayor dependencia de las mujeres de las pensiones no contributivas. CEPAL (2006) plantea que el fortalecimiento de los componentes no contributivos es uno de los desafíos que se le presentan a los sistemas previsionales de América Latina para elevar su cobertura. Ello debería estar destinado a cubrir a los sectores

con escasa o nula capacidad de ahorro para la vejez. Pero también hay que atender las dificultades de segmentos significativos de la población para generar ahorros que les permitan financiar pensiones dignas.

En realidad, las reformas de pensiones han excluido a alrededor del 60% de las mujeres de la región, las convencionalmente consideradas inactivas, que se dedican al trabajo reproductivo no remunerado, no tienen acceso a las pensiones o se encuentran a expensas de recibir una pensión de viudez o asistencial en los países donde ésta existe (Marco, 2006).

En México, al igual que en Chile, se conserva el beneficio exclusivo para las mujeres de recibir pensión de sobrevivencia cuando fallece su marido aunque ella trabaje o tenga jubilación, mientras que el hombre debe demostrar dependencia económica de la mujer para ser beneficiario de una pensión por muerte de su esposa o concubina. En Uruguay, la situación era la misma, modificándose en los noventa con un tope de ingresos para las mujeres viudas. En otros países como Argentina y Colombia pasa a ser un beneficio mutuo. Ello, por otro lado, lleva como plantea Bertranau (2006) a una “situación paradójica donde muchas mujeres no “califican” para ningún beneficio previsional por no tener trabajo, por ser éste informal o por no estar unidas a un hombre por vínculo legal, mientras que las trabajadoras asalariadas reciben un doble beneficio: su propia jubilación más la pensión por el marido fallecido”.

Pero, en promedio, las mujeres reciben pensiones inferiores que los hombres y a pesar de que son la mayoría de la población adulta mayor están sub-representadas entre los perceptores de pensiones.

En México se encuentra actualmente en discusión y análisis en el Congreso una iniciativa que propone un mecanismo de cuentas individuales para otorgar pensiones a los adultos mayores que no cuenten con la cobertura de las instituciones de seguridad social. En realidad es un sistema de ahorro para el retiro que sería administrado por empresas privadas, cuyos fondos se integran con aportes de las personas y una cantidad similar que aporta el gobierno. Además, se plantea otorgar transferencias monetarias para adultos mayores en situación de pobreza a través del Programa Oportunidades. También, está en discusión desde el 2006 la Reforma del ISSSTE (el Instituto de Servicios y Seguridad Social para Trabajadores al Servicio del Estado) con el propósito de pasar a la administración privada de los fondos.

En Colombia, se propone establecer un ingreso mínimo (inferior al salario mínimo vigente), que denominan Beneficio Económico Periódico (BEP), al que accederían aquellas personas que pese a tener la edad reglamentaria para jubilarse, no cuentan con la cantidad de aportes requeridos para ello.

f.2 Los programas de atención al adulto mayor

Los programas de atención al adulto mayor consisten, generalmente, en la provisión de servicios de salud. Además, pueden incluir otro tipo de servicios como de atención diurna, residencias (casas de salud, hogares de ancianos), recreación, entre otros. Pero, claramente los servicios vinculados a la atención domiciliaria no son una prioridad de estos programas, sino que más bien se espera que las familias contribuyan en la resolución de las propias tareas de cuidado, por ejemplo, en los centros de salud.

En Argentina, el programa más importante para esta población es el que ofrece servicios de salud para la población cubierta por la seguridad social. El Programa de Atención Médica Integral (PAMI) brinda prestaciones médicas a los jubilados, los pensionistas y sus familiares. Desde el Ministerio de Desarrollo Social se desarrolla un programa de mucha menor envergadura que busca brindar atención domiciliaria a la población adulta mayor en “situación de riesgo social”. Para el acceso al programa se realiza una evaluación del nivel de autonomía personal y situación sociofamiliar.

En Chile, el Programa de Salud del Adulto Mayor también es el programa más relevante dirigido a esta población. Su propósito es prevenir las enfermedades crónicas de alta prevalencia para reducir la posibilidad de que los adultos mayores se conviertan en personas dependientes (físicamente). Está dirigido a las personas que se atienden en el sistema público de salud.

En Colombia, desde el año 2004 existen dos tipos de instituciones para la atención del adulto mayor (Centros de Bienestar del Adulto Mayor y Centros diurnos) que instalan instituciones sin fines de lucro mediante convenios con los municipios. Además, hay dos programas dirigidos a la población en situación de indigencia o extrema pobreza. El Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM) consiste en la entrega de un subsidio económico en efectivo y en servicios sociales básicos o complementarios (alojamiento, alimentación y salud). El Programa Nacional de Alimentación al Adulto Mayor brinda alimentación complementaria mediante un almuerzo durante 250 días al año, a 400.000 adultos mayores en condiciones de extrema vulnerabilidad económica y social.

En México, hay un Programa de Atención Integral a la población adulta mayor que depende del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Éste brinda atención a quienes se encuentran en estado de desamparo o desventaja social. El servicio consiste en dos centros de atención en el Distrito Federal y dos Casas Hogar para Ancianos en dos municipios (Cuernavaca y Oaxaca). Además, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) posee seis centros de atención en salud (todos en la ciudad de México).

En Uruguay, el Programa Nacional del Adulto Mayor (marzo 2005) tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años. Sus propósitos son atender distintos aspectos del cuidado como: adecuar los servicios, capacitar al personal, prevenir enfermedades y establecer sistemas de ayuda familiares. Para la atención en salud existe el Carné Gratuito de Asistencia Vitalicio para acceder a los servicios del sector público. Además desde el año 1997, se le permite a los pasivos (jubilados o pensionistas) de bajos ingresos acceder al seguro de enfermedad del Banco de Previsión Social aportando un 3% del monto de su pasividad.

PAISES	Programas de atención al adulto mayor
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI)</i> asiste a jubilados, pensionistas y sus familiares. ♦ <i>Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, Promoción y Protección de los Adultos Mayores</i> (del Ministerio de Dpto. Social) los beneficiarios son personas que requieren atención domiciliaria y se encuentran en situación de riesgo social. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los beneficiarios, capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas de cuidado domiciliario y promover la formación de sistemas locales de atención domiciliaria.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa de Salud del Adulto Mayor</i> encargado de mantener y recuperar la autonomía de esta población. El foco está en el cuidado de la salud de enfermedades crónicas de alta prevalencia para evitar que se conviertan en factores limitantes. Está dirigido a personas mayores de 65 años que se atienden en el sistema público de salud.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Centros de Bienestar del Adulto Mayor y Centros diurnos</i> se establecen mediante convenios entre instituciones sin fines de lucro y los municipios. ♦ <i>Programa de Protección Social al Adulto Mayor</i>: consiste en la entrega de un subsidio económico en efectivo y en servicios sociales básicos o complementarios (como alojamiento, alimentación y salud). ♦ <i>Programa Nacional de Alimentación al Adulto Mayor</i>: ofrece servicios básicos de alimentación a las personas más pobres y vulnerables.
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social</i> del DIF (organismo público encargado de desarrollar políticas para la atención de la población vulnerable) opera a través de dos centros de atención. ♦ El <i>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)</i> posee una serie de programas entre los cuales se encuentran los Centros de Atención Integral que brindan servicios de salud a toda la población (incluso a quienes están afiliadas a la seguridad social), asesoría jurídica, bolsa de trabajo, capacitación.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa Nacional del Adulto Mayor</i> (desde marzo de 2005) tiene el propósito de mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor de 65 años. Dentro de los objetivos del programa se encuentran: a) adecuar los servicios de salud que atienden al adulto mayor; b) mejorar ciertos aspectos sociales del adulto mayor (establecer sistemas de ayuda familiares, desarrollar una cultura de la prevención a través del deporte, la recreación y el uso del tiempo libre), y c) desarrollar una formación adecuada de las personas vinculadas con el adulto mayor. ♦ El Ministerio de Salud Pública ofrece un <i>Carné Gratuito de Asistencia Vitalicio</i> a los pasivos mayores de 65 años con radicación efectiva en el país que no posean otra cobertura de asistencia médica integral.

f.3 El acceso a los servicios de cuidado (servicios de salud y otros)

En el caso de los servicios de salud, el acceso a los mismos depende en algunos países de su vínculo con la cobertura de la seguridad social. De todas formas, en todos hay porcentajes relevantes de la población adulta mayor que es usuaria del sistema público y, finalmente, están quienes contratan los servicios del sector privado en forma particular.

En Argentina, se ha incrementado la cobertura de salud del sector público ya que el porcentaje de población cubierta por las obras sociales y los seguros privados (plan médico o mutual) descendió de 88% a 81% entre 1988 y 2001. A su vez, se constatan diferencias regionales importantes: las regiones más pobres cuentan con una mayor proporción de personas sin cobertura previsional o privada. Ello, probablemente, acentúa la carga de trabajo en las mujeres al recaer el cuidado en las familias y un sector público desfinanciado (Sanchís, 2007).

En Brasil, sólo el 29,8% de las personas mayores de 65 años tienen seguro de salud privado. En general, la población se atiende en el sistema público de salud (el SUS -Sistema Único de

Salud). Ello exige inversiones importantes en tecnología médica; y ha llevado como plantea Guedes (2007) a que una proporción creciente de la población de más altos ingresos se transfiera a los seguros privados.

En México, el 45,8% de los hombres y el 46,5% de las mujeres mayores de 65 años son usuarios de los servicios de salud a través de las instituciones de seguridad social. La tercera parte de los hombres y de las mujeres contrata servicios médicos privados, y un 20% de ellos se atiende en los servicios públicos. Salazar (2007) plantea que ha habido un deterioro de la calidad del servicio que proveen las instituciones de seguridad social así como del servicio público.

En Uruguay, un 28,2% de la población mayor de 60 años se atiende en salud pública en forma gratuita y el 58,6% en una mutualista. En este último caso, la atención puede ser a través del seguro de enfermedad del Banco de Previsión Social (que está habilitado para quienes tienen ingresos reducidos) o se contratan los servicios en forma particular. Hay quienes contratan un segundo tipo de cobertura y optan, en general, por las emergencias móviles. En caso de contratar una tercera opción, escogen el servicio de acompañamiento. Este es un servicio bastante difundido en Uruguay, pero tal vez no tanto en la región. Consiste en la provisión de servicios de enfermería y acompañantes a domicilio o en instituciones de salud (sanatorios, hospitales u otros). Este último tipo de servicio es contratado principalmente por las mujeres (probablemente porque viven solas dada su mayor expectativa de vida. El 26,5% de las mujeres y el 18,2% de los hombres mayores de 60 años contratan servicio de acompañamiento.

También existen servicios de residencias de salud u hogares de ancianos. En Uruguay hay tanto instituciones públicas como privadas. En general, las instituciones públicas tienen una cobertura bastante reducida y cobran al usuario un porcentaje de su jubilación o pensión. En 2004 sólo 2,4% de la población adulta mayor residía en este tipo de hogares (casas de salud o residencias). El porcentaje es similar al del censo de 1996, aunque en números de personas la población se incrementa de 9.000 a más de 13.000.

En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor creado en el año 2002, se encarga de la protección al adulto mayor ante el abandono e indigencia, así como de promover el respeto de sus derechos y velar por la no discriminación. Se conoce que existe una gran cantidad de hogares de larga estancia para la acogida de adultos mayores, pero aún no se ha implementado un sistema eficiente de fiscalización y catastro de la cobertura y el tipo de servicios que ofrecen. Sólo se conoce que en el año 2004 había 635 hogares registrados.

El servicio de hogares diurnos es aún menos difundido. En Uruguay, existe una experiencia muy reducida en la provisión de este tipo de servicios a nivel del municipio de Montevideo, donde existen dos hogares diurnos gratuitos. En México, las dos Casas Hogar para Ancianos del DIF (en Cuernavaca y Oaxaca) ofrecen alojamiento, alimentación, vestido, residencia y también atención diurna.

En Colombia, hay Centros de Bienestar del Adulto Mayor y Centros diurnos en distintos municipios. Además, las Cajas de Compensación Familiar han desarrollado los "Centros Día" en los que los adultos mayores acuden para realizar actividades recreativas, de prevención en salud y socialización con otros mayores.

g. Cuidado de personas con discapacidad

En promedio en América Latina un 10% de la población total padece alguna discapacidad. Según los datos recogidos en los países bajo estudio de censos o encuestas nacionales: en México es 1,8%, Colombia 6,3%, Argentina 7,1%, Uruguay 7,6%, Chile 12,9% y Brasil 14,5%.

En general, las mujeres por su mayor esperanza de vida tienen una alta incidencia de la discapacidad en los rangos de edad más avanzados. En los hombres, la discapacidad puede tener mayor incidencia entre los jóvenes (en Uruguay en los menores de 30 años y en México en los que se ubican entre 15 y 39 años de edad).

PAISES	Población con discapacidad
Argentina	<ul style="list-style-type: none">♦ 7,1% de la población de los centros urbanos mayores a 5.000 habitantes.♦ La incidencia de la discapacidad aumenta con la edad.♦ 20,6% de hogares albergan al menos una persona con discapacidad. (GBA 16,9%, Cuyo y Noroeste 26%)
Brasil	<ul style="list-style-type: none">♦ 14,5% población sufre discapacidad.♦ La incidencia de la discapacidad crece con la edad.♦ 25% de los discapacitados son mayores 60 años.
Chile	<ul style="list-style-type: none">♦ 12,9% de la población presenta alguna discapacidad.
Colombia	<ul style="list-style-type: none">♦ 6,3% de la población presenta alguna discapacidad.
México	<ul style="list-style-type: none">♦ 1,8% de la población presenta alguna discapacidad.♦ En los hombres la mayor incidencia es entre los 15 y 39 años y en las mujeres en las mayores de 60.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none">♦ 7,6% de la población total, de las cuales el 57% son mujeres. En 20% de los hogares particulares.♦ La mayor incidencia de la discapacidad en los varones es en los menores de 30, mientras que en las mujeres se da en las mayores de 65.♦ Hay un 18% que son niños/as, adolescentes y jóvenes.

Un documento reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea las dificultades que padece esta población para acceder a servicios adecuados y de calidad (sólo un 2% accede a servicios de rehabilitación), considerando además que existe un vínculo importante entre discapacidad y pobreza.

El foco del informe de OPS está en que no sólo son necesarios servicios para la rehabilitación física, sino también para la inclusión social. Se requiere acceso equitativo a los servicios de salud, educación, ocupacionales y recreativos para tener una vida de calidad, participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de la comunidad (Vásquez, 2006).

Los sectores involucrados en la rehabilitación se han desarrollado de manera poco coordinada y básicamente centrados en aspectos de salud y educación. En general, existen servicios de enseñanza especial que cubren el nivel básico de educación y programas públicos de salud específicos para esta población.

La cobertura educativa para esta población, en general, es baja. En América Latina, sólo entre un 20 y 30% de la población infantil con discapacidad asiste a la escuela. En Uruguay, que existe una gran cobertura educativa la atención de esta población es menor. Sólo el 88% de los/as niños/as entre 4 y 15 años de edad asisten a educación inicial, primaria o secundaria. El 72% de la cobertura es pública y 28% privada. En Chile, el 27% de las escuelas especiales posee régimen de Jornada Escolar Completa.

Los sistemas de educación especial están siendo cuestionados como factor de segregación social. Más allá que el objetivo era brindar una atención especializada a esta población, ello va generando obstáculos tanto para su inserción en el entorno social como para su futura inserción laboral. El planteo desde un enfoque inclusivo es que la discapacidad individual no es un impedimento para trabajar, participar y gozar de los derechos ciudadanos. Dicho enfoque promueve que las escuelas preparen a todos los individuos para la vida, el empleo, la independencia y la participación en la comunidad, enseñándolos a convivir con las diferencias.

Hay diversos programas desde los ministerios de salud y los organismos de la seguridad social para brindar atención a esta población. Básicamente buscan complementar la atención que ofrece el sistema público de salud. En varios casos los destinatarios de los programas son las personas de bajos recursos. Hay programas más novedosos como el de cuidados domiciliarios que se desarrolla en Argentina, pero acotado a patologías muy severas y a la población en situación de riesgo social.

PAISES	Programas públicos de salud para personas con discapacidad
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral para personas con discapacidad</i> brinda prestaciones de carácter preventivo, de rehabilitación, terapéutico educativas y asistenciales (desde 1997). ♦ <i>Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios</i> abarca también a discapacitados y personas con patologías crónicas invalidantes o terminales que requieren atención domiciliaria y se encuentran en situación de riesgo social.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Plan Obligatorio de Salud Subsidiado</i> amplía la oferta de servicios de salud a la población de escasos recursos beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social (de 1993).
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa de Atención a Personas con Discapacidad</i> (del DIF) en coordinación con unidades estatales y municipales atiende de forma directa ó a través de la coordinación con instituciones públicas, privadas y ONGs. ♦ <i>Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades</i> de la Secretaría de Salud. Realiza acciones para reducir la incidencia de la discapacidad y la promoción de la equidad y calidad de los servicios.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>El Departamento Médico Quirúrgico (DE.ME.QUI.)</i> del Banco de Previsión Social (BPS) brinda servicios de atención a beneficiarios del régimen de Asignaciones Familiares que presentan malformaciones congénitas o problemas al momento de nacer.

La OPS promueve en comunidades rurales (con escasa cobertura de servicios de rehabilitación) el programa “Servicios de Rehabilitación de Base Comunitaria” para garantizar una atención integral a las personas con discapacidad. Esta estrategia ha sido impulsada en los países de la región en los últimos 20 años, pero reconocen que aún no constituye una prioridad en los planes de salud. Entre los países bajo estudio, los mayores avances se estarían registrando en Argentina, Brasil, Colombia, y México. La estrategia consiste en la participación de la familia y la comunidad en la planificación y ejecución de programas de prevención y rehabilitación, y los servicios son prestados por trabajadores de la comunidad. (OPS, 2002)

La cobertura de salud de la población con discapacidad es básicamente del sector público. En Chile, el 75,7% de dicha población se atiende en el sector público. En México, solo el 44% es derechohabiente de las instituciones de la seguridad social, el resto se atiende en instituciones privadas (32%) y en los servicios de salud proporcionados por el gobierno (SS) y el Sistema Nacional (DIF).

En Uruguay, la cobertura de salud de esta población es casi universal y una mayor proporción de la población con discapacidad (en relación al resto) se atiende en los servicios de salud pública.

Los programas de la seguridad social, en general, están previstos para cubrir riesgos profesionales, enfermedades y accidentes ocupacionales. Por lo tanto, las pensiones por discapacidad están dirigidas a las personas que han trabajado en forma asalariada, básicamente en el área urbana, y poseían cobertura de riesgos por accidentes de trabajo. Son escasas las pensiones a las personas que padecen alguna discapacidad desde el nacimiento o cuyo origen no fue un accidente laboral.

En los países donde existe alguna asistencia monetaria a las personas con discapacidad, exceptuando la referida a accidentes de trabajo, está dirigida a sectores de la población de escasos recursos, o en el caso de Uruguay se incluye también a las personas que requieren asistencia permanente.

Además, existen los beneficios de asignaciones familiares para hijos/as de trabajadores afiliados al sistema de seguridad social. En Argentina, cuando el hijo/a posee discapacidad no se aplica el tope salarial, con lo cual todos/as los/as trabajadores/as asegurados perciben el beneficio. En Uruguay se mantiene el tope de ingresos pero el monto de la asignación es el doble que la normal. El beneficio se mantiene hasta los 15 años si estudia y de por vida si no trabaja o no percibe otra prestación. En Colombia, el subsidio familiar se extiende a hijos/as y hermanos/as huérfanos/as que convivan y dependan económicamente de el/la trabajador/a.

En Chile existe el Subsidio Único Familiar para los/as menores de 18 años que padezcan alguna discapacidad y no cuenten con otra cobertura de la seguridad social.

PAISES	Cobertura de ingresos de la seguridad social
Argentina	♦ <i>Asignación Familiar</i> para hijo/a con discapacidad. No se le aplica el tope salarial al trabajador/a asegurado.
Brasil	♦ Art 203 Constitución asegura un ingreso mínimo mensual a la persona con discapacidad que no posea ningún ingreso.
Chile	♦ <i>Subsidio Único Familiar</i> para discapacitados menores de 18 años que no cuentan con otra cobertura de seguridad social (reciben 2 SUF). ♦ Para personas > 18 años existe la <i>Pensión Asistencial de Invalidez</i> si pertenecen a grupos familiares de bajos recursos y no reciben otra pensión. ♦ <i>Pensión Asistencial para deficientes mentales</i> en el caso de personas de cualquier edad carente de recursos.
Colombia	♦ <i>Subsidio Familiar</i> para hermanos huérfanos y/o hijos de el/la trabajadora que convivan y dependan económicamente de él o ella y sean inválidos o con disminución de su capacidad física (que hayan perdido más del 60% de su capacidad normal de trabajo). El subsidio se percibe sin límite de edad y se paga doble si reciben educación o formación profesional especializada en un establecimiento idóneo. El trabajador debe percibir una remuneración mensual inferior a 4 salarios mínimos mensuales, trabajar al menos 96 horas al mes; y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero/a, no sobrepasen 6 salarios mínimos. ♦ <i>Pensión por invalidez</i> en caso de accidente de trabajo.
México	♦ No hay pensiones para las personas por tener una discapacidad. Sólo existe la pensión para los casos que padecen una invalidez por un accidente de trabajo si estaban asegurados.
Uruguay	♦ <i>Pensión por Invalidez</i> a las personas de cualquier edad con familia carente de recursos o si requiere asistencia permanente. ♦ <i>Asignación Familiar doble</i> para hijos/as de trabajadores afiliados al BPS (con tope de ingresos). Se percibe de por vida si no trabaja o no recibe otra prestación. ♦ <i>Ayudas Especiales</i> para cubrir gastos de cuota escolar o locomoción a beneficiarios del BPS. ♦ <i>Pensión de Sobrevivencia</i> cuando fallece un afiliado activo o pasivo del BPS a los/as hijos/as mayores de 21 años de edad absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo, o los padres absolutamente incapacitados para todo tipo de trabajo. En este último caso se debe demostrar dependencia económica.

La accesibilidad y movilidad son los principales problemas a los que se enfrenta la población discapacitada, debido a las barreras arquitectónicas y urbanísticas que intensifican la dificultad para integrarse al mercado laboral y realizar las actividades cotidianas. (OPS, 2002)

Alrededor de 50% de la población con discapacidad en la región tiene edad para trabajar. Sin embargo, los altos niveles de pobreza y desempleo en la población general, así como la clara relación entre la pobreza y la discapacidad, hacen que la situación de las personas con discapacidad en la región sea muy grave, ya que la mayoría están desempleadas o excluidas del mercado laboral. (Vásquez, 2006)

En general, las tasas de actividad y ocupación de las personas con discapacidad son muy inferiores a las del promedio de la población. En la última década se han desarrollado políticas para propiciar su empleo. En algunos países como Argentina, Brasil, Uruguay se han establecido cupos mínimos en los organismos del Estado y las empresas públicas que deben ser cubiertos por personas con discapacidad. En Brasil, la exigencia se extiende también a las empresas del sector privado con más de 100 empleados.

Por otra parte, a nivel de los ministerios de trabajo se desarrollan programas para mejorar la inserción laboral y las condiciones de empleabilidad de estas personas. En el caso de Chile, existe un Programa de Intermediación Laboral que evalúa las potencialidades de los/as candidatas/os; busca posibilidades de trabajo contactándose con empresas privadas y públicas; vincula las potencialidades y habilidades con las posibles ofertas laborales; y finalmente realiza un seguimiento entregando apoyo técnico ante eventuales necesidades de empleadores/as o trabajadoras/es.

PAISES	Programas o acciones para estimular el empleo
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe un cupo mínimo de 4% de los empleos en el Estado y las empresas públicas (desde 2003 se incluye en los empleos el personal contratado y los servicios tercerizados). ♦ <i>Programa de Apoyo a Talleres Protegidos de Producción</i> (1997) promueve la inserción de personas discapacitadas al mercado laboral a través de subsidios a proyectos empresariales. Se requiere que por lo menos el 80% de los trabajadores sean personas con discapacidad.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe un cupo mínimo para el empleo público. ♦ A su vez, a las empresas mayores de 100 empleados se les exige que entre un 2 y 5% de los cargos se ocupen con personas discapacitadas.
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa de Intermediación Laboral</i> para personas con discapacidad.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se han promovido incentivos (como la exención de impuestos) a las empresas que contraten personas con discapacidad. ♦ Existe algunos programas de formación para el trabajo para personas con discapacidad.
México	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>Programa de Integración Laboral de Personas con Discapacidad</i> de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, tiene como objetivo la integración o reintegración de personas discapacitadas a las actividades productivas.
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ♦ PROCLADIS (<i>Proyecto de Capacitación Laboral de Personas con Discapacidad</i>) busca estimular la autonomía personal por medio del trabajo, potenciar las capacidades personales y contribuir a la calificación y empleabilidad. ♦ A nivel municipal, en Montevideo se desarrollan programas de orientación y apoyo a las personas con discapacidad así como programas de capacitación. ♦ Existe un cupo mínimo de empleos en el Estado y las empresas públicas de 4%.

En algunos países existen comisiones asesoras del Estado sobre políticas o programas del gobierno dirigidos a esta población. En Argentina existe la Comisión Nacional Asesora para

la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS), dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros, cuya misión: promover y elaborar proyectos y programas para la integración de las personas con discapacidad; coordinar acciones de entidades públicas y privadas, sistematizar información y apoyar la elaboración de leyes. En Uruguay existe la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado (dependiente del Ministerio de Salud Pública) que tiene a su cargo la elaboración, estudio, evaluación y aplicación de los planes de política nacional de promoción, desarrollo, rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad (desde 1989).

En Chile, la institución encargada de programas y políticas para la discapacidad es el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) que depende del Ministerio de Planificación (Mideplan). Dicho organismo desarrolla proyectos y programas dirigidos a atender la discapacidad y, también, financia proyectos que tengan ese objetivo.

h. El cuidado del hogar

En América Latina es de amplia difusión la contratación de servicio doméstico para la resolución de las tareas del hogar. Ello se concentra básicamente entre los hogares de ingresos medios y altos.

En Argentina la crisis económica del 2002 contribuyó a una reducción del trabajo doméstico contratado, con lo cual esas tareas recaen en los miembros del hogar (principalmente en las mujeres).

En Chile, la encuesta de Ingresos y Gastos de 1997 informa que la población en el quintil más alto de ingresos es el que tiene mayor acceso al servicio doméstico remunerado ya que destina el 3,9% de sus ingresos a tal fin. Mientras en el cuarto quintil el gasto asciende al 1,3% del ingreso. En los quintiles siguientes, el acceso a ayuda doméstica es prácticamente nulo, descendiendo de 0,5% a 0,3% en el primer quintil. Ello se compensa con mayor trabajo no remunerado en el hogar, ya que quienes no cuentan con ayuda doméstica remunerada dedican el doble de tiempo a estas tareas.

En Uruguay, un 8,7% de los hogares tiene servicio doméstico (según la Encuesta de Hogares Ampliada del 2006). La proporción es mayor en Montevideo (11,2%) que en el Interior (6,9%). A su vez, en Montevideo más de la mitad del servicio doméstico corresponde a hogares de nivel socioeconómico medio-alto y alto. El 31% de los hogares de ingresos altos contrata este servicio.

Habría otra serie de servicios que los hogares consumen en función de sus posibilidades y requerimientos como ser: comida elaborada, lavanderías, etc..

3.2. Economía del cuidado no remunerada

La economía del cuidado no remunerada consiste en el trabajo no remunerado que se realiza al interior del hogar, las ayudas que se brindan entre hogares y los servicios provistos por la comunidad en forma voluntaria. El énfasis del estudio fue identificar la carga de trabajo y su distribución por sexo. Para ello se requiere de encuestas de uso del tiempo que se han implementado sólo en algunos países (Argentina, México y Uruguay). En otros casos se utilizó la información disponible que permitiera hacer alguna aproximación al tema (Brasil, Chile y Colombia).

México es el único país que no sólo dispone de encuestas de uso del tiempo con cobertura nacional, sino que además, dispone de encuestas en dos momentos distanciados del tiempo que permiten hacer comparaciones intertemporales (1996 y 2002). En Argentina y Uruguay las encuestas de uso del tiempo que se han desarrollado no son representativas a nivel nacional. En ambos casos se encuestó la capital del país. En Uruguay abarca un área algo más extensa (el área metropolitana) que representa el 59% del país urbano.

La información sobre uso del tiempo en Argentina aún no está disponible, pero se utilizó la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2001 que releva alguna información sobre uso del tiempo y tareas domésticas. En Brasil, sólo se dispone de la información que releva la Encuesta Nacional de Hogares (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios, PNAD) desde el año 2001 sobre las horas utilizadas en tareas domiciliarias por sexo y edad. En Chile y Colombia se dispone de información obtenida mediante estudios cualitativos.

El propósito de la investigación fue analizar la asignación de responsabilidades de cuidado al interior del hogar, la distribución del trabajo no remunerado por sexo; el vínculo entre trabajo remunerado y no remunerado; y la carga global de trabajo de cada miembro del hogar.

a. Responsables del cuidado

Se considera responsable del cuidado a la persona que dedica la mayor cantidad de tiempo a la realización, organización y distribución de las tareas en el hogar. Para todos los países, la conclusión es que las mujeres son las responsables de las tareas del hogar.

En Uruguay, el 84% de los/as responsables de los hogares son mujeres de entre 30 y 49 años de edad. En Argentina, en el 78% de los hogares nucleares la cónyuge realiza más de la mitad de la jornada de trabajo doméstico.

En Brasil, el 91% de las mujeres ocupadas y el 97% de las inactivas, realizan tareas domésticas; mientras que entre los hombres lo hace 51% de los ocupados y 53% de los inactivos. En México, el 95,6% de las mujeres activas y el 98,3% de las inactivas realizan trabajo doméstico y entre los hombres el 58% y 62% respectivamente. Entre 1996 y 2002, se constata un incremento en la participación de los hombres en las tareas del hogar, pero se mantiene la brecha de género.

En Chile se calculó un índice de participación que consiste en tomar los puntajes individuales obtenidos por los miembros del hogar de acuerdo a la cantidad de tareas domésticas y familiares que declaraban haber realizado en días hábiles y en fin de semana. Se definieron 6 áreas en lo doméstico y 6 áreas en lo familiar, a las cuales se les asignó un peso o valor de

acuerdo a la frecuencia promedio que demandaba su realización durante la semana. El resultado es que la participación de los hombres es muy reducida y la diferencia entre sexos se amplía en la franja entre 18 y 60 años de edad, donde el valor del índice para las mujeres es 6,1 en promedio y para los hombres es 1,3.

En Colombia se calcula la tasa de participación en el trabajo doméstico de las personas en edad de trabajar y se obtiene que para las mujeres es 32,1% y para los hombres 0,96% en el año 2005. Ambos porcentajes registraron leves incrementos desde el año 2000.

b. Distribución por sexo del trabajo no remunerado

En cuanto a la distribución de las tareas dentro del hogar, las mujeres se encargan principalmente de las tareas de cuidado de niños, ancianos y enfermos, el aseo y la preparación de comidas; mientras los hombres realizan tareas de reparación y mantenimiento.

En Argentina, las tareas en que claramente los hombres tienen una mayor participación que las mujeres son la reparación de artefactos y mantenimiento de la vivienda. Entre las tareas que tienen mayor participación están también el hacer las compras y cocinar. Mientras que las mujeres tienen una alta participación en la realización de todas las tareas, excepto la reparación de artefactos. En las familias nucleares con niños menores de 14 años, el 90% de las mujeres cónyuges se hacen cargo de su cuidado y socialización, frente a poco más del 50% de los hombres. Además, en el 18% de las familias nucleares hay ancianos o enfermos que requieren cuidado y atención. En este tipo de tarea se acentúa el rasgo genérico que tiñe casi la totalidad de las tareas domésticas: sólo un 24% de los cónyuges varones participa, frente al 86% de las cónyuges mujeres.

En Chile, el aseo del hogar, las compras, el cuidado de niños y la preparación de las comidas es una responsabilidad básicamente femenina. Al igual que en el caso anterior, los hombres se destacan en la realización de las reparaciones del hogar.

La información para México muestra un panorama muy similar. En ese caso las tareas de cuidado del hogar son casi exclusivamente femeninas, los hombres tienen una participación algo superior en el cuidado de los/as niños/as. Entre 1996 y 2002, se observa una participación mayor de los hombres tanto en el cuidado de niños/as como en las tareas del hogar (en limpieza, fregado y lavado de ropa).

En Uruguay, las mujeres asumen en mayor proporción y, por lo tanto, no consiguen colaboración de otros miembros en: organización y distribución de tareas, lavar y planchar, confección y arreglo de la ropa, cocinar. Los hombres asumen, en cambio, las reparaciones en el hogar, las compras, la cría de animales y cultivo y la realización de gestiones fuera del hogar. Cuando en los hogares el responsable es varón las tareas que tienen la marca de género femenino tienden a ser realizadas por otros miembros del hogar o son sustituidas por bienes y servicios adquiridos en el mercado.

c. Relación entre trabajo remunerado y no remunerado

La conciliación entre vida familiar y laboral evidentemente no es fácil para las mujeres. Aún cuando éstas pertenecen a hogares nucleares donde ambos cónyuges están ocupados, la carga de trabajo en el hogar recae en las mujeres. En Argentina se encuentra que cuando la carga de trabajo extradoméstico es muy elevada, se tiende a redistribuir la tarea con los demás integrantes del hogar (hijos/as y cónyuge). En Uruguay, la información recogida da cuenta que la carga de trabajo de las mujeres en el hogar es independiente de la cantidad de horas de trabajo remunerado.

En todos los países existe una brecha notoria de la relación trabajo remunerado y no remunerado que realizan hombres y mujeres. Es común que esa brecha sea mayor en los niveles más bajos de ingreso y/o de calificación. En Brasil se señala que, entre quienes trabajan en forma remunerada, es mayor la carga de trabajo no remunerado cuando menor es el nivel de calificación. El diferencial de horas promedio dedicadas a las tareas domésticas entre hombres y mujeres cae a medida que aumenta el grado de instrucción de ambos.

En general, las mujeres destinan menos tiempo al trabajo remunerado por la necesidad de compatibilizar las responsabilidades dentro y fuera del hogar. A su vez, por ejemplo, en Colombia se aduce que las responsabilidades familiares son la principal razón para que las mujeres abandonen la búsqueda de empleo o el trabajo.

En Chile un estudio de SERNAM para 1999 señala que los hombres destinan 8,81 horas diarias al trabajo remunerado y las mujeres 7,23 horas; mientras que el trabajo doméstico les absorbe a las mujeres 2,61 horas diarias y a los hombres 0,55 horas.

En Uruguay, entre las personas ocupadas, los hombres trabajan en promedio 48,1 horas semanales en forma remunerada y las mujeres 38,7 horas. Esa diferencia es más que compensada por el trabajo no remunerado que en el caso de las mujeres son 32 horas semanales y en los hombres son 13 horas. Los hombres destinan en promedio 79% de su tiempo al trabajo remunerado, mientras en las mujeres es 55%.

En México cuando ambos cónyuges participan en el mercado laboral, el promedio de horas semanales de trabajo remunerado de las mujeres es 37 horas y el de los hombres 51 horas. Mientras el trabajo no remunerado absorbe 31 horas semanales a los hombres y el doble a las mujeres.

Por ello, se afirma que la carga de trabajo no remunerado que desarrollan las mujeres condiciona su inserción al mercado laboral y el tiempo que dedican a esa actividad.

d. Carga global de trabajo

Si se suma la carga de trabajo remunerado y no remunerado que realiza cada sexo, se concluye que las mujeres trabajan más y ello limita su tiempo de ocio y su bienestar.

La estimación realizada en Uruguay (que abarca a Montevideo y el área metropolitana), muestra que las mujeres trabajan en promedio 47,6 horas semanales y los hombres 41,4 horas. Ese total está compuesto en el caso de las mujeres de un 67% de trabajo no remunerado, mientras que en el caso de los hombres el 68,5% es trabajo remunerado.

En Argentina, sólo se dispone de la estimación de la jornada promedio en tareas domésticas que es de 8hs 30'. En los hogares donde no hay niños es menor a 6 horas y donde hay niños es superior a 9 horas diarias. Los hogares pobres tienen una jornada media de trabajo doméstico de una hora más que las familias no pobres (afectada por la mayor presencia de niños/as en esos hogares). A su vez, en los hogares nucleares se observa que el 50% de los hogares pobres están conformados por familias donde el hombre trabaja en forma remunerada y la mujer no; y en un 38% de esos hogares las familias están compuestas por una pareja donde ambos trabajan. Mientras que en los hogares nucleares no pobres el 49% son familias “modernas” y el 34% son familias “arquetípicas”.

En Brasil, las mujeres ocupadas trabajan en promedio 20,8 horas semanales en forma no remunerada y los hombres 9,1 horas. En el caso de las mujeres se observa una fuerte concentración del tiempo destinado al trabajo no remunerado entre las 10 y 30 horas semanales, mientras que en el caso de los hombres un 89% dedica menos de 20 horas.

Según sector de actividad, la mayor carga de trabajo doméstico la registran las trabajadoras agrícolas, seguidas de las que trabajan en la producción, reparación y manutención de bienes y servicios, vendedoras y prestadoras de servicios y trabajadoras de los servicios. En estas categorías se encuentran las trabajadoras con menor nivel de instrucción. La categoría de trabajadoras que declara destinar menos tiempo al trabajo doméstico son las que ocupan los cargos directivos, probablemente porque disponen de más recursos para contratar servicio doméstico. De todas formas, destinan en promedio 16 horas a la semana al trabajo no remunerado y el diferencial de horas con los hombres de igual ocupación es de 2,14 veces.

En el caso de los hogares que pueden contratar servicio doméstico, se reduce el tiempo de trabajo destinado a las tareas en el hogar. Pero, por ejemplo, en el caso de Argentina uno de los efectos de la crisis económica fue la reducción del empleo doméstico con lo cual las familias debieron redistribuir las tareas al interior del hogar. Ello se supone generó un aumento de la carga de trabajo de las mujeres en forma no remunerada. Aún hoy los hogares no pobres siguen sin demandar trabajo doméstico remunerado, con lo cual se intuye que los salarios ofrecidos deben ser tan bajos que no cubren el costo de oportunidad de las mujeres pobres que son quienes realizan este tipo de tareas.

4. Conclusiones

El estudio de la economía del cuidado en estos seis países buscó identificar la distribución de responsabilidades en la provisión de cuidado entre instituciones (Estado, mercado, familia y comunidad), así como entre sexos al interior de la familia y el hogar.

En términos de distribución de responsabilidades institucionales, la familia se mantiene como un pilar fundamental. El cambio en las últimas décadas está centrado en la transferencia de servicios desde el Estado al sector privado y a las familias, tanto por la privatización como por su omisión en la provisión de ciertos servicios de cuidado. Las mujeres que son la principal proveedora de cuidado a nivel de la familia han registrado una fuerte inserción laboral, lo cual genera una importante demanda de servicios de cuidado. El mercado reacciona más rápidamente para dar respuesta a las necesidades de las familias que cuentan con poder adquisitivo para contratarlos. Ello genera un acceso diferenciado a los servicios según estratos de ingreso que contribuye al “círculo vicioso” de la pobreza (Aguirre, 2005). Para garantizar calidad y acceso a estos servicios se requiere una fuerte regulación y control estatal.

La mayor participación laboral de las mujeres no ha contribuido a una mayor redistribución de las tareas vinculadas al mantenimiento físico del hogar y el cuidado de las personas dependientes. Ello va acompañado de un proceso de envejecimiento de la población que exige adaptar las responsabilidades y las tareas de cuidado al nuevo perfil demográfico.

En pocos países se han instrumentado políticas de cuidado para atender y promover la mayor inserción laboral de las mujeres. La población infantil de 0 a 3 años es la que recibe menor atención. En general, los programas de cuidado para esa población tienen un objetivo anti-pobreza. Las madres han sido un recurso para llevar adelante esos planes, pero se desaprovecha la posibilidad de brindarles alternativas a la situación de pobreza como formación y apoyo a la inserción laboral.

Experiencias como la que surge en Colombia a través de la organización comunitaria para el cuidado de los/as niños/as del barrio mientras sus madres salen a trabajar es interesante, ya que busca brindar apoyo para que éstas mujeres se inserten laboralmente. Pero la dificultad ha sido que el Estado cuando institucionaliza la iniciativa a través de los Hogares Comunitarios, no reconoce la condición de trabajadoras de las llamadas “madres sustitutas”. Se les pagan bajos salarios y no poseen cobertura de la seguridad social. El Estado sostiene que “es un aporte voluntario que ellas realizan a la comunidad en el cuidado de la infancia”. De la forma que está planteado parece que más bien es un trabajo que se considera las mujeres deben realizar, de forma no remunerada y sin derechos laborales como lo han realizado históricamente para la sociedad.

En Chile, los últimos dos gobiernos de la Concertación han instrumentado iniciativas que apuntan a resolver desde el Estado necesidades de cuidado para facilitar la inserción laboral de las mujeres. Se brinda una oferta de cuidado en jornadas de ocho horas o más extensas para mujeres de escasos recursos que están ocupadas o buscan trabajo, son jefas de hogar o madres adolescentes. Se han adecuado servicios de cuidado para hijos/as de trabajadoras del sector agroexportador cuya zafra laboral se verifica en época de vacaciones escolares. Una iniciativa muy relevante y más reciente es la promoción de la extensión de la jornada escolar en la enseñanza primaria.

Como se observa los esfuerzos se centran en el cuidado de los/as niños/as y se piensan como contribución o ayuda a la inserción laboral de las mujeres. Algo similar ocurre con la legislación laboral que tendría como objetivo facilitar la conciliación entre vida familiar y laboral. Esta ha estado dirigida a las mujeres como madres, dando por hecho que los hombres cuentan con una mujer que cuida a sus hijos/as. Ello ha llevado, como en el caso de Chile con la legislación sobre salas cuna en las empresas, a discriminar en contra de la contratación de mujeres.

Por otra parte, la legislación laboral no se ha adecuado a los nuevos requerimientos y demandas de cuidado de las familias. La misma atiende básicamente la situación de las mujeres en los períodos de gestación, alumbramiento y lactancia. Las licencias por paternidad y enfermedad de hijos/as son más recientes y tienen muy poca difusión. En Argentina y Uruguay, las licencias por paternidad abarcan sólo a los funcionarios del sector público (en el sector privado sólo por convenio colectivo). Mientras en Brasil, Chile y Colombia alcanza a todos los trabajadores y en México no existen. Los permisos por enfermedad de hijo/a existen en Chile para niños/as menores a un año. Luego hay opciones en Argentina y Uruguay de solicitar “licencia especial” que en Argentina es sin goce de sueldo y en Uruguay sólo para funcionarios públicos. En todos estos casos, se trata de trabajadores del sector público o cubiertos por la seguridad social, o sea, que no es el conjunto de los/as personas ocupadas que gozan de estos derechos.

A su vez, en ningún caso se han atendido las posibles demandas de apoyo en el cuidado de otras personas dependientes como pueden ser los adultos mayores y las personas con discapacidad. En general, los servicios que brindan atención a esta población están diseñados para que exista una familia detrás que sustenta la vida cotidiana de estas personas. No se han diseñado servicios para atender la situación de personas solas o que no puedan desenvolverse autónomamente y requieran algún tipo de atención. Son inexistentes, por parte del sector público, los servicios de cuidado domiciliario. Tampoco existen servicios para contribuir con el desarrollo de las tareas del hogar. Como contraparte, está muy difundida en América Latina la contratación de servicio doméstico para asistir en la resolución de las tareas del hogar y el cuidado de las personas. Pero, su consumo está básicamente concentrado en los hogares de ingresos medios-altos y altos.

En los servicios que tradicionalmente brinda el Estado como salud y educación, la expansión de la oferta contribuiría a reducir las desigualdades de acceso que se generan según estratos de ingreso y/o región geográfica. En general, la población de menores recursos y la que vive en las zonas más dispersas (rurales o del Interior del país) tienen una mayor cobertura del sector público. En Chile, Colombia y Uruguay la expansión de la cobertura educativa del sistema público contribuyó a reducir las brechas de acceso según ingresos del hogar. En Argentina el efecto no fue el mismo, se expandió la cobertura total pero se mantuvieron las brechas según ingreso y área geográfica. En este caso incide el proceso de descentralización de los servicios hacia las provincias y los municipios donde las regiones más pobres tuvieron que hacer frente a necesidades más amplias de la población.

La información disponible para Brasil, Chile y Uruguay demuestra que el incremento en el consumo de servicios de cuidado infantil se corresponde con la mayor inserción laboral de las madres. Por lo tanto, las desigualdades de acceso a estos servicios están condicionando sus opciones y oportunidades laborales.

En cuanto a los servicios de salud, donde el sector público es muy relevante en la atención de niños/as, ancianos/as y personas con discapacidad, la calidad del servicio tiende a ser inferior a la del sector privado. Los problemas, más allá de los específicamente vinculados a la atención médica, se relacionan con los tiempos de espera y los periodos de hospitalización. Ello está en estrecha relación con el déficit en los servicios de cuidado que deben afrontar las familias, y en particular las mujeres que son quienes respaldan a estos servicios.

La oferta privada de servicios, por la propia lógica del mercado, tiende a encontrar nichos en problemas no resueltos por el sector público. Es el caso del cuidado infantil a través de guarderías, salas cuna, etc.; las escuelas de tiempo completo; los servicios de emergencia móvil, la atención a domicilio o en centros de salud, las residencias para ancianos o centros de día para la atención de personas dependientes.

Como la provisión de servicios de cuidado requiere un uso intensivo de recursos humanos, la calidad de los servicios tiende a tener una alta correlación con el costo. Ello lleva a que el acceso a los servicios se diferencie en función de los ingresos. Por lo tanto, es primordial la regulación y el control que el Estado ejerza sobre el sector proveedor de servicios de cuidado para garantizar costos y calidad adecuados.

Como el trabajo de cuidado requiere de “tiempo, dinero y/o servicios” cuando los servicios públicos son acotados, las familias requieren de tiempo para cuidar o dinero para contratar servicios privados. El tiempo se ha ido restringiendo al incorporarse las mujeres al mercado laboral, implementarse ciertas prácticas de flexibilización laboral y consolidarse el modelo de “trabajador ideal”. En ese sentido, se necesita adecuar la legislación laboral para hacer más compatible la vida laboral y familiar.

En cuanto a prestaciones monetarias, existen en Argentina, Uruguay y Colombia contribuciones de la seguridad social para el cuidado de los/as hijos/as o menores a cargo. El monto de la prestación es en función del número de hijos/as pero cubren solo a los/as trabajadores/as asalariados/as del sector formal. A su vez, en la década de los noventa se restringió el beneficio a los hogares de menores ingresos. En Uruguay, en los últimos años se extendió a la población de muy bajos recursos. En Argentina y Colombia se han instalado otros programas de transferencias condicionadas para atender a esa población. Como los montos son tan reducidos difícilmente contribuyen a aliviar la tarea de trabajo no remunerado en el hogar, sino que más bien están pensadas para contribuir con los gastos de alimentación y vestimenta. En el caso de Colombia la prestación se concede también en el caso de padres que conviven y dependen económicamente de el/la trabajador/a.

Para los adultos mayores en muy pocos países existen pensiones no contributivas destinadas a brindar un ingreso a quienes no cuentan con recursos económicos en la vejez. Los sistemas de seguridad social son básicamente contributivos y ello ha llevado a que la protección de las mujeres sea menor a la de los hombres. Las reformas no lograron mejorar la cobertura provisional y, en algunos casos, profundizaron las diferencias por sexo al promover una relación más fuerte entre los esfuerzos contributivos y las prestaciones a nivel de cada individuo. En todos los países se verifica una mayor dependencia de las mujeres a las pensiones no contributivas. Sólo en México y Chile las mujeres conservan el privilegio de recibir la pensión de sobrevivencia sin excepciones. Pero, en promedio, las mujeres reciben pensiones inferiores que los hombres, y a pesar de que son la mayoría de la población adulta mayor están sub-representadas entre los perceptores de pensiones.

Las prestaciones monetarias para las personas con discapacidad (si esta no tiene como origen un accidente laboral donde el trabajador estaba asegurado) cubren, en general, a la población de muy bajos recursos, o en el caso de Uruguay se incluye también a las personas que requieren asistencia permanente. Además, existen los beneficios de asignaciones familiares para hijos/as de trabajadores afiliados al sistema de seguridad social (Argentina, Uruguay y Colombia). En Chile se percibe un subsidio de este tipo pero cubre a todos los menores de 18 años que no cuentan con otro beneficio de la seguridad social. También se están desarrollando en los distintos países programas para promover la inserción laboral de esta población. Ello es fundamental como contribución a la autonomía de estas personas.

Como se comentaba en un inicio, la forma cómo se organiza la provisión de cuidado en la sociedad determina el grado de autonomía de la familia y las personas. Ello tiene importantes consecuencias para la equidad de género porque puede habilitar un mayor desarrollo de capacidades y opciones para hombres y mujeres, o perpetuar la división sexual del trabajo que impera actualmente. Si, a su vez, la opción de autonomía está restringida a la contratación privada de servicios, en economías como las nuestras con estándares de vida tan desiguales, las diferencias se profundizan según estratos de ingresos.

De todas formas, aún en los hogares donde las familias acceden a ingresos que permiten contratar servicios para que sus miembros se inserten laboralmente, la carga por la responsabilidad del cuidado continúa recayendo en las mujeres. Por lo tanto, se requieren políticas de concientización y promoción de la redistribución de tareas y responsabilidades de cuidado entre sexos.

Es necesario asumir socialmente la responsabilidad por el cuidado, reconociendo al trabajo remunerado y no remunerado como un todo que contribuye al mantenimiento y reproducción del sistema económico y social. Para ello se requiere una visión integral en la definición de políticas, que atiendan las demandas de cuidado de la sociedad y considere sus interrelaciones con el resto del sistema para evitar efectos contrapuestos. Los impactos de políticas económicas (productivas, comerciales, financieras, monetarias, etc.) que afectan la economía del cuidado tienen efectos diferenciados entre sexos y al interior de cada sexo. Ello debe ser considerado para no profundizar las inequidades sociales, así como atender contra el bienestar social. Por otra parte, el mejor aprovechamiento de las capacidades promoviendo la equidad de género contribuiría al desarrollo económico y social.

Integrar el estudio de la configuración de la economía del cuidado al análisis de las políticas económicas, en particular, las políticas comerciales permitiría indicar hacia dónde se transfieren los costos y la carga del ajuste que resultan de dichas políticas. Ello se observaría a través de los cambios en la economía del hogar, la carga y distribución del trabajo no remunerado y los posibles efectos en el empoderamiento de hombres y mujeres. A su vez, hay que considerar los impactos que puedan realimentarse entre las desigualdades de género y los cambios promovidos por las políticas comerciales (UNCTAD, 2004).

5. Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. (2005) “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas” en Arriagada, Irma (editora) *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*, Serie Seminarios y Conferencias N° 46, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago.
- Arriagada, I. (2002) “Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas” en *Revista de la Cepal*, N° 77, agosto 2002.
- Bertranou, F. (2006) “Pensiones, género y (des)protección social: ¿Una agenda pendiente?” Capítulo IX en: Abramo, Laís (editora) *Trabajo decente y equidad de género en América Latina*, Oficina Internacional del Trabajo, Santiago.
- Çagatay, N. (2001) *Género, Pobreza y Comercio*, Departamento de Economía, Universidad de Utah, Salt Lake City.
- Castro, V. (2007) “Oferta de servicios de cuidado en Colombia y trabajo no remunerado”, Red Internacional de Género y Comercio.
- CEPAL (2006) *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Elson, D. (2002) *Macroeconomics and Macroeconomic Policy from a Gender Perspective*, University of Essex, United Kingdom.
- Elson, D. (1999) “Gender-Neutral, Gender-Blind, or Gender-Sensitive Budgets? Changing The Conceptual Framework to Include Women’s Empowerment and the Economy of Care” en *Gender Budget Initiative*, Background Papers. Commonwealth Secretariat. United Kingdom: London.
- Elson, D.; Cagatay, N. (2000) “The social content of macroeconomic policies” en *World Development*, Vol. 28, N° 7, pp. 1347-1364
- Ferber, M.; Nelson, J. (eds) (2003) *Feminist economics today: beyond economic man*. Chicago-Londres: The University of Chicago Press.
- Ferber, M.; Nelson, J. (eds) (1993) *Beyond Economic Man*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Güedes, M. (2007) “A economia do cuidado: as instituições no Brasil”, Red Internacional de Género y Comercio.
- Himmelweit, S. (2002) “Making visible the hidden economy: the case for gender-impact analysis of economic policy”, *Feminist Economics* 8(1), pp 49-70.
- Marco, F. (2006) “El trabajo de cuidado no remunerado y los sistemas de protección social en América Latina”, en *Cohesión Social, Políticas Conciliatorias y Presupuesto Público*. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Cooperación Técnica Alemana (GTZ).

- Marinakís, A.E. (1999) *Género, pobreza y empleo en los países del Cono Sur: Interrelaciones y estado de situación*. Santiago de Chile: OIT & ETM, 1999. N° 112.
- OPS (2002) “Promoción de la salud en las Américas” en *La salud en las Américas*, vol. I.
- Pautassi, L. (2004) “Legislación previsional y equidad de género en América Latina” en Marco, Flavia (coordinadora) *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género*, CEPAL-Reino de los Países Bajos, Santiago.
- Picchio, A. (1999) “Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social”. En: Carrasco, C. (ed) *Mujeres y economía*. Barcelona: Icaria – Antrazyt.
- PNUD (1999) *Informe de Desarrollo Humano*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Razavi, Sh. (2007) *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Gender and Development, Paper N° 3, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD), Geneva.
- Rodríguez Enríque, C. (2005) “Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones”. Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago.
- Salazar, R. (2007) “Servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar”, Red Internacional de Género y Comercio.
- Sanchís, N. (2007) “Las actividades del cuidado en Argentina. Cambios en las responsabilidades del estado, el sector privado, los hogares y por género, a partir de las reformas de los 90”, Red Internacional de Género y Comercio.
- Sen, G. (1995) “Alternative economics from a gender perspective”, *Development*, Vol 1.
- Sojo, A. (2005) “Estado, mercado y familia: el haz de bienestar social como objeto de política” en *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*, Serie Seminarios y Conferencias N° 46, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago.
- Staveren, I. van (2000) *A conceptualisation of social capital in economics: commitment and spill-over effects*, Working Paper Series N° 324, ORPAS Institute of Social Studies, The Netherlands.
- Sunkel, G. (2006) *El papel de la familia en la protección social en América Latina*, Serie Políticas Sociales N° 120, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago.
- United Nations Inter-Agency Task Force on Gender and Trade (2004) *Trade and Gender: Opportunities, Challenges and the Policy Dimension* TD/392. Geneva: UNCTAD.
- Uribe, C. (2002) *La reforma de pensiones en Colombia y la equidad de género*, Serie Mujer y Desarrollo N° 41, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Santiago.

Uthoff, A. (2006) *Brecha del Estado de Bienestar y reformas a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe*, Serie Políticas Sociales N° 117, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago.

Vásquez, A. (2006) “La discapacidad en América Latina” en Amate y Vásquez (editores) *Discapacidad: lo que todos debemos saber*, OPS, Washington.

World Development (1995) *Gender, Adjustment and Macroeconomics*, Vol. 23, N° 11. Montreal: ELSEVIER.

World Development (2000) *Gender, Macroeconomics and Globalization*, Vol. 28, N° 7. Montreal: ELSEVIER.