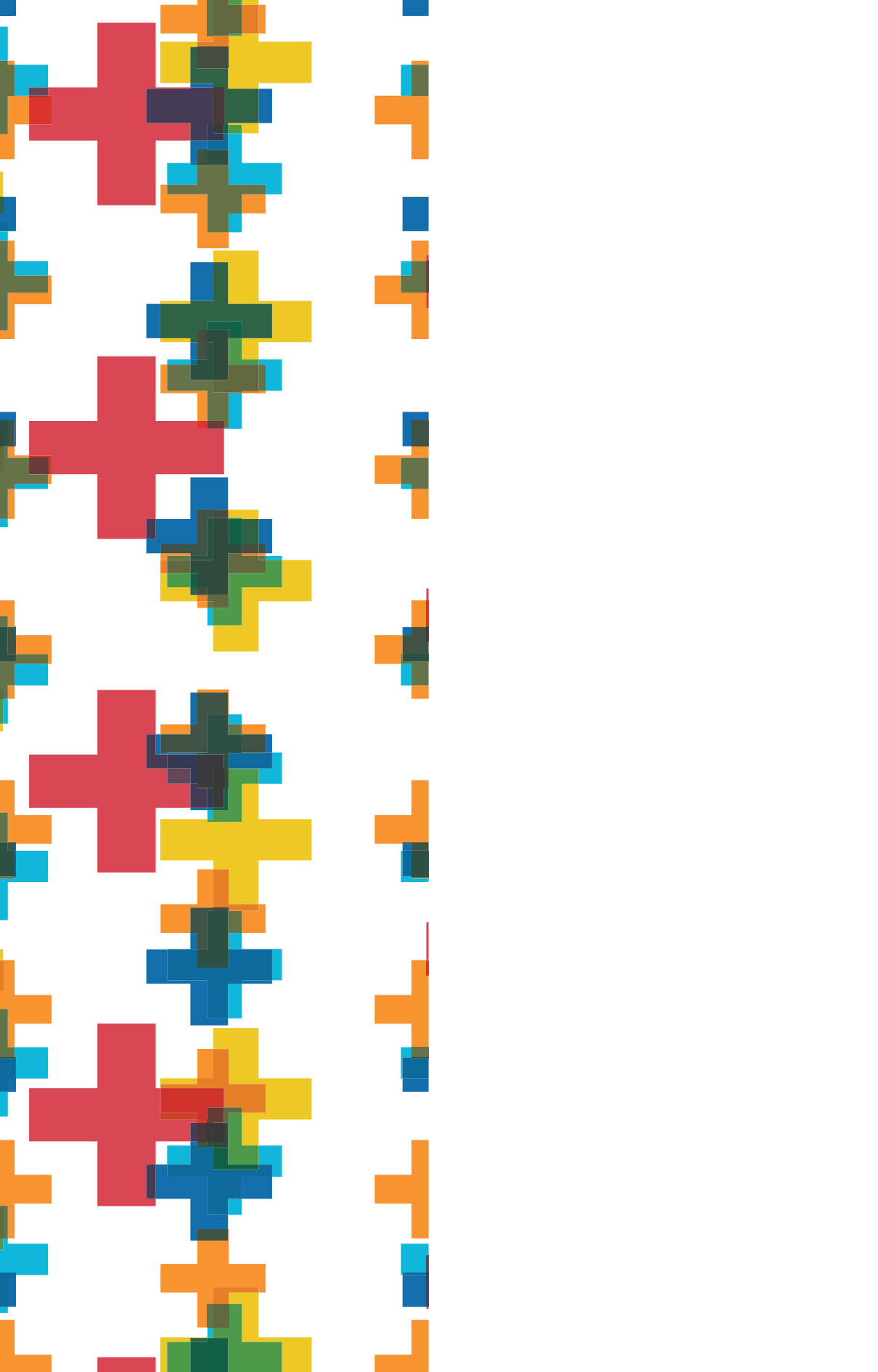




+ INCLUSIÓN SOCIAL

*Lecciones de Europa y perspectivas
para América Latina*



Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

+INCLUSIÓN SOCIAL

*Lecciones de Europa y perspectivas
para América Latina*

Pablo Ibararán, Nadin Medellín, Marco Stampini,
Patricia Jara, Begoña Pérez y Jana Parsons.

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/ProteccionSocial

Febrero de 2016



Agradecimientos

Pablo Ibararán, Nadin Medellín, Marco Stampini y Patricia Jara son parte de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Begoña Pérez es Profesora de Trabajo Social en la Universidad de Navarra y Jana Parsons es estudiante en la Universidad de Middlebury. Este informe ha sido elaborado con fondos del BID para estudios económicos y sectoriales "Protección social más allá de transferencias monetarias condicionadas: retos y alternativas" (RG- K1374). Un agradecimiento especial a todos los colegas de SPH por innumerables conversaciones y discusiones que enriquecieron el documento. También agradecemos a Pedro Cueva por comentarios y sugerencias útiles y a Guillermo Martínez por la edición del documento.

Catalogación en la fuente proporcionada por la Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo

Más inclusión social: lecciones de Europa y perspectivas para América Latina / Pablo Ibararán, Nadin Medellín, Marco Stampini, Patricia Jara, Begoña Pérez, Jana Parsons.

p. cm. — (Monografía del BID ; 359)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Social policy. 2. Social integration—Latin America. 3. Poverty—Latin America.

I. Ibararán, Pablo. II. Medellín, Nadin. III. Stampini, Marco. IV. Jara, Patricia.

V. Pérez, Begoña. VI. Parsons, Jana. VI. Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud. VII. Serie.

IDB-MG-359

Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

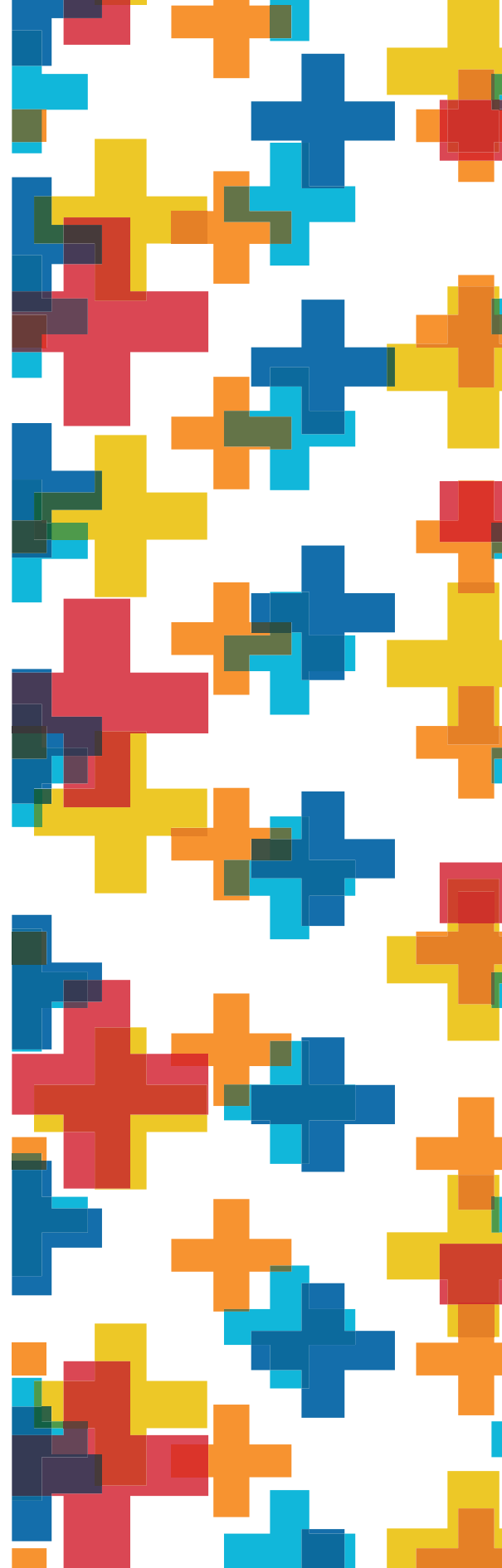
Diseño editorial: Círculo Salvo Comunicación | circulosalvo.com

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





Resumen

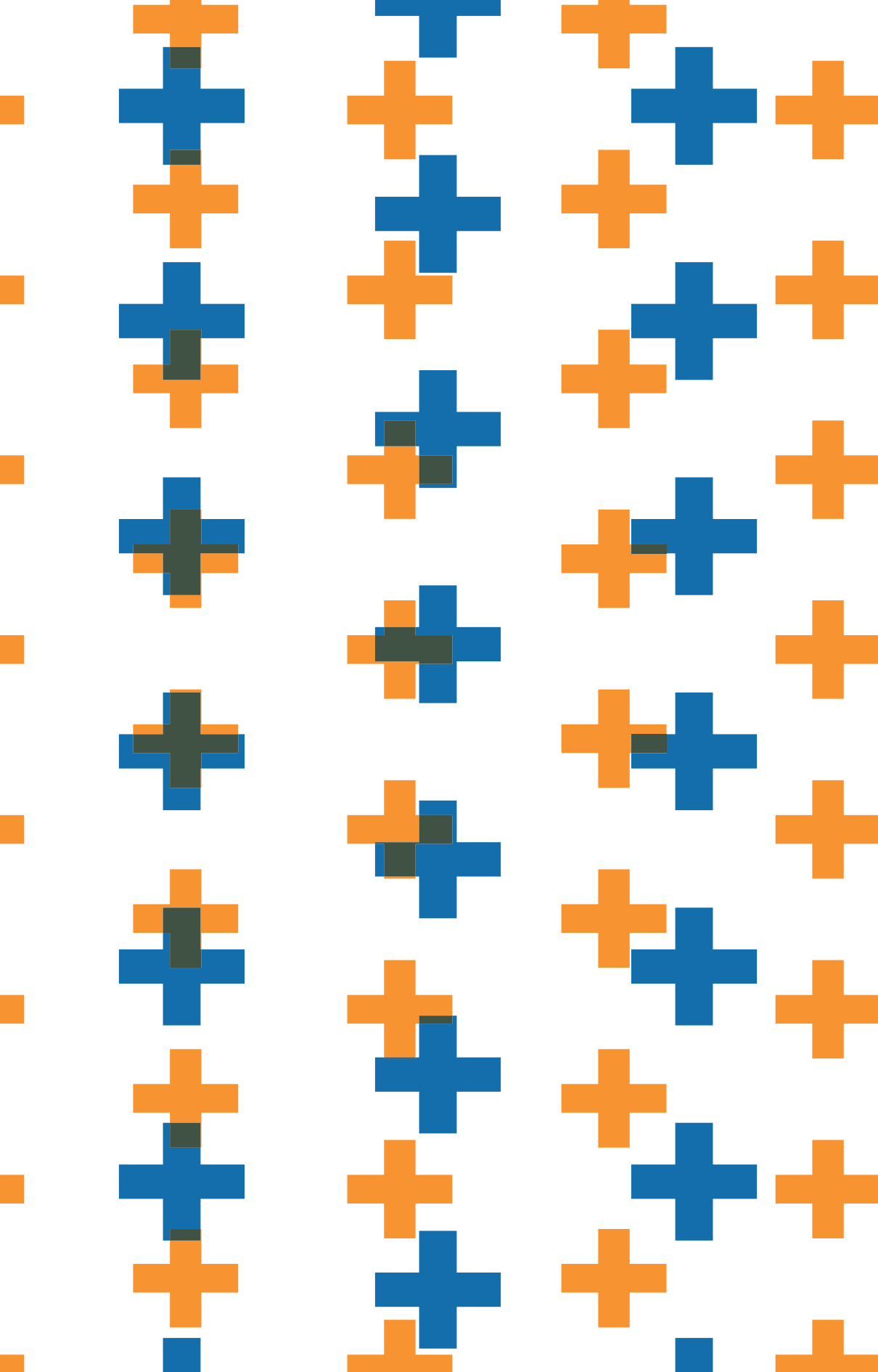
La región de América Latina y el Caribe ha avanzado tanto en la reducción de la pobreza y, en menor medida, de la desigualdad como en el fortalecimiento de instituciones para la implementación de la política social. Tras la exitosa adopción de programas de transferencias monetarias condicionadas, en la mayoría de los países de la región ha surgido la necesidad de políticas complementarias que promuevan la inserción social y productiva de la población pobre y vulnerable, reconociendo que la pobreza y la vulnerabilidad tienen múltiples causas. En este contexto, se ha evidenciado la necesidad de estructurar políticas sociales complementarias a las políticas sectoriales tradicionales (educación, salud, vivienda, trabajo y apoyo al ingreso). Esta monografía revisa el concepto de servicios sociales que buscan promover la inserción social y discute la experiencia europea, donde los servicios sociales han logrado un importante nivel de desarrollo. Asimismo, se discuten las perspectivas para implementar servicios sociales en América Latina y el Caribe y se presenta un análisis de la demanda potencial por estos servicios para atender a los grupos más vulnerables.

Clasificación JEL: I38, N34, O15, O17.

Palabras Clave: servicios sociales, protección social, inclusión social, política social, pobreza, vulnerabilidad, América Latina.

Tabla de contenidos

Sección 1. Introducción	9
Sección 2. Definiciones y alcance, evolución y retos de los servicios sociales diferenciados	13
Las funciones de los servicios sociales diferenciados	13
Beneficiarios y tipos de servicios	15
Metodología de trabajo de los servicios sociales diferenciados: el trabajo de casos	18
Evolución histórica de los servicios sociales en Europa	20
Organización e importancia del sector de servicios sociales diferenciados en Europa	24
Retos de los servicios sociales desde la perspectiva europea	26
Resumen y lecciones para América Latina	30
Sección 3. Perspectivas de los servicios sociales diferenciados en América Latina	33
Antecedentes	33
Demanda de servicios sociales diferenciados en América Latina	36
Sección 4. Agenda de Investigación en América Latina	57





Sección 1. Introducción

En los últimos quince años la pobreza ha disminuido considerablemente en América Latina y el Caribe (López-Calva et al., 2014; López-Calva y Ortiz-Juárez, 2014). Asimismo, la capacidad de los gobiernos para implementar políticas sociales de amplio alcance se ha fortalecido (Székely, 2015). Por ejemplo, aunque todavía existen grandes retos en términos de calidad, los servicios de salud y de educación básica han avanzado hacia una cobertura universal. En este contexto, una pregunta relevante para los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) es qué más tienen que hacer las políticas sociales para apoyar a las familias y a los individuos en situación de pobreza y/o vulnerabilidad, para desarrollar sus capacidades y ejercer sus derechos. La experiencia de los países desarrollados muestra que hay ámbitos, definidos ya sea por grupos poblacionales o necesidades específicas, donde los servicios sociales sectoriales tradicionales como salud, educación, trabajo, vivienda y transferencias de ingreso no llegan, y donde es necesario contar con servicios que permitan coadyuvar a lograr el acceso efectivo de poblaciones excluidas a los servicios públicos, así como ofrecer apoyo especial a las personas en condición de dependencia (es decir, personas que, por motivos de envejecimiento, discapacidad o problemas de salud mental, no pueden realizar las actividades de la vida diaria sin contar con apoyo para esto). Este es el ámbito de los servicios sociales diferenciados para la inclusión social (en adelante, servicios diferenciados).

La discusión sobre el enfoque de los servicios sociales diferenciados en ALC es muy reciente, incluso en los países que más han avanzado en consolidar sus instituciones de protección social para los pobres y vulnerables. Por esta razón, la historia y evolución de los servicios sociales en países de Europa ofrece una rica experiencia acumulada sobre distintos modelos, desde su alcance hasta su financiamiento y los mecanismos de provisión (ver Pérez Eransus, 2015). Asimismo, el papel desempeñado por las redes de servicios sociales en Europa en

respuesta a la crisis de la década pasada muestra su relevancia como una primera línea de atención hacia los grupos más vulnerables.

Este documento propone una caracterización de los servicios diferenciados que pueden incluirse en el contexto específico de ALC¹: intervenciones para promover el desarrollo infantil temprano de los menores de edad antes de su entrada al sistema escolar (mediante apoyo a las prácticas de crianza y/o a través de servicios en centros de cuidado), programas para fortalecer las capacidades y mejorar las oportunidades de los jóvenes vulnerables, y programas para atender situaciones de dependencia, en particular de los adultos mayores².

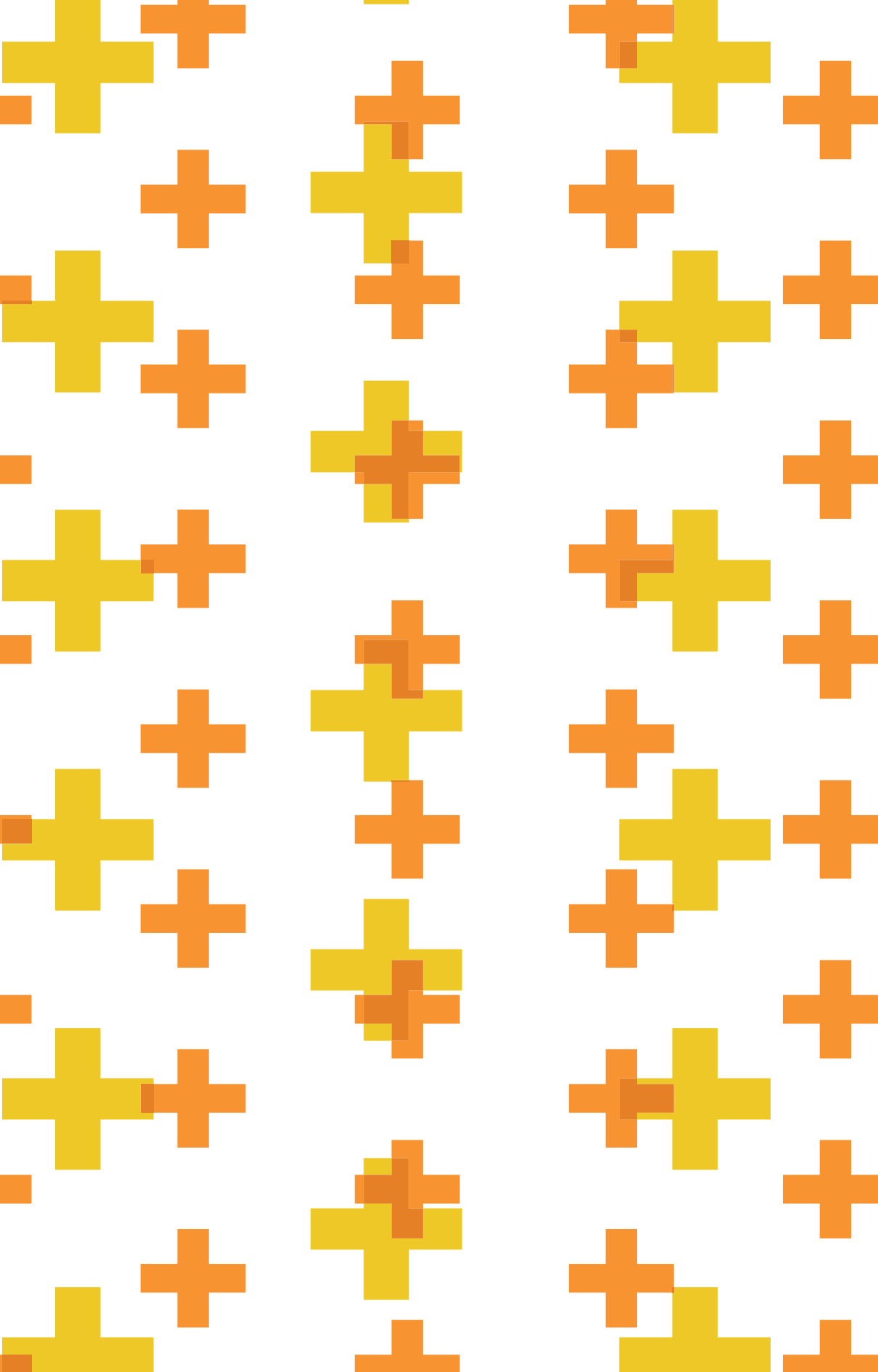
También se presentan estimaciones sobre la demanda potencial de servicios sociales diferenciados en dieciocho países de ALC. Este trabajo es importante porque la transición socioeconómica (hacia una región con mayor preeminencia de la clase media) y las distintas etapas en que los países se encuentran en la transición demográfica determinarán y modificarán la demanda de servicios diferenciados en los países de ALC. Por ejemplo, mientras que en algunos países la demanda de servicios de cuidado de adultos mayores es ya una realidad, en otros la creación de servicios de inclusión social en primera infancia y juventud es la preocupación central.

Después de esta introducción, en la segunda sección de esta monografía se definen los conceptos básicos relacionados con servicios sociales diferenciados, se discute la experiencia europea y se destacan algunas lecciones para América Latina. En la tercera sección se presenta una estimación de la demanda de servicios sociales en la región basado en el número de individuos que potencialmente requieren este tipo de servicios por su condición de pobreza o vulnerabilidad. Finalmente, se concluye señalando algunas áreas para avanzar en la investigación sobre los servicios sociales en la región.

¹ El presente documento es parte de una agenda de investigación que incluye una revisión de los servicios sociales en Europa (Pérez Eransus, 2015), un análisis sobre la institucionalidad de la política social en América Latina y el Caribe (Székely, 2015), una revisión de la oferta programática de protección social en ALC (Martín, 2014), un análisis sobre la dinámica de la pobreza y vulnerabilidad en la última década (Stampini et al., 2015) y un análisis sobre la salida y graduación de los programas de transferencias monetarias condicionadas (Medellín et al., 2015).

² Esto está en línea con el marco estratégico de pobreza y protección social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2014).







Sección 2.

Definiciones y alcance, evolución y retos de los servicios sociales diferenciados³

Las funciones de los servicios sociales diferenciados

Los servicios sociales diferenciados cumplen dos tipos de funciones. Por un lado, complementan a los servicios sociales sectoriales (salud, educación, trabajo, vivienda y transferencias de ingreso) facilitando el acceso de la población pobre y vulnerable a dichos servicios. En este caso, el alcance de los servicios diferenciados depende del nivel de desarrollo de los servicios sociales sectoriales. Por ejemplo, en la medida que haya una cobertura y acceso efectivo universal a los servicios de salud, éste no será un ámbito de acción de los servicios diferenciados. Por otro lado, los servicios sociales diferenciados también tienen funciones intrínsecas, que no se consideran en ninguno de los sectores. Por lo tanto, el alcance de los servicios diferenciados cubre una gama amplia de servicios sociales:

I. Protección y tutela en situaciones de minoría de edad o falta de autonomía

Hay personas que, por su edad o por su discapacidad mental, no pueden tomar decisiones por sí mismas. En estos casos, los servicios diferenciados se responsabilizan de la tutela de quienes no cuentan con apoyo familiar, han sido abandonadas o cuya familia es negligente en el cuidado. Los servicios diferenciados se hacen cargo de la subsistencia, protección e incorporación social hasta que estas personas sean capaces de tomar decisiones por sí mismas o, en el caso de determinadas discapacidades, de manera permanente.

³ Esta sección se basa en el trabajo de Pérez Eransus (2015) que presenta una discusión más amplia de estos temas y da ejemplos sobre la situación de los servicios sociales en Europa.

II. Apoyo en las necesidades de la vida diaria de personas dependientes

Hay personas que, por motivos de envejecimiento, discapacidad o problemas de salud mental, no pueden realizar las actividades de la vida diaria sin contar con apoyo para esto. En estos casos, los servicios diferenciados proveen apoyo a partir de un diagnóstico individualizado de la situación de dependencia y el establecimiento de un plan de cuidados. En función del nivel de dependencia y la disponibilidad de recursos, el plan puede incluir apoyo domiciliario, asistencia a centros de día, financiamiento de cuidadores o incluso, atención residencial.

III. Inserción social

Bajo condiciones adecuadas, las personas son capaces de mantener un nivel de participación e inserción social a través de su familia, trabajo, escuela y/o red social. Esta situación cambia cuando las personas enfrentan barreras especiales para integrarse, como discapacidad, falta de cualificación o capacidades, discriminación o situaciones de abuso de drogas o alcohol. La exclusión que generan estas condiciones implica que la integración sólo es posible si se cuenta con el apoyo externo que lo facilite. Los servicios diferenciados ofrecen apoyo individualizado con el fin de favorecer la integración social. Para ello se utilizan recursos de carácter económico, formativo, terapéutico, ocupacional o laboral y, sobre todo, servicios de acompañamiento personal (en general, mediante la metodología de trabajo de casos). Para habilitar procesos de inserción social efectivos y sostenidos, los servicios sociales diferenciados trabajan en torno a la transformación de hábitos y dinámicas del funcionamiento de las personas excluidas y sus familiares, donde existan.

IV. Acceso, intermediación y vinculación a servicios sociales sectoriales del sistema de protección social

Existe una cuarta función que los servicios diferenciados han realizado que, pese a que no los define ni constituye necesariamente un aspecto esencial, ha cobrado mayor relevancia en el contexto de redes de servicios sociales: la provisión de información, contacto y vinculación con la oferta de servicios públicos. Esta función surge como consecuencia del despliegue territorial y trabajo de cercanía que normalmente llevan a cabo los servicios diferenciados. El rol de esta función ha sido cuestionado, sobre todo en aquellos casos donde la acción de informar diluye la importancia y/o consume recursos de las funciones intrínsecas; o bien, donde a pesar de que existen varios retos que enfrentar en términos de generación de servicios y ampliación de sus coberturas, el énfasis se pone en esta función de información y orientación, sin necesariamente avanzar en el desarrollo de las otras

funciones descritas de carácter más especializado. Sin embargo, esta función ha mostrado ser importante para acercar la oferta de servicios sociales a la población más excluida.

Beneficiarios y tipos de servicios

Los servicios diferenciados tienen una trayectoria de atención basada en la priorización de grupos específicos según su etapa en el ciclo de vida o de acuerdo con su situación de necesidad. Con estos criterios, con base en la experiencia de los servicios socio-asistenciales en Europa se pueden identificar tres tipos de intervención:

I. Servicios sociales destinados a familias con niños, niñas y adolescentes

Tradicionalmente, los servicios sociales han estado encargados de la protección de niñas y niños menores de edad abandonados o en situación de riesgo social. En las últimas décadas en Europa, la protección a menores se da sobre todo en su contexto familiar con el propósito de garantizar niveles básicos de consumo y acceso a servicios en esta etapa crucial del ciclo vital. Juegan un papel clave las siguientes prestaciones:

- Servicios de desarrollo infantil temprano (DIT), que incluyen tanto programas para el desarrollo de capacidades parentales para cuidadores (*parenting*) como servicios de cuidado para los niños antes de su entrada al sistema educativo formal (normalmente, menores de 4 ó 5 años). Si bien en algunos países este grupo es atendido por el sistema educativo, en muchos los servicios de cuidado para los niños siguen estando a cargo de los servicios sociales diferenciados en forma no escolarizada.
- Transferencias económicas para apoyar a familias en situación de vulnerabilidad o pobreza donde hay presencia de niños, niñas y/o adolescentes ⁴.
- Intervenciones de apoyo a niños y niñas en riesgo de fracaso escolar o abandono del sistema educativo. Dichas intervenciones buscan coordinarse con el sistema de educación para lograr la integración escolar, incluso proveyendo esquemas de escolarización alternativa para aquellos estudiantes que abandonaron más tempranamente o que tienen necesidades educativas especiales por su situación de exclusión.

⁴ Se ha innovado en estas políticas redistributivas, por ejemplo mediante esquemas de transferencias que promuevan la participación laboral (por ejemplo *making work pay* en Bélgica (Frazer y Marlier, 2014) y estrategias para mejorar la empleabilidad y perspectivas de ingreso mediante programas focalizados dentro de las políticas activas de mercado laboral).

- Tutela de niños, niñas y adolescentes. Incluyen desde servicios institucionales de cuidado, temporal o permanente, hasta procesos de adopción o acogimiento.

II. Servicios sociales destinados a personas dependientes

Se refiere a servicios orientados a asistir a personas en situación de dependencia por enfermedad, vejez o discapacidad y abarca cualquier modalidad de trabajo con las personas en su entorno familiar o comunitario, orientada a reforzar el nivel de autonomía existente, mejorar las condiciones del entorno y prevenir el deterioro de la condición presente. Se entiende por dependencia a la pérdida de autonomía para realizar actividades funcionales de la vida diaria como vestirse y bañarse así como actividades instrumentales como el cuidado del hogar, tomar medicamentos y transportarse. Los servicios sociales diferenciados se adaptan al grado de dependencia de las personas y van desde servicios que promueven autonomía de personas con dependencia moderada hasta servicios de atención a la dependencia completa por severidad o cronicidad de la condición (IMSERSO, 2004). Incluyen, por ejemplo:

- Servicios de cuidado en residencias y centros de día.
- Servicios de cuidado mediante atención domiciliaria.
- Transferencias económicas para compensar gastos para servicios de cuidado (apoyo a las familias).

En algunos países europeos se ha desarrollado un sistema específico enfocado en la atención a los adultos mayores, vinculado ya sea al sistema de salud o al de seguridad social. Así los servicios sociales diferenciados se encargan de vincular a los adultos mayores a dicho sistema y no de la gestión o prestación de servicios de cuidado mismos. Aquí cabe resaltar que, aunque la vejez está fuertemente asociada a la dependencia, la pérdida de autonomía puede presentarse en cualquier etapa del ciclo de vida.

III. Servicios sociales para personas en condición de exclusión social

Estos servicios parten de una definición de exclusión social para poder identificar a la población elegible. Así, en Europa se ha definido a la población en riesgo de pobreza y exclusión social como aquella que cumple con alguno de los tres siguientes criterios⁵:

⁵ Una definición más amplia se encuentra en la sección de estadísticas explicadas de EUROSTAT (ver EUROSTAT, 2015b).

- Riesgo de pobreza, es decir, un ingreso equivalente después de transferencias sociales menor al 60% de la media del ingreso nacional.
- Privación severa de bienes materiales⁶.
- Hogares con muy baja intensidad de empleo; es decir cuando los adultos de entre 18 y 59 años trabajaron en promedio menos del 20% del potencial durante el año anterior.

La detección de casos de exclusión se da a través de las oficinas de atención de la red de servicios diferenciados, por medio de los sistemas educativos y sanitarios, o bien a través de la referencia de otros servicios sectoriales o programas sociales. Los principales servicios de inclusión son:

- Prestaciones económicas, en general ligadas a la participación en políticas activas de mercado laboral (es decir intermediación laboral y capacitación para el trabajo) para lograr la inserción social a través de la inserción laboral.
- Apoyo para acceder a vivienda.
- Servicios específicos contra la exclusión social:
 - Programas de apoyo a la inclusión de jóvenes, en particular para la inserción laboral mediante programas de empleo subsidiado o protegido⁷ y el desarrollo de habilidades sociales y emocionales.
 - Programas para adictos, refugiados y familias con adultos en prisión, etc.

⁶ Definida por falta de recursos para poder pagar 4 o más de los siguientes bienes: renta o servicios domiciliarios; calefacción; gastos inesperados; comer carne, pescado o proteínas equivalentes cada segundo día; una semana de vacaciones al año; automóvil; lavadora de ropa; TV a color; teléfono –fijo o celular.

⁷ Siguiendo la definición del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, el empleo protegido está diseñado para los casos en que la persona con discapacidad puede ejercer una actividad laboral pero no en el mercado ordinario. A diferencia del empleo subsidiado, el empleo protegido garantiza cierto número de plazas con funciones específicas a ser cubiertas por personas con discapacidad.

Metodología de trabajo de los servicios sociales diferenciados: el trabajo de casos⁸

Un elemento común de los servicios sociales diferenciados es el uso de la metodología de trabajo de casos para lograr un abordaje integral y personalizado. Por su naturaleza, los servicios diferenciados se basan en prestaciones individuales, que deben ser provistas por profesionales de manera específica a cada caso, siguiendo protocolos y estándares de atención definidos. Se entiende por trabajo de casos la unificación de las responsabilidades sobre cada caso en un mismo profesional o equipo responsable de la gestión del mismo y de la coordinación de las respuestas diversas que deban ofrecerse. Ello implica una continuidad temporal y una asignación importante de capacidades de decisión (y las correspondientes responsabilidades) al profesional o al equipo encargado de la gestión del caso, para crear una relación de referencia entre el caso (persona o familia) y el profesional o equipo que se encarga de su gestión. Forman parte del trabajo de casos la realización de un proceso de acogida efectiva, la elaboración de diagnósticos individualizados, la articulación de la intervención a compromisos mutuos y, sobre todo, en los casos de mayor dificultad, la articulación de la intervención en torno a la labor del acompañamiento social.

El trabajo de casos también puede ser complementado por trabajo en grupos para reforzar las acciones diseñadas en la estrategia de trabajo individual mediante la interacción con personas que vivan o hayan vivido una situación similar e incorporar así una perspectiva comunitaria para favorecer el desarrollo de redes sociales y promover la inclusión social.

El **proceso de acogida** va desde el primer contacto (en general, la recepción y recogida de la primera demanda) hasta el establecimiento de una relación estable de intervención. Este proceso requiere de tiempos, espacios y formas de comunicación que hagan posible el establecimiento de esa relación. Los objetivos principales de dicho proceso son: ofrecer una primera respuesta a la demanda, bien ya sea satisfaciendo una necesidad urgente, o bien haciendo ver a la persona usuaria que su problema va a ser considerado como se merece; crear un clima de confianza que permita que emerjan los problemas y necesidades que se hallen detrás de la demanda expresada inicialmente; realizar un primer diagnóstico del caso; crear una relación de referencia, es decir, una relación entre profesional y persona usuaria que pueda convertirse en el eje de una intervención continuada a medio plazo.

⁸ Para mayores detalles, ver Pérez Eransus (2015).

En determinados casos hay necesidades puntuales que se resuelven en este proceso de acogida a través de intervenciones de información y orientación a otros recursos o facilitando el acceso a prestaciones o servicios. Este proceso de acogida sirve también para detectar situaciones en los que son necesarios procesos de trabajo de casos más intensos.

El **diagnóstico** no consiste exclusivamente en un listado de las necesidades no cubiertas, sino que también incluye una referencia a las capacidades o los recursos de la familia sobre los que apoyar el proceso. También forman parte de él una valoración crítica y el establecimiento de un consenso entre profesional y la persona o familia sobre la situación y las posibilidades de mejora. Este proceso incluye tener en cuenta los deseos y las prioridades de los usuarios pero también una labor profesional que ponga en evidencia los errores de percepción o de estrategia vital en los que se encuentre la persona atendida.

A raíz del diagnóstico se configura un **modelo de intervención continuada en el tiempo**, que vaya más allá del acceso a prestaciones puntuales y que incluya un proceso de trabajo planificado y conjunto por la mejora de la situación. Esto implica referencias temporales de contacto y revisión, y requiere del acuerdo y la participación de las personas involucradas, tanto en el diagnóstico establecido como en las acciones y plazos del plan. Dentro de los planes de intervención destinados a situaciones más intensas de dificultad resulta clave la función desempeñada por los servicios sociales de acompañamiento social.

El **acompañamiento social** es un trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades. También es una relación de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades y potencialidades de las personas y de su entorno. Este proceso se convierte en el hilo conductor de la intervención, necesario para evitar que esta se reduzca a un mero consumo de recursos. Este hilo conductor debe venir de la estrategia de la persona usuaria para salir adelante, pero con frecuencia esta estrategia requiere de puntos de apoyo sólidos. La relación estable entre persona usuaria y profesional de referencia debe servir como el punto de apoyo de la estrategia.

Es preciso diferenciar el acompañamiento como proceso de trabajo social intenso y continuado de otros procesos como el seguimiento profesional. El seguimiento consiste en el mantenimiento del contacto con las personas y familias atendidas. El objetivo del seguimiento es el de conocer la evolución del hogar, valorar la eficacia de las intervenciones planteadas y prevenir posibles deterioros futuros. Asimismo, es importante destacar que no todas las personas

usuarias de los programas de servicios sociales (transferencias condicionadas, programas de apoyo en el cuidado de menores o personas dependientes, programas de inserción laboral) requieren de procesos de acompañamiento social. Para la mayoría de los usuarios de los servicios sociales el acceso a recursos económicos, de empleo o de atención y el seguimiento posterior son suficientes. El acompañamiento es un proceso de intervención intenso en recursos económicos y profesionales que debe ir orientado a aquellos casos en los que se produce una acumulación de situaciones problemáticas que imposibilitan la autonomía de la persona o familia, incluso aunque cuente con el apoyo de prestaciones o recursos. El proceso de acompañamiento también conlleva la necesaria aplicación de recursos dentro de una estrategia de actuación, con criterios de flexibilidad y oportunidad. Este es un aspecto importante en que difieren los servicios sociales en Europa de las redes de servicios sociales que han ido desarrollándose en ALC, donde se habla de estrategias de acompañamiento que consisten más en el trabajo de seguimiento y vinculación y solo en algunos casos en el acompañamiento intensivo mediante el trabajo de casos por profesional calificado⁹.

Evolución histórica de los servicios sociales en Europa

Para entender la dinámica, el potencial y las limitaciones de los servicios sociales diferenciados conviene describir su evolución histórica. Es en Europa donde surgen las primeras instituciones de asistencia social (inicialmente religiosas con perfil caritativo) como una última instancia para apoyar a los individuos pobres sin protección familiar. Las instituciones de asistencia asumían prácticamente todas las necesidades básicas (incluyendo alojamiento, salud y educación) de los colectivos más vulnerables, como los menores desprotegidos, los adultos mayores abandonados y las personas sin hogar, en contextos donde las políticas sociales todavía eran incipientes y los servicios sectoriales no existían o estaban muy poco desarrollados.

La extensión de los sistemas de garantía de ingresos (para personas de la tercera edad o con una discapacidad o enfermedad, por ejemplo), sanidad y educación durante el siglo XX en Europa permitió reducir la pobreza de manera sustancial. Es en esta época cuando la mayoría de los gobiernos asumieron el liderazgo también en materia de atención a grupos con necesidades específicas (personas menores de edad, dependientes, grupos en situación de exclusión) propiciando

⁹ Si bien la coexistencia de ambos esquemas es natural, en ALC parece haber confusión conceptual y no siempre se distingue entre acompañamiento como un proceso de trabajo de casos intensivo en recursos del seguimiento o monitoreo que no implica trabajo de casos.

una importante extensión de los servicios sociales públicos en el territorio y de las prestaciones económicas focalizadas. En los años sesenta del siglo XX en el Reino Unido se desarrolló un movimiento profesional y social en defensa de la atención en la comunidad definido como *community care*¹⁰. Frente al tratamiento institucional que había prevalecido hasta entonces, este movimiento defendía una nueva forma de intervención social que abordara las problemáticas sociales, tales como la pobreza, la discapacidad o las enfermedades mentales, dentro del entorno habitual de los individuos. En relación con la pobreza este enfoque pretendía ir más allá de la asistencia económica tratando de facilitar la integración de los desfavorecidos en su propia comunidad a través del empleo, la formación y el apoyo de las relaciones sociales y familiares.

Paralelamente, en otros países se desarrollaban procesos similares. En Francia, por ejemplo, se produjo un movimiento profesional que proponía favorecer la inserción de colectivos desfavorecidos en el entorno de iniciativas sociales desarrolladas en el ámbito local. En este contexto el concepto de *insertion*, se entendía como práctica profesional orientada a integrar a las personas en situación más desfavorecida e incluía ámbitos que trascendían la subsistencia económica de los individuos, reconociendo la importancia de su participación familiar social e incluso política. Salvando las distancias, ambos movimientos denotan una profunda transformación en Europa respecto a las fórmulas asistenciales previas. Por primera vez desde el surgimiento de los regímenes de bienestar, la asistencia de los desfavorecidos es asumida como responsabilidad de los estados al formar parte de un sistema de servicios sociales más amplio que atiende tanto a personas imposibilitadas para trabajar (adultos mayores, discapacitados y menores) como a personas en edad activa y en situación de pobreza o exclusión social. Pero además, frente a los dispositivos asistenciales previos caracterizados por la institucionalización y estigmatización de los asistidos, se defiende la permanencia de los individuos en su comunidad como parte del tratamiento rehabilitador. En este sentido, desde ambos movimientos se defiende la capacidad del tejido social en las comunidades, tanto en la integración de colectivos desfavorecidos como en la solución de los problemas sociales y su prevención. Desde entonces se ha producido

¹⁰ El Informe Seebohm (1968) de evaluación sobre los servicios sociales existentes recogía gran parte de esta filosofía en un plan de reformas que tenía como eje central el objetivo de unificar los servicios existentes y hacerlos más accesibles y cercanos a las familias. Además, pretendía romper con el modelo anterior de institucionalización que tantas críticas había suscitado en el ámbito de la enfermedad mental y de la protección a niños y niñas en situación de abandono. El nuevo modelo trajo la propuesta de trasladar la atención social especializada al ámbito comunitario a través de la creación de una red de servicios sociales locales abiertos a los que tuvieran acceso todos los ciudadanos. En Gran Bretaña, esto conllevó la creación de una amplia red de servicios comunitarios a partir de la Ley Municipalista de 1970, que centralizaron buena parte de la atención a personas mayores, menores, familias problemáticas, minorías étnicas, hogares monoparentales y personas con problemas de salud mental (Casado y Guillén, 2001).

una creciente extensión de servicios sociales diferenciados, pero la expansión ha tenido un desarrollo más limitado y desigual que los servicios sociales sectoriales.

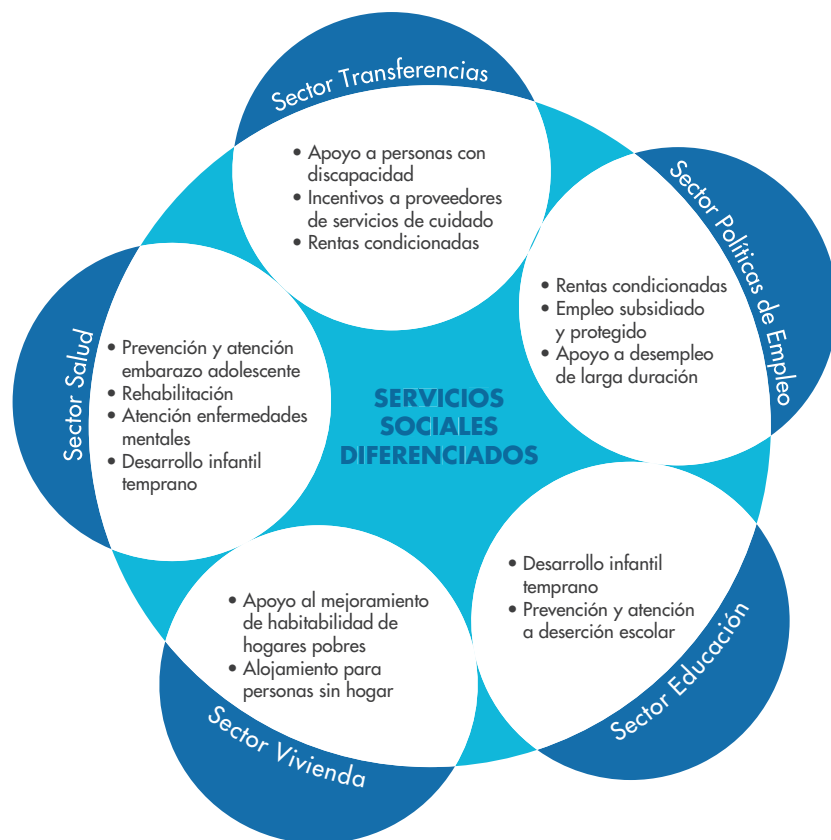
Como resultado de su origen y evolución, el alcance de los servicios sociales diferenciados ha sido definido de manera complementaria y subsidiaria al alcance del resto de los sistemas sociales sectoriales (incluyendo los sectores de salud, educación, sistemas de transferencias, políticas de empleo y de vivienda), así como por lo que cada sociedad entiende por necesidades básicas y/o derechos individuales en un momento dado. Específicamente, el tipo de servicios que se incluyen en los servicios sociales diferenciados disminuye a medida que aumenta el número de funciones a cargo de los servicios sectoriales, mientras que la población atendida también se reduce a medida que los servicios sectoriales son capaces de ofrecer servicios universales que efectivamente atienden a los pobres y vulnerables. Por ejemplo, en algunos países europeos hay funciones como la atención a adultos mayores o los servicios de cuidado para niños de 0 a 3 años que son realizadas por servicios sectoriales (educación, salud, o un sector emergente de servicios de cuidado de adultos mayores), lo que facilita la consolidación del sector de servicios sociales en políticas de inclusión y de soporte a la consolidación de las clases medias¹¹. Esto se muestra en la **Figura 1** que muestra algunas de las funciones que se incluyen en los servicios diferenciados y que complementan a los servicios sectoriales. En conjunto, los servicios sociales diferenciados y los servicios sociales sectoriales conforman el sistema de protección social.

En este sentido, la expansión de los servicios sociales sectoriales tiene como consecuencia la reducción del alcance de los servicios diferenciados. Por ejemplo, cuando los servicios de desarrollo infantil son integrados al sistema educativo y/o de salud, o cuando los servicios de cuidado para adultos mayores son asumidos por el sector salud, puede considerarse como una evolución positiva del sistema de servicios de protección social, pues implica que los sistemas sociales sectoriales están promoviendo la inclusión social efectiva. Además, esto permite a los servicios sociales diferenciados dedicarse a las tareas que les son exclusivas: el tutelaje en situaciones de minoría de edad o pérdida de autonomía, el apoyo a las actividades de la vida diaria de las personas dependientes y favorecer la inserción de las personas y familias en situación de exclusión social.

Los sistemas de servicios sociales diferenciados también han sido los primeros en responder a nuevas necesidades generadas por un

¹¹ Por ejemplo, Söderström (2008) señala que en Europa el debate en torno a la protección social es principalmente para las clases medias y abarca principalmente esquemas de aseguramiento contra la pérdida de ingreso, contra eventos adversos de salud y contra pobreza en la vejez.

Figura 1. Los servicios sociales diferenciados como complemento a los servicios sociales sectoriales



Fuente: Pérez Eransus (2015).

ambiente socioeconómico cambiante. Así, además de las funciones descritas anteriormente han jugado un papel en la identificación de las necesidades no atendidas y de las disfunciones o limitaciones de los servicios sectoriales que son parte del sistema de protección social. Por ejemplo, en las crisis económicas de larga duración los servicios sociales han actuado de manera subsidiaria al sistema de seguridad social al otorgar prestaciones de emergencia para los desempleados una vez que los recursos del seguro de desempleo del sistema de seguridad social se han agotado. De manera similar, los servicios diferenciados actúan cuando la salud mental no es atendida por el sistema de salud o cuando se presentan situaciones de abandono escolar en etapas escolares obligatorias. Esto ilustra cómo los servicios sociales diferenciados cumplen su rol subsidiario y promueven que otros sectores cumplan con sus objetivos. No obstante, la experiencia reciente en Europa también muestra que el presupuesto de los servicios sociales diferenciados tiende a verse más afectado que el de los

servicios sectoriales y esto ocurre justo cuando la demanda de servicios sociales diferenciados se incrementa. En este sentido, el no tener una estructura tan avanzada y no contar con un reconocimiento claro de derechos y carteras específicas de prestaciones les ha llevado a ser más vulnerables a recortes de gasto público. Además, el hecho de que estén orientados a necesidades de grupos específicos y no a toda la población les resta legitimidad y apoyo social para su mantenimiento.

Si bien los servicios sociales diferenciados surgieron para atender a la población más desfavorecida, en su evolución han desarrollado una vocación de atención más amplia, que busca así no estigmatizar a los usuarios y generar una mayor legitimidad entre toda la población. Así, se ha respaldado un modelo de servicios sociales públicos de orientación universal y, por tanto, destinado al conjunto de la población que se encuentra en cada etapa del ciclo vital o situación (por ejemplo adultos mayores, menores de edad o personas con discapacidad), en combinación con los mecanismos diferenciados necesarios para priorizar la atención a la población que más lo necesita.

Organización e importancia del sector de servicios sociales diferenciados en Europa

En cuanto a la organización para la prestación de servicios sociales diferenciados, actualmente en Europa existe una diversidad de arreglos en dimensiones como financiamiento, grado de descentralización y rol de los agentes no estatales como el sector privado lucrativo, no lucrativo y las familias¹². En la mayoría de los países europeos, los servicios sociales que están consolidados operan siguiendo el modelo de redes, con un primer nivel de atención que tiene presencia a nivel local y es el punto de acceso al sistema. El segundo nivel es más especializado y se establece para atender casos más complicados, e idealmente se tiene acceso mediante la referencia del primer nivel de atención. En general las redes primarias comparten la división territorial e incluso el espacio físico con la red de atención primaria en salud o las oficinas de seguridad social. Los ratios de centros o profesionales por número de habitantes son de elevada diversidad a nivel no sólo nacional sino incluso regional y local. Son escasos los países que establecen a nivel nacional una normativa al respecto. Sin embargo, aquellos que han establecido el reconocimiento de derechos vinculados a determinados momentos del ciclo vital o en otras situaciones de dependencia sí han aprobado normativas a nivel nacional. Estas obligan a los municipios a hacer accesibles dichos servicios y centros al conjunto de la ciudadanía, por ejemplo,

¹² Para mayores detalles sobre los modelos de organización de los servicios sociales, ver Pérez Eransus (2015).

mediante fórmulas de cofinanciación regional-municipal o convenios de colaboración entre varios municipios¹³.

En términos generales los sistemas de servicios sociales modernos, liderados por el sector público han tratado de establecer cierta ordenación legal e institucional integrando a los proveedores de las redes de servicios sociales en estructuras organizadas por: (i) criterios territoriales, diferenciando servicios locales-regionales; (ii) criterios de especialización, distinguiendo servicios de atención primaria y servicios especializados; y (iii) criterios asociados a las características específicas de la población atendida. A menudo estos criterios se solapan configurando complejos mapas de servicios de distinta naturaleza y cobertura.

También se observa de manera creciente la presencia de entidades no gubernamentales en las redes de servicios sociales. En este sentido, la experiencia europea resalta la importancia de que el gobierno asuma el liderazgo en la financiación y en la regulación del sistema de servicios sociales aún en contextos donde los servicios son provistos por el sector privado, con o sin fines de lucro.

Un aspecto destacable de los servicios sociales en Europa es su importancia como sector generador de empleo. Los servicios sociales suponen una parte sustancial de los empleos que han sido creados en Europa desde el año 2000. En una economía donde, por su contribución al empleo y al valor agregado, el sector terciario es fundamental, el sector de protección social representa el 2,2% del empleo total (Comisión Europea 2008). La importancia económica del sector aumentará de cara al envejecimiento de la población¹⁴ y la incorporación de las mujeres a la fuerza laboral, lo cual disminuye la capacidad de los hogares de brindar cuidado a personas de edad avanzada y a niños menores de 4 años. Sin embargo, también está relacionado con cambios de política pública que reconocen el derecho a prestaciones y servicios destinados a familias con personas dependientes y que han favorecido la provisión de nuevos servicios. Entre 2001 y 2006 los servicios aumentaron su participación del 32% al 38% del gasto social, mientras que la participación de las prestaciones económicas disminuyó. Se aprecian diferencias significativas en la importancia del empleo en servicios sociales entre los distintos países, oscilando entre el 4% y 8% en países con sistemas menos desarrollados como los países mediterráneos y los del este de Europa, hasta el 15%

¹³ Por ejemplo, en el caso de España, existe un Plan Concertado de Servicios Sociales que establece que a nivel nacional el ratio de cobertura debe ser un centro de servicios sociales de base por cada 10.000 habitantes. Los ratios de cobertura del resto de los servicios quedan regulados por cada región y en algunos casos por cada municipio.

¹⁴ Según datos de EUROSTAT (2015a) la población de adultos mayores de 65 años pasará de 18% en 2013 a 28% en 2050.

y 18% en países escandinavos con un sector de servicios sociales más consolidado. El empleo de servicios sociales presenta ventajas en un contexto donde las fuentes de empleo en otros sectores han decaído, ya que se articula en tareas de atención personal y, por tanto, no es posible reubicarlas geográficamente en regiones donde la mano de obra es más barata ni tampoco son fácilmente reemplazables por avances tecnológicos, al menos en el corto plazo y en gran escala. Así, un 10% de las mujeres en Europa trabaja en este sector, aunque esta proporción alcanza un 20% en los países escandinavos.

Retos de los servicios sociales desde la perspectiva europea

Los retos sociales que surgieron y/o se agudizaron a raíz de la crisis de fines de la década pasada han incrementado el interés por el desarrollo de los servicios sociales diferenciados en Europa. Las redes de servicios sociales se han hecho cargo de las necesidades sociales de los colectivos más vulnerables, como los desempleados de larga duración, jóvenes en riesgo, personas dependientes, hogares monoparentales e inmigrantes. En este sentido han sido pioneras en el diagnóstico e identificación de la demanda vinculada a ellos. Posteriormente muchos de estos servicios de atención han ido adquiriendo un volumen importante de esfuerzo traducido en gasto social y en redes de servicios y prestaciones propias. En paralelo al desarrollo de los servicios sociales diferenciados destaca la creciente participación laboral femenina, que tradicionalmente se encargaba de brindar servicios de cuidado de familiares.

Es importante resaltar que, en mayor o menor medida, los retos que a continuación se detallan para el caso europeo afectan o afectarán en el mediano plazo a los países de ALC, particularmente por la transición demográfica y la expansión de las clases medias latinoamericanas.

I. Niños de 0 a 3 años

La incorporación de las mujeres al mercado laboral y la transformación de las familias hacia formas más nucleares y con una creciente presencia de hogares monoparentales son las causas de la demanda creciente de servicios de atención infantil. En muchos casos, el cuidado de los niños de entre 0 y 3 años es asumido todavía por la misma familia, pero también por servicios de atención del sector privado y por una creciente red de servicios públicos. En su origen estos servicios vinculados con las redes de servicios sociales estaban destinados a las familias sin ingresos y sin disponibilidad para el cuidado. Posteriormente en muchos países se ha ido generalizando la provisión pública,

alcanzando coberturas de más del 30% y hasta más del 40% de los niños en algunos países nórdicos y Francia. Los retos de este sector son comunes a los de servicios para el cuidado de adultos mayores: mejora de la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios.

II. Jóvenes

La integración laboral de personas alejadas del mercado de trabajo ya era una preocupación para los países miembros de la Unión Europea antes del fuerte impacto de la crisis iniciada en 2008 en los mercados laborales. Al alejamiento del mercado laboral de las personas con discapacidad y exclusión social, se une ahora la preocupación por el desempleo de larga duración de los jóvenes. El modelo que promueve la Unión Europea está orientado a la promoción de políticas de activación laboral. La generación de oportunidades laborales, la adaptación de la cualificación de los desempleados a las necesidades del mercado y la intermediación de los servicios de empleo públicos son consideradas como las medidas más eficaces en este ámbito. Los programas más exitosos han resultado ser aquellos que favorecen la cualificación profesional de los desempleados, adaptándose por un lado, a las características específicas de los participantes, y por otro, a salidas concretas en el mercado laboral. En este sentido, en la medida que el sector de formación e intermediación laboral no logre cubrir a las poblaciones vulnerables, los servicios sociales asumen esta función y promueven programas de inserción laboral para este grupo.

En relación con los retos referidos específicamente a los jóvenes, la Comisión Europea (2008) hace especial énfasis en:

- La necesidad de reforzar la lucha contra el abandono educativo temprano a través de la coordinación de servicios sociales y educación.
- La utilización de procesos de orientación individualizados que favorezcan itinerarios de inserción a través de la aplicación de recursos formativos y laborales.
- Mejorar la coordinación entre los itinerarios educativos, la formación profesional y los servicios públicos de intermediación laboral.
- Asegurar la protección económica de los jóvenes como complemento a los programas de apoyo.

III. Adultos mayores

El envejecimiento progresivo de la población europea y la creciente incorporación de las mujeres al empleo regulado ha incrementado la presión sobre los servicios sociales destinados a adultos mayores. Esto ha llevado a la promoción desde el sector público de sistemas más amplios de atención a la dependencia que incluyen la extensión de servicios preexistentes de atención domiciliaria o residencial y el establecimiento de nuevas prestaciones económicas. A pesar de la diversidad, en Europa prima un modelo de provisión que comparte la responsabilidad del cuidado entre la persona, la familia y el sector público. Se opta por las soluciones flexibles que tengan en cuenta las preferencias y características de cada caso en el establecimiento de planes de cuidado que incluyen: prestaciones económicas, servicios domiciliarios, servicios residenciales y apoyo comunitario en forma de voluntariado, recursos para cuidadores informales, etc.

Existen algunos retos comunes en este ámbito (Comisión Europea, 2008):

- La adecuación de la oferta a la creciente demanda.
- Desarrollar esquemas de participación del sector privado (cubriendo temas de financiación, provisión, regulación, calidad) manteniendo la protección de la población sin recursos económicos.
- La mejora de la calidad de los servicios y la cualificación de los profesionales del conjunto del sistema.
- Clarificar el rol de los cuidadores informales (familiares) que siguen teniendo un papel predominante y se plantean cuestiones relativas a la calidad, cualificación y sobrecarga de los mismos.
- Por último, la necesidad de avanzar en la coordinación con los sistemas sanitarios que también atienden a las personas dependientes.

También existen varios retos en la expansión del empleo en servicios sociales en Europa, que tienen también relevancia para América Latina y el Caribe. En primer lugar, el hecho de que buena parte de estas tareas las realizaran previamente las familias ha podido incidir en un escaso reconocimiento social de esta rama de actividad como fuente generadora de trabajo pagado, lo que resulta en que las condiciones laborales en el sector sean precarias. Por ejemplo, se detecta en muchos países una fuerte presencia de empleo informal en el sector de los cuidados a personas mayores dependientes, atención de niños de 0 a 3 años y servicios de empleo doméstico. Asimismo, la proporción de empleo a tiempo parcial y temporal es mucho más elevada que en el resto de sectores y, en general, los salarios son más bajos. Además, una gran proporción de este empleo es de extranjeros (tanto de la

Comunidad Europea como extracomunitarios). Por ejemplo, en España el 40% de los empleados en cuidado doméstico son extranjeros (IMSERSO, 2005b, 14).

Un segundo reto es lograr mayores niveles de formalidad en el empleo en los servicios sociales y contar con elementos de formación para estas labores. Un ejemplo de la infravaloración del sector es que, en España, el 35% de los cuidadores de personas mayores considera que cualquiera puede hacer ese trabajo sin formación ni información, lo cual sugiere que ni desde el sector mismo se valora la actividad (IMSERSO, 2005a, p. 20). El modelo escandinavo de liderazgo público en la definición y gestión del sector de servicios sociales ha resultado en que el empleo en servicios sociales tenga mejores condiciones de formalidad. Sin embargo, las dificultades para aproximarse a ese modelo, desde realidades en las que ya existe una amplia oferta de empleo informal, han llevado a la Unión Europea a recomendar a los estados miembros el establecimiento de fórmulas que permitan hacer emerger este empleo. Se estima que en la actualidad ya hay 7,5 millones de empleos vinculados con actividades que los hogares contratan a domicilio, tanto de cuidados como para la realización de servicios domésticos. Más allá de este empleo regular, existen estimaciones del volumen de empleo irregular que alcanza desde un 30% y 40% hasta un 70% del sector. De este modo, las posibilidades de crecimiento del empleo formal en el sector son elevadas, tanto por el volumen de actividades que todavía siguen desempeñando las familias, como por el fuerte peso de la economía informal en el sector. En este contexto la Comisión Europea ha recogido algunas buenas prácticas (Comisión Europea, 2012) como el programa de cheque empleo servicio (CESU) iniciado en Francia en 1994 y el sistema belga de cheques servicios. En ambos casos, el sector público provee apoyos económicos a los hogares condicionados a la contratación de servicios prestados por empresas acreditadas que aseguran la calidad del servicio.

Resumen y lecciones para América Latina

La revisión del concepto de servicios sociales diferenciados, ilustrada por el caso europeo, evidencia la importancia y necesidad de una conceptualización y dimensionamiento adecuados para ALC. Algunos aspectos importantes a tener en cuenta para la discusión que sigue sobre dichos servicios en la región son los siguientes:

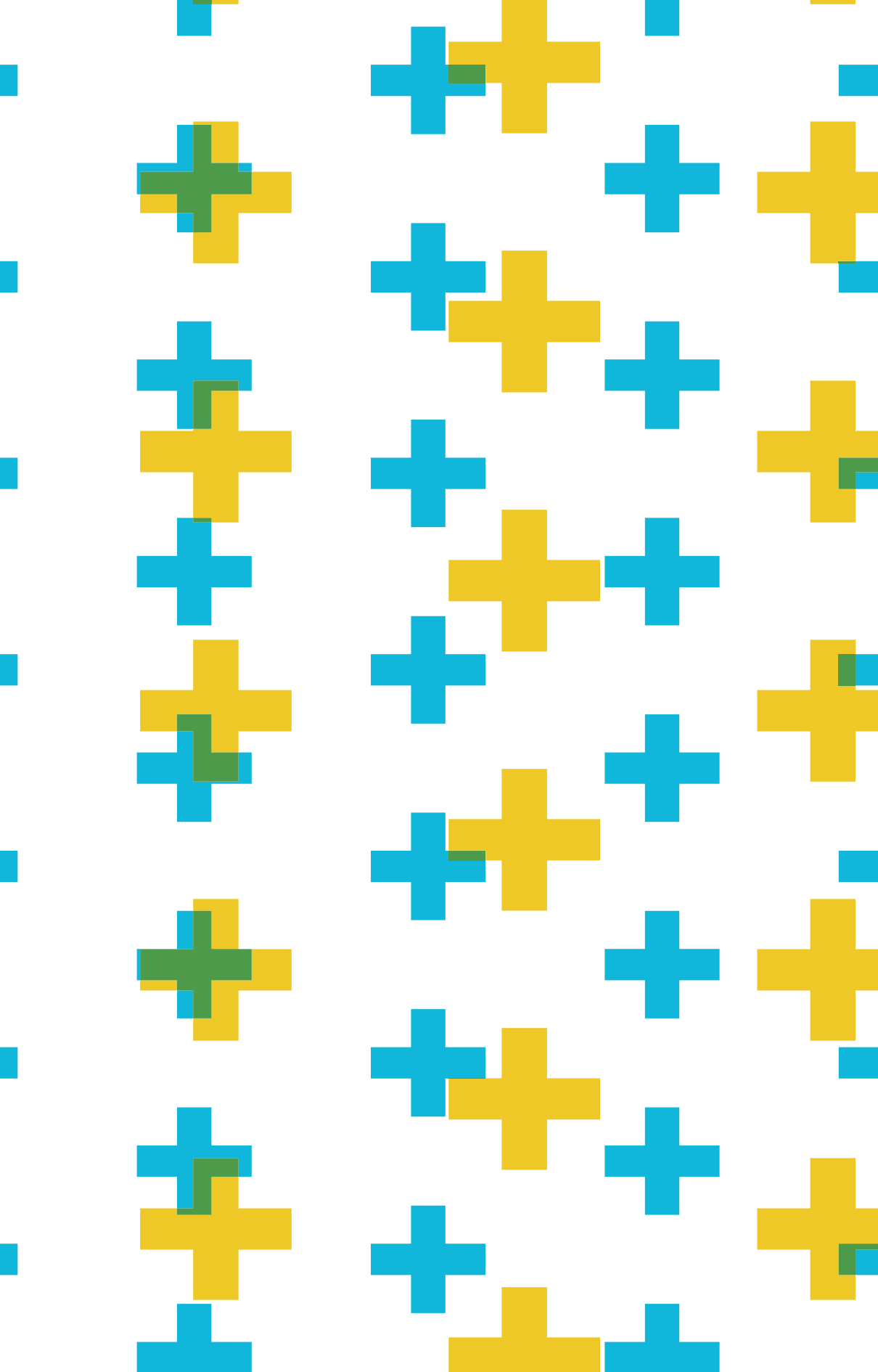
- Los servicios sociales diferenciados complementan a los sistemas sectoriales como salud, educación, políticas activas de mercado laboral y vivienda.
- Los servicios sociales diferenciados tienen funciones intrínsecas:
 - Promoción de la inserción social de las personas y familias en situación de exclusión.
 - Apoyo a las necesidades en la vida diaria de las personas dependientes.
 - Tutelaje en situaciones de minoría de edad o pérdida de autonomía.
 - Provisión de información, contacto y vinculación de la población con la oferta de prestaciones y servicios públicos.
- Lo distintivo de los servicios sociales diferenciados es el trabajo profesional de acompañamiento que brindan mediante intervenciones de carácter integral a aquellas personas y familias que, por la multiplicidad y complejidad de las vulnerabilidades, requieren de apoyo continuo y cercano.
- La mayoría de las personas y familias que acceden a los servicios sociales diferenciados no requieren de acompañamiento, sino de apoyos y servicios específicos y un seguimiento de su situación. El acompañamiento, en cambio, es una estrategia útil para apoyar casos individuales más complejos de inserción social, donde además de guía se necesita propiciar cambios de comportamiento en la demanda.
- Si bien no hay un modelo único ni superior para organizar los servicios sociales diferenciados y existe gran heterogeneidad en la provisión de dichos servicios, la experiencia muestra la necesidad de un esquema basado en sistemas estructurados en redes, organizados a partir de un conjunto integrado de puntos de atención a la población, que favorezcan el acceso al sistema y la detección de casos, y con vínculos hacia sistemas de coordinación con dispositivos de atención especializada de mayor complejidad¹⁵.

¹⁵ Para mayores detalles, ver Pérez Eransus (2015). Una manera útil para enfocar la organización de los servicios sociales es el modelo de redes integrales de servicios de salud, que está basado en un primer nivel de atención, que es la puerta de entrada a servicios especializados. Dichos servicios están vinculados con el primer nivel. En conjunto, las redes prestan servicios integrales y garantizan la transición de los usuarios entre distintos niveles según sus necesidades.

- Al ser un sector menos estructurado que los servicios sociales tradicionales (educación, salud, vivienda), el presupuesto de los servicios sociales diferenciados es más incierto, sobre todo en momentos de crisis cuando la demanda de dichos servicios aumenta. Por ello, es importante definir en su diseño las funciones del sistema con base al reconocimiento de derechos y establecimiento de carteras de prestaciones y servicios al estilo del sistema educativo o sanitario.
- El sector de servicios sociales diferenciados tiene un alto potencial como generador de empleo, pero el reto es que dicho empleo sea formal y adecuadamente formado y reconocido.
- En momentos de crisis económica o fiscal, los servicios sociales han demostrado su importancia para dar respuesta a nuevas necesidades emergentes, así como complementar a los servicios sectoriales que enfrentan situaciones no comunes¹⁶.



¹⁶ Varios países europeos han realizado esfuerzos importantes por mantener el apoyo a los grupos más afectados por la crisis que inició en 2008. De acuerdo a EUROSTAT (2015), el promedio del gasto por habitante en protección social aumentó de 6.680 euros por habitante en 2008 a 7.560 euros en 2012 (medidos en paridad de poder adquisitivo). A pesar de este esfuerzo la demanda por servicios, que se ha incrementado con la crisis, suele superar a la oferta. Por esta razón, a pesar del aumento general en el gasto promedio por persona en protección social la tendencia individual de cada servicio social es incierta. Los países han enfocado sus esfuerzos siguiendo sus preferencias y necesidades. Por ejemplo, Finlandia ha aumentado la partida de infancia y familia de 818 euros por persona en 2007 a 972 euros por persona en 2012. En contraste España ha enfocado sus esfuerzos en los servicios para atender a los desempleados y el gasto por habitante se incrementó de 514 euros por persona en 2007 a 830 euros por persona en 2012.





Sección 3.

Perspectivas de los servicios sociales diferenciados en América Latina

Antecedentes

En América Latina el desarrollo de los servicios sociales diferenciados dentro de la política social es bastante reciente. Como discute Székely (2015), la región ha transitado por distintas fases en cuanto a la institucionalidad de la política social desde inicios del siglo XX, y hoy se encuentra en una etapa de consolidación de instituciones específicamente orientadas a la reducción de la pobreza y promoción de la inclusión social. En este contexto, ha sido reciente la discusión explícita sobre servicios sociales diferenciados para la inclusión social. En varios países, la discusión surge alrededor de las limitaciones de los programas de transferencias monetarias condicionadas (PTMC) como instrumentos de combate a la pobreza y vulnerabilidad multidimensional, donde los servicios sociales diferenciados se han presentado como complemento a los PTMC para promover la inclusión social¹⁷. Para complementar y potenciar los resultados de los PTMC, y para avanzar en la reducción de la pobreza en las dimensiones no abordadas por dichos programas, han surgido otros que buscan trabajar con las familias de manera cercana para apoyarlas en su proceso de inserción social y productiva. Estos programas se caracterizan por un despliegue territorial que, en primera instancia, los llevó a cumplir la cuarta función de los servicios sociales, es decir brindar información sobre la oferta de servicios de los otros sectores y

¹⁷ Si bien los programas de transferencias monetarias condicionadas han dado buenos resultados en términos de reducción de la tasa, brecha e intensidad de la pobreza, así como en incentivar la asistencia escolar y el uso de los servicios de salud (BID, 2014) no han logrado resolver el problema fundamental de la pobreza –la incapacidad de generar de manera autónoma y sostenida ingreso suficiente para satisfacer las necesidades básicas que posibiliten el desarrollo de las capacidades y el ejercicio de los derechos. Es claro que los PTMC nunca postularon ser condición suficiente ni necesaria para reducir la pobreza, sino que se plantearon como un mecanismo redistributivo eficiente que contribuiría a incrementar la acumulación de capital humano de generaciones futuras. El que este capital humano sea suficiente para generar ingresos que permitan vivir fuera de la pobreza depende de una amplia serie de factores que van más allá de los PTMC, como la calidad de la educación y el funcionamiento de los mercados de trabajo, entre otros.

promover la vinculación. A partir de esa función —no siempre explícita ni adecuadamente articulada— se han incorporado otras instituciones y tipos de servicios que además buscan brindar servicios directos de inserción social.

La mayoría de los países de América Latina no ha consolidado un sistema estructurado de servicios sociales diferenciados. Por el contrario, se ha generado una diversidad de programas e intervenciones que exhiben grandes niveles de desarticulación. De hecho, si bien la discusión sobre los sistemas de protección social es bastante nutrida y hay mucha literatura al respecto¹⁸, la discusión sobre los servicios sociales diferenciados, como subsidiarios a los servicios sociales sectoriales tradicionales, es aún incipiente. El grueso de la discusión se ha centrado en la dicotomía sobre protección social contributiva/no contributiva, sobre los alcances y limitaciones de los PTMC y, en menor medida, en la estructuración de políticas de desarrollo infantil temprano (que rápidamente enfrenta los retos de servicios no sectoriales) y la necesidad de políticas de atención a los adultos mayores. Falta una discusión sobre cómo integrar los servicios sociales diferenciados y sectoriales, darles racionalidad y hacer que funcionen eficientemente en el marco de un sistema coordinado. Los tres ejemplos positivos mencionados a continuación representan casos destacados de avance del desarrollo de sistemas sociales integrados en América Latina, los cuales siguen siendo una excepción y no la regla.

El Sistema Único de Asistencia Social de Brasil es un ejemplo de servicios sociales diferenciados organizados en forma de un sistema estructurado, con objetivos y niveles de atención definidos con claridad¹⁹. El modelo brasileño de asistencia social está basado en la Constitución Federal de 1988, en la Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS) de 1993 y en la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS) de 2004. En este contexto, se creó el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) como el sistema público que organiza los servicios socio-asistenciales en Brasil a través de un modelo de gestión participativa y descentralizada. La Red SUAS apoya la operación, el financiamiento y el control social del SUAS, al tiempo que garantiza la transparencia en la gestión de la información.

La normativa de Tipificación de Servicios Socio-Asistenciales del SUAS del 2009 organiza al sistema como una red de servicios de diversa complejidad:

¹⁸ Ver por ejemplo la serie de CEPAL al respecto en <http://dds.cepal.org/proteccionsocial/sistemas-de-proteccion-social/>.

¹⁹ La mayoría de los países de la región cuentan con instituciones que cumplen, en mayor o menor medida, con las funciones aquí descritas como propias de los servicios sociales. Sin embargo, solo Brasil cuenta con un sistema estructurado con normativa y tipificación altamente desarrolladas.

- Primer nivel de atención: Servicios de Protección Social Básica prestados en los Centros de Referencia de la Asistencia Social (CRAS). Se incluyen aquí el Servicio de Protección y Atención Integral a la Familia (PAIF), servicios de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos y servicios de Protección Social Básica domiciliar para personas con discapacidades y adultos mayores.
- Segundo nivel de atención: Servicios de Protección Social Especial de Media Complejidad prestados a través de los Centros Regionales Especializados de Asistencia Social (CREAS). Se incluyen aquí programas especializados con familias, trabajo con adolescentes, personas discapacitadas, adultos mayores y sus familias y programas para personas en situación de calle. En principio, el acceso a los CREAS es el resultado de una referencia del CRAS, y también está prevista una contra-referencia del CREAS al CRAS cuando el primer nivel de atención puede dar seguimiento a la situación familiar o personal identificada.
- Tercer nivel de atención: Servicios de Protección Social Especial de Alta Complejidad, que incluyen servicios de acogimiento institucional, servicios en viviendas alternativas, familia acogedora o servicios de protección en situaciones de emergencia.

La normativa del SUAS señala las características que debe tener cada unidad de atención del primer nivel (CRAS) y del segundo nivel (CREAS), considerando los recursos humanos, instalaciones físicas, protocolo de atención y otros criterios para cumplir con los objetivos del sistema. Asimismo, se señala el número y tipo de CRAS que debe haber de acuerdo con el número de habitantes de cada localidad, distinguiendo entre población general, familias referenciadas y familias atendidas (con el entendido de que no todas las familias deben ser referenciadas al no requerir servicios sociales, y que la intensidad del trabajo con cada familia varía dependiendo las vulnerabilidades y necesidades)²⁰.

Chile también presenta importantes avances, pues cuenta con un Sistema Intersectorial de Protección Social respaldado por la Ley 20.379 que lo define como un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requiera de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida. El sistema cuenta con una red de programas financiados por el estado y que están a cargo del Ministerio de Desarrollo Social. Además, Chile cuenta con normativa, presupuesto,

²⁰ Mayores detalles sobre el SUAS se encuentran en el portal del MDS.

mecanismo único de elegibilidad y tendido territorial de plataformas de provisión de servicios que le permiten tener una amplia cobertura de servicios sociales diferenciados para la inclusión²¹.

Recientemente, Uruguay creó el Sistema Nacional de Cuidados (SNC) que procura reconocer como sujetos de derecho a las personas en situación de dependencia temporal o permanente, y establecer la corresponsabilidad del cuidado entre estado, sector privado, comunidad y familia. El SNC está dirigido a la protección de tres poblaciones prioritarias y sus diversas dependencias: primera infancia (0-3 años), discapacidad y adulto mayor. Asimismo, el SNC considera como elemento fundamental a los cuidadores (remunerados o no) que son parte central de un sistema regido por principios de universalidad progresiva, no discriminación, calidad en los servicios, promoción de corresponsabilidad, descentralización territorial, capacitación de los recursos humanos y funcionamiento integrado. Actualmente, el SNC representa la consolidación de un trabajo analítico y conceptual de varios años²² y recién comenzó su implementación en 2015.

En otros países los servicios sociales han tenido un desarrollo menos estructurado, en varias ocasiones definidos alrededor de programas específicos para poblaciones vulnerables. Si bien en muchos casos estos programas han tenido un gran reconocimiento, en su mayoría no están organizados en forma de un sistema estructurado y coordinado con otros programas que atienden a las mismas familias y por tanto no operan como una red de servicios sociales, ni mucho menos aseguran el acceso del conjunto de la población vulnerable en todos los territorios.

Demanda de servicios sociales diferenciados en América Latina

Los países de ALC tienen mucho camino por andar para definir los elementos de los sistemas de servicios sociales diferenciados y estimar la magnitud y las características de la demanda de dichos servicios. En primera instancia, es necesario discutir cuáles son las alternativas para desarrollar plataformas para la provisión de servicios que permitan operar un continuo de atención. Una alternativa que han seguido algunos países es desarrollar una red de centros de asistencia social que constituyen un primer nivel de atención. El número necesario de centros depende de la población; por ejemplo, en el caso de España se establece que debe existir un centro de atención primaria por cada 10.000 habitantes en un centro poblado y en Brasil la

²¹ Para mayores detalles del caso chileno, ver Martín (2014).

²² Para una explicación del Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay ver MIDES (2014).

cantidad de centros de atención del SUAS depende de la población del municipio. En relación con las características de la demanda es necesario analizar las necesidades de la población para determinar el tipo de servicios que se requieren; esto es fundamental para planificar la provisión de servicios, especialmente las necesidades de personal y de protocolos de atención.

Esta sección presenta una estimación empírica de la demanda de servicios sociales de acuerdo a las categorías de servicios. Aparte de la limitación a la población pobre o vulnerable según su nivel de ingreso, se distinguen cuatro poblaciones sujetas a servicios sociales diferenciados de acuerdo con el ciclo de vida y algunos riesgos específicos: i) niños menores de 4 años, ii) jóvenes, iii) adolescentes embarazadas y iv) adultos mayores.

Antes de continuar, conviene enfatizar tres precisiones. En primer lugar, se trata de una estimación acotada a los servicios diferenciados enumerados en el párrafo anterior y no de una definición completa de la demanda de toda la gama de servicios sociales diferenciados que, por ejemplo, podrían incluir servicios para personas con problemas de abuso de sustancias o con alguna discapacidad. Esta delimitación responde a la escasa información cuantitativa para estimar la demanda de otros servicios. Por ejemplo, aunque se intentó calcular la cantidad de personas con discapacidad en la región, no fue posible encontrar información actualizada y homogénea (ver **Cuadro 2** en el anexo metodológico).

Segundo, para favorecer la comparación entre países, la pobreza y la vulnerabilidad se miden utilizando líneas de pobreza estandarizadas. Esto no refleja una preferencia por una medición monetaria de la pobreza sobre un enfoque multidimensional sino un afán de generar una estimación a nivel regional, pues no en todos los países puede estimarse la pobreza multidimensionalmente.

Finalmente, en el debate entre cobertura universal y focalización, este documento opta por priorizar a las poblaciones de menores ingresos, a raíz de las restricciones de presupuesto y los altos niveles de pobreza y vulnerabilidad en la región. En este sentido, es importante recalcar que una estimación más precisa a nivel de país podría incorporar los criterios de focalización, las prioridades de atención, la gama de servicios sociales disponibles y las limitaciones presupuestarias de cada país. Específicamente, tiene sentido pensar que los países con mayores niveles de pobreza limiten la cobertura de los servicios sociales a los pobres extremos. En contraste, los países de ingresos medios, donde además se ha presentado un crecimiento de las clases medias, podrían considerar avanzar hacia la diversificación de la oferta de servicios para brindar protección social orientada a la

consolidación de la clase media, incluyendo también otros grupos y programas como políticas de inclusión activa para familias en condición de exclusión social.

Consideramos que esta estimación, aunque con limitaciones, contribuye a avanzar en la discusión y en el dimensionamiento de la demanda de servicios sociales diferenciados en ALC. Subrayamos la importancia de desarrollar e implementar en la región encuestas de protección social que permitan medir, de manera más precisa, las necesidades de servicios especializados incluyendo, por ejemplo, dependencia por edad avanzada o discapacidad y vulnerabilidad debido a exposición a factores de riesgo.

El resto de esta sección está organizado en dos apartados. El primero detalla la metodología para estimar los grupos de población vulnerable a partir de las encuestas de hogares. Un segundo apartado enumera los principales resultados para cada uno de los tipos de servicios.

Metodología

Para estimar la demanda de servicios sociales diferenciados se utilizaron las encuestas de hogares más recientes disponibles para 18 países de América Latina²³. Las principales variables para determinar si una persona podría requerir de estos servicios sociales son los ingresos del hogar en que vive, la edad y, para los jóvenes, su condición de actividad. También se utilizaron fuentes secundarias con información demográfica (por ejemplo, la tasa de fertilidad) y otras variables socioeconómicas. Existen importantes limitaciones de información para construir estimaciones más precisas sobre la demanda de servicios sociales diferenciados. Sin embargo, consideramos que estos cálculos son una primera aproximación para la medición de la demanda de servicios sociales diferenciados. A continuación se describe cómo se estimó cada una de las demandas de servicios sociales. Aunque la prioridad de este documento es realizar una estimación comparable a nivel regional, en cada caso se indica cómo podría adaptarse la estimación al contexto o las prioridades de cada país.

²³ Se utilizaron las encuestas de hogares armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo más recientes disponibles para cada país. En la mayoría de los casos esto correspondía al año 2013, sin embargo en algunos países fue necesario utilizar años previos. Específicamente en el caso de México, Nicaragua, Bolivia y Venezuela se utilizó la encuesta de 2012. Mientras que en el caso de Chile se utilizó la encuesta de 2011. No se cuenta con encuestas de hogares disponibles para el Caribe.

Pobreza y vulnerabilidad por ingresos

La pobreza se calcula a partir del ingreso utilizando líneas de pobreza estandarizadas, ajustadas por la paridad del poder de compra, para favorecer la comparación entre países²⁴. En línea con el trabajo de López-Calva y otros (2014), la línea de pobreza extrema utilizada es de 2,5 dólares ajustados por el poder de compra por persona diarios (en adelante dólares PPA), la de pobreza moderada es de 4 dólares PPA y la de vulnerabilidad es de 10 dólares PPA. Una manera sencilla de adaptar esta estimación al contexto de cada país es utilizar la medición oficial de la pobreza (monetaria o multidimensional). En algunos casos la medición de la pobreza se adapta a diferentes contextos geográficos; por ejemplo varía de acuerdo al estado o si se trata de una zona rural o urbana.

Población que demanda servicios de desarrollo infantil temprano

Los servicios de cuidado infantil están orientados a los niños que aún no han ingresado al sistema escolar formal. En los últimos años ha aumentado la asistencia a educación preescolar en ALC debido a un aumento en la oferta de servicios para niños en edad preescolar (públicos y privados) y un mayor interés de los padres y de los gobiernos en que los niños de 4 a 5 años asistan a instituciones de educación (Alfonso et al., 2012). Mientras que, a principios de los años noventa, alrededor del 36% de los niños de 4 y 5 años de ALC asistían a educación preescolar, se estima que actualmente asiste el 61% de los niños de ese rango de edad. Existe una marcada diferencia en la asistencia escolar de los niños de hogares más pobres y la de los niños de hogares más ricos (Schady, 2012). Por ejemplo, mientras que el 78% de los niños de 4 y 5 años del quintil de mayores ingresos en Perú asiste a educación preescolar, únicamente asiste el 52% de los niños del quintil más pobre.

Con dichos antecedentes, se delimita la atención de cuidado infantil a los niños de 0 a 3 para la estimación regional. En este sentido, aunque la asistencia de niños de 2 y 3 años a preescolar también ha aumentado en ALC, sigue permaneciendo baja; solamente el 14% de los niños de 2 años y el 35% de 3 años asisten a preescolar (Alfonso et al., 2012). Aunque no hay datos disponibles, se esperaría que, al igual que en el caso de los niños de 4 y 5 años, la asistencia de los niños pobres y vulnerables de 0 a 3 años fuera menor.

²⁴ Este mismo criterio y las mismas líneas de ingreso son utilizados en el marco sectorial SFD y en el análisis de las dinámicas de pobreza (Stampini et al., 2015).

Una estimación adaptada al contexto nacional debe considerar como límite superior la edad a la que los niños ingresan al sistema (pre)escolar y la cobertura del sistema (pre)escolar en los sectores más pobres de la población. Por ejemplo, en Colombia, donde las escuelas públicas solo están obligadas a ofrecer un año de educación preescolar, podría definirse la edad a considerar para la estimación de demanda de servicios de cuidado infantil de 0 a 4 años, o incluso a 5 años en municipios donde no haya cobertura de servicios de educación preescolar públicos.

Población que demanda servicios para jóvenes

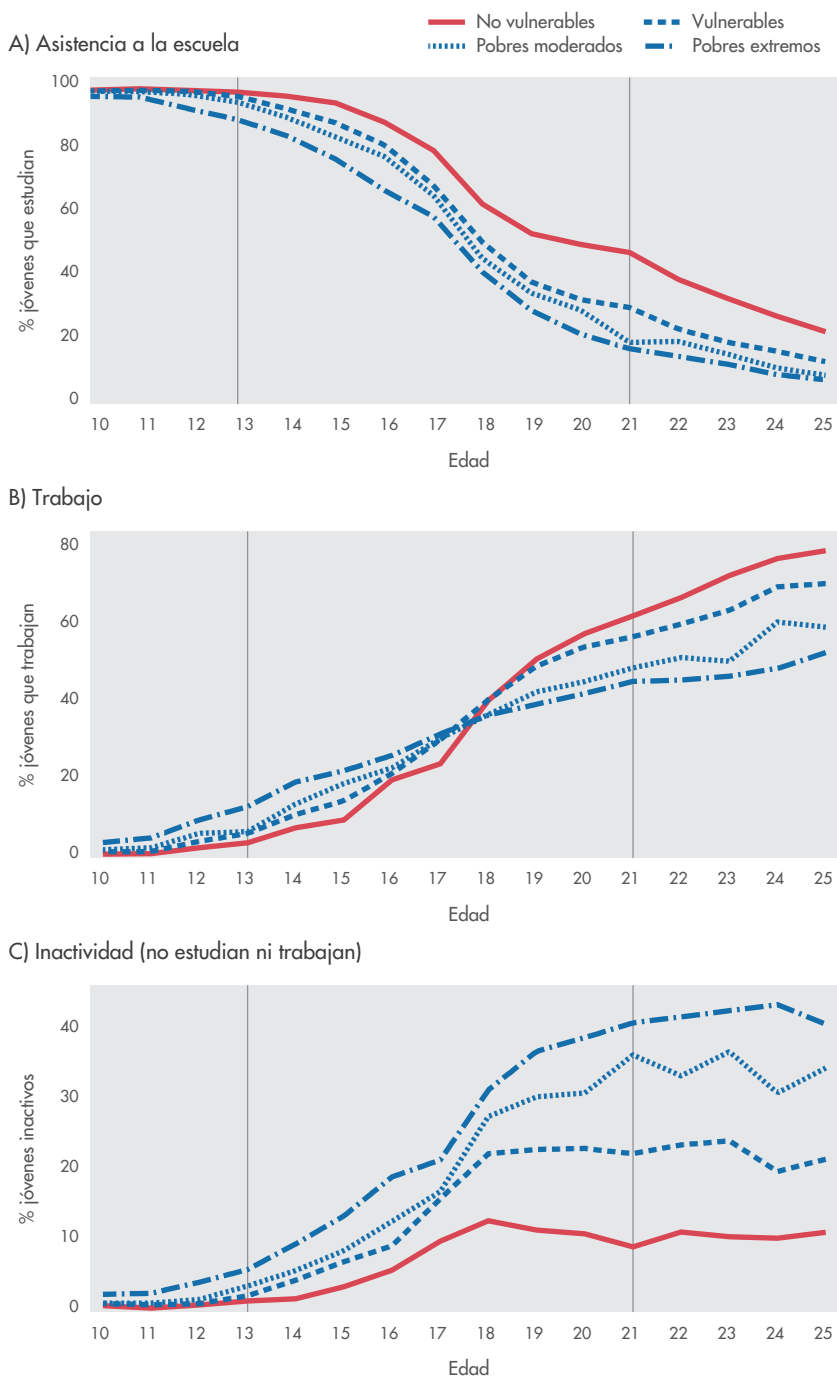
La población joven que requiere de servicios sociales diferenciados es identificada en este documento de acuerdo a su edad y su exposición al riesgo. No hay un consenso en la definición de la edad que define la juventud y la adolescencia. Por ejemplo, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA, 2013) señala que no hay límites inequívocos para la juventud, pero para fines estadísticos la define como el periodo de entre los 15 y 24 años. En contraste, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2012) establece un rango mucho más amplio de entre los 10 y 29 años como la población objetivo de políticas de juventud. La definición utilizada en este documento responde a dos objetivos de servicios diferenciados que son relevantes para estimar la demanda respectiva. El primero es prevenir la deserción escolar en los últimos grados de la educación básica secundaria y promover la progresión a la educación media y superior. El segundo objetivo es fomentar una inserción en el mercado de trabajo. Consecuentemente, después de analizar los patrones de ocupación de los jóvenes en ALC, se estableció como población objetivo a los jóvenes de entre 13 y 21 años.

Por otro lado, es fundamental identificar los factores de riesgo a los que los jóvenes están expuestos; sin embargo, actualmente no existen encuestas que, de manera sistemática, realicen esta tarea en la región. El trabajo de Vivo y Saric (2013) explora la manera de diseñar instrumentos que permitan capturar factores de riesgo en los jóvenes y discute cómo algunos registros, como asistencia escolar o el rendimiento académico, pueden contribuir a generar un diagnóstico de la proporción de jóvenes en riesgo. El documento incluso ofrece baterías de preguntas que buscan identificar diferentes comportamientos de riesgo (como abuso de sustancias, conducta sexual y violencia) y factores de riesgo (por ejemplo, educación, entorno cercano, redes sociales y uso del tiempo). Un reto importante para una medición más precisa de las necesidades de servicios sociales diferenciados para los jóvenes es incluir este tipo de baterías en encuestas de protección social.

A falta de este tipo de instrumentos en la región, en este documento se utilizan las variables de asistencia escolar y de participación laboral para identificar a los jóvenes que no están vinculados a la escuela ni al mercado laboral. Este indicador ha sido utilizado por la literatura como un indicador proxy de exposición al riesgo (Cunningham et al., 2008).

La **Figura 2** y la **Figura 3** muestran cómo la asistencia escolar comienza a descender considerablemente a partir de los 13 años. La **Figura 2** muestra las diferencias entre los jóvenes de acuerdo a su nivel de ingreso. Se observa que la deserción ocurre más temprano en los grupos de menores ingresos. También se percibe que, aunque los jóvenes pobres y vulnerables se incorporan antes al mercado laboral, a partir de los 18 años tienen menor participación que los jóvenes que no son vulnerables. La **Figura 3** enfatiza que, aunque existe un patrón en la región, hay algunos países que se diferencian del resto. Entonces, una manera de adaptar las estimaciones al contexto de cada país sería modificar la edad de acuerdo a los patrones de asistencia escolar y de incorporación al mercado laboral de los jóvenes pobres o vulnerables de cada país.

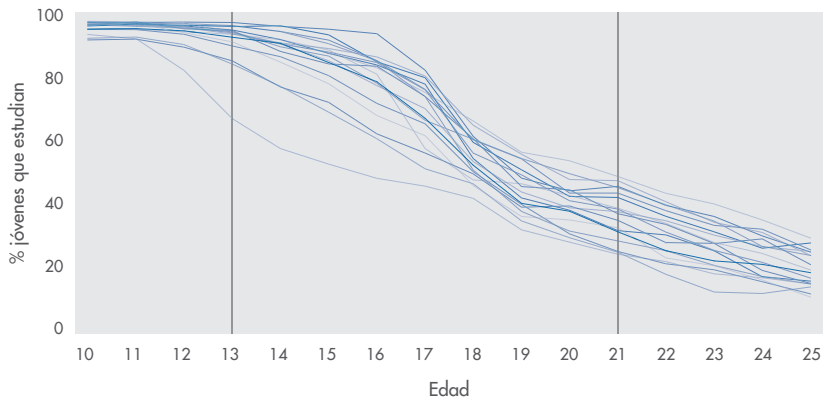
Figura 2. Patrón de ocupación de los jóvenes de acuerdo al nivel de ingreso



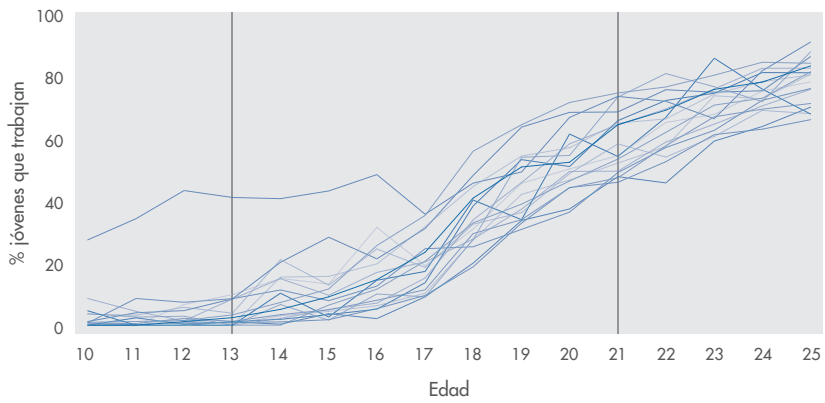
Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Figura 3. Patrones de ocupación por país

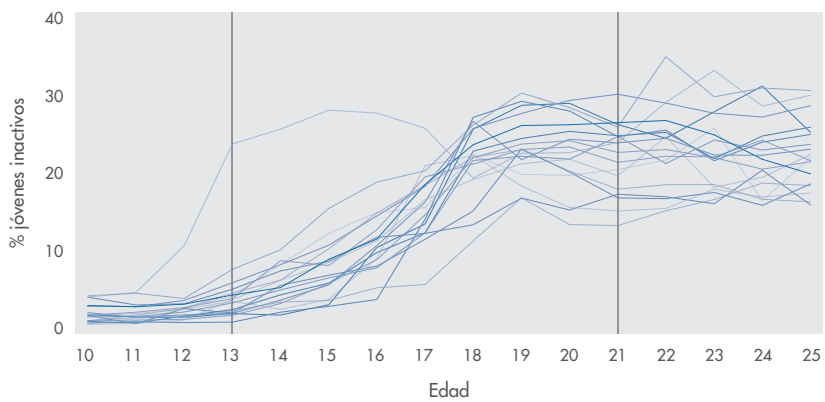
A) Asistencia a la escuela



B) Trabajo



C) Inactividad (no estudian ni trabajan)



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Las adolescentes embarazadas y/o madres y padres constituyen un grupo de atención especial entre los jóvenes, porque requieren no solo de servicios especializados que contribuyan a prevenir un segundo embarazo no planeado, sino también un acompañamiento para favorecer su permanencia en la escuela o su reingreso y/o su incorporación en el mercado laboral. También necesitan programas que les apoyen a implementar prácticas de crianza que propicien el desarrollo integral de sus hijos. Asimismo, se deben desarrollar esfuerzos para prevenir el embarazo adolescente en poblaciones en riesgo, lo que implica desarrollar estrategias para identificar grupos en riesgo e intervenciones que mitiguen dichos riesgos. Algunas de las intervenciones para prevenir el embarazo adolescente son: i) acciones integradas para la promoción de la salud; ii) integración de los servicios de salud y educación, para articular intervenciones en el ámbito escolar con servicios de salud sexual y reproductiva; iii) sensibilización de los prestadores de servicios (por ejemplo, maestros, médicos y enfermeras) para tratar con los adolescentes, superar resistencias e incluso poner en marcha nuevas prácticas; iv) participación activa y protagonismo juvenil en las intervenciones, situación que motiva a los jóvenes como formadores-pares a asumir el rol de promotores en la difusión de mensajes y trabajar directamente con otros jóvenes; y v) mecanismos para captar a los adolescentes en situación de riesgo social crítico.

Las encuestas de hogares no identifican cuántas adolescentes están embarazadas y son pocas las encuestas que permiten identificar cuántas adolescentes tienen hijos. Sin embargo, se puede realizar una estimación de la proporción de adolescentes de entre 15 y 19 años que están embarazadas utilizando la tasa de fertilidad adolescente de cada país reportada por la División de Población de las Naciones Unidas²⁵. Para reflejar que la fertilidad adolescente es mayor en los grupos de menor ingreso, se aplicó un factor de ajuste utilizando el número de niños menores de un año de acuerdo al nivel de ingreso. El **Cuadro 1** del **Anexo 2** detalla dicha estimación. La delimitación de la edad de las adolescentes embarazadas responde a la disponibilidad de la información; sin embargo, los países podrían ajustar la edad de la población objetivo utilizando registros administrativos del sector salud.

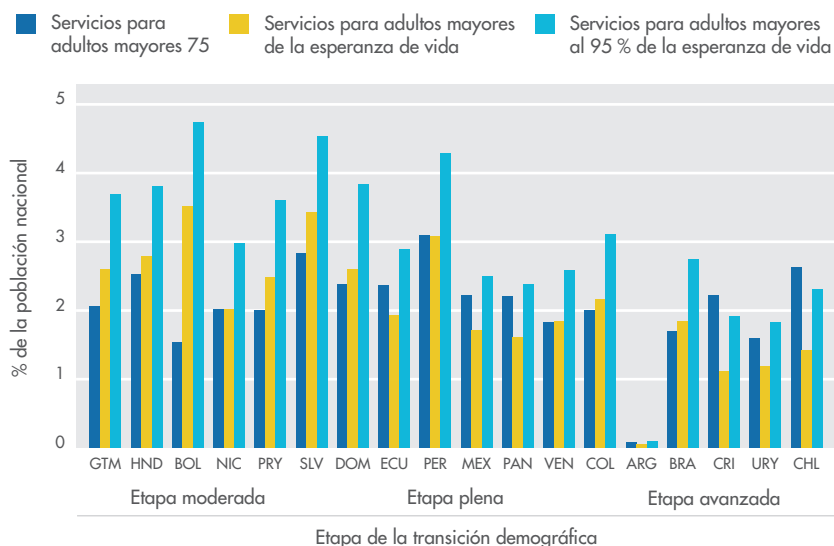
²⁵ En este caso se decidió utilizar el rango de edad para medir embarazo adolescente utilizado por la División de Población de Naciones Unidas. Este rango de edad es diferente al que se utiliza para los jóvenes en riesgo (13 a 21 años) que fue modelado de acuerdo a los patrones de estudio, trabajo e inactividad. Aunque el embarazo adolescente se vincula a la situación de riesgo, los servicios sociales diferenciados para las adolescentes embarazadas no son los mismos que los servicios para el resto de los jóvenes y esto justifica utilizar un rango de edad diferente.

Población que demanda servicios para adultos mayores

El reto para cuantificar los servicios diferenciados requeridos para adultos mayores es identificar su nivel de dependencia, es decir, cuántos requieren ayuda para realizar actividades de la vida diaria (por ejemplo, alimentarse, actividades de aseo personal, limpiar su casa o realizar compras y trámites) y el nivel cuidados especializados que requieren (por ejemplo, rehabilitación y tratamientos médicos). Este tipo de información tampoco se encuentra en las encuestas de hogares y no se cuenta con fuentes secundarias de apoyo, como podrían ser perfiles de envejecimiento o encuestas de discapacidad. Por ejemplo, un diagnóstico del adulto mayor en Chile encuentra que el 24% de los mayores de 60 años tienen algún grado de dependencia y que el porcentaje de adultos con dependencia aumenta considerablemente con la edad (SENAMA, n.d.). De hecho, solamente el 12% de los adultos de entre 60 y 65 años son dependientes mientras que 66% de los adultos mayores de 85 son dependientes.

A falta de información sistematizada sobre el envejecimiento y las necesidades de cuidado por situación de dependencia, se utiliza como aproximación un corte de edad mucho más alto al convencional utilizado de 65 años para determinar la vejez. Se construyen tres escenarios considerando las estadísticas sobre la esperanza de vida en 2012 estimada por la División de Población de las Naciones Unidas. El primer escenario considera la esperanza de vida promedio en la región (75 años). El segundo y el tercer escenario sugieren una manera de adaptar la estimación al contexto de cada país. Específicamente, el segundo escenario considera la esperanza de vida (diferenciada por género) y el tercer escenario el valor del 95% de la esperanza de vida (diferenciada por género). La **Figura 4** muestra las diferencias en términos del porcentaje de la población total que requiere servicios de cuidado para adultos mayores en los tres escenarios de estimación. La esperanza de vida en la región oscila entre 67 años en Bolivia y 80 años en Costa Rica y Chile.

Figura 4. Diferentes estimaciones de la demanda de servicios de cuidado de adultos mayores según la etapa del país en la transición demográfica



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo tomando como referencia la esperanza de vida por país reportada por los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Notas: La transición demográfica se refiere al patrón en el que la tasa de mortalidad disminuye más rápidamente que la tasa de natalidad, generando un aumento en la tasa de crecimiento de la población. De acuerdo a CEPAL (2007) los países de ALC se encuentran en tres diferentes etapas de la transición: la etapa moderada, donde la tasa de mortalidad empieza a descender pero la de natalidad permanece alta, por lo que hay un crecimiento acelerado de la población; la etapa plena, cuando la tasa de natalidad empieza a disminuir y la de mortalidad permanece estable, por lo que la tasa de crecimiento de la población disminuye; y la etapa avanzada, cuando tanto la tasa de fertilidad como la de mortalidad son bajas y el crecimiento de la población es bajo.

El número estimado de adultos mayores que requiere servicios sociales en los escenarios que se adaptan al contexto de cada país es considerablemente mayor en los países donde la esperanza de vida es menor; en dichos países, la pobreza y vulnerabilidad en el grupo etario mayor al promedio de esperanza de vida es superior.

Resultados

La demanda potencial de servicios sociales diferenciados para pobres y vulnerables es de 50,7 millones de personas, equivalente al 9% de la población de ALC. Tres de cada diez de las personas que requieren servicios sociales diferenciados están en pobreza extrema y requieren atención prioritaria. Hay que notar también que el tipo de servicios sociales para un mismo colectivo variará de acuerdo con la intensidad de la pobreza en un país determinado.

Tabla 1. Demanda de servicios sociales diferenciados para población pobre y vulnerable (ingreso per cápita diario menor a 10 dólares PPA) en América Latina

Tipo de servicio social	Rango de edad	Población total en el rango de edad	Población en el rango etario que requiere servicios (por ser vulnerables)	% de población en el rango etario que requiere servicios por ser vulnerables	% Población que requiere servicios en relación con la población total de la región
Servicios de desarrollo infantil temprano	Menores de 4 años	34,2 millones	27,5 millones	80%	5%
Servicios para jóvenes que no estudian ni trabajan	13-21 años	90,7 millones	11,4 millones	13%	2%
Servicios para adolescentes embarazadas	Mujeres de 15-19 años	24,7 millones (mujeres de 15 a 19 años)	1,2 millones	5%	0.2%
Servicios para adultos mayores	75 y más	17,6 millones	10,6 millones	59%	2%
Total de servicios sociales	Población total en edad de requerir servicios sociales	167,2 millones	50,7 millones	30%	
	Población total de la región	545,0 millones			9%

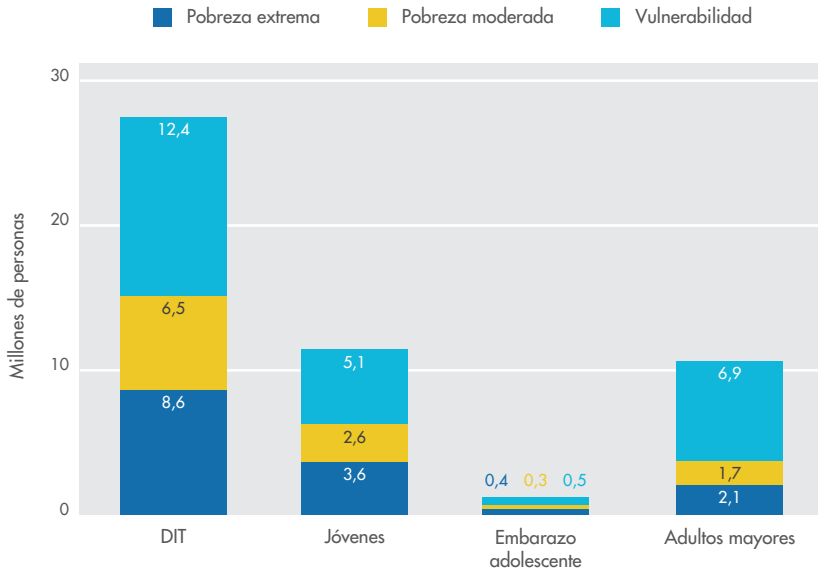
Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: Los cálculos se basan en encuestas de hogares para los siguientes países: Argentina (2013), Bolivia (2012), Brasil (2013), Chile (2011), Colombia (2013), Costa Rica (2013), República Dominicana (2013), Ecuador (2013), Guatemala (2013), Honduras (2013), México (2012), Nicaragua (2012), Panamá (2013), Perú (2013), Paraguay (2013), El Salvador (2013), Uruguay (2013) y Venezuela (2012).

La demanda potencial por servicios sociales diferenciados varía de manera significativa entre los países de la región, dependiendo de:

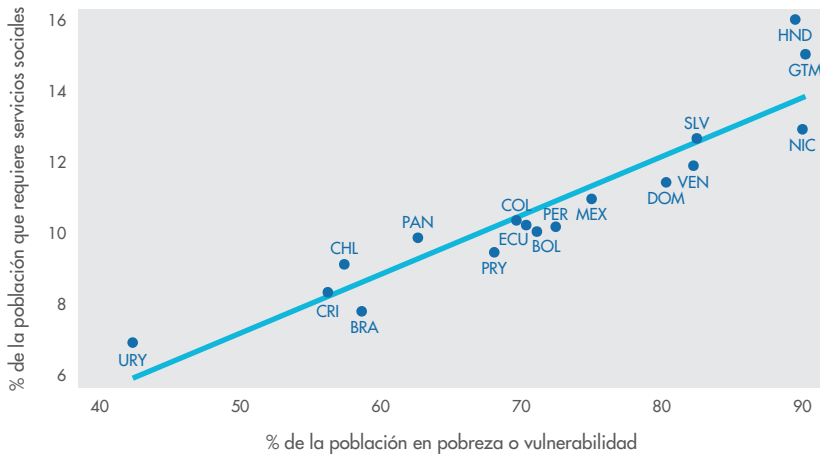
- El porcentaje de la población total que vive en condición de pobreza o vulnerabilidad y la incidencia en los grupos de edad específicos.
- La estructura demográfica, específicamente el porcentaje de población:
 - menor de 4 años.
 - joven de 13 a 21 años.
 - mayor de 75 años.
- Factores sociales, incluyendo la inactividad de la población joven de 13-21 años y la tasa de fertilidad adolescente.

Figura 5. Demanda de servicios de inclusión social en América Latina por tipo de servicios y nivel de ingresos



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Figura 6. Demanda de servicios sociales e intensidad de la pobreza/vulnerabilidad por país

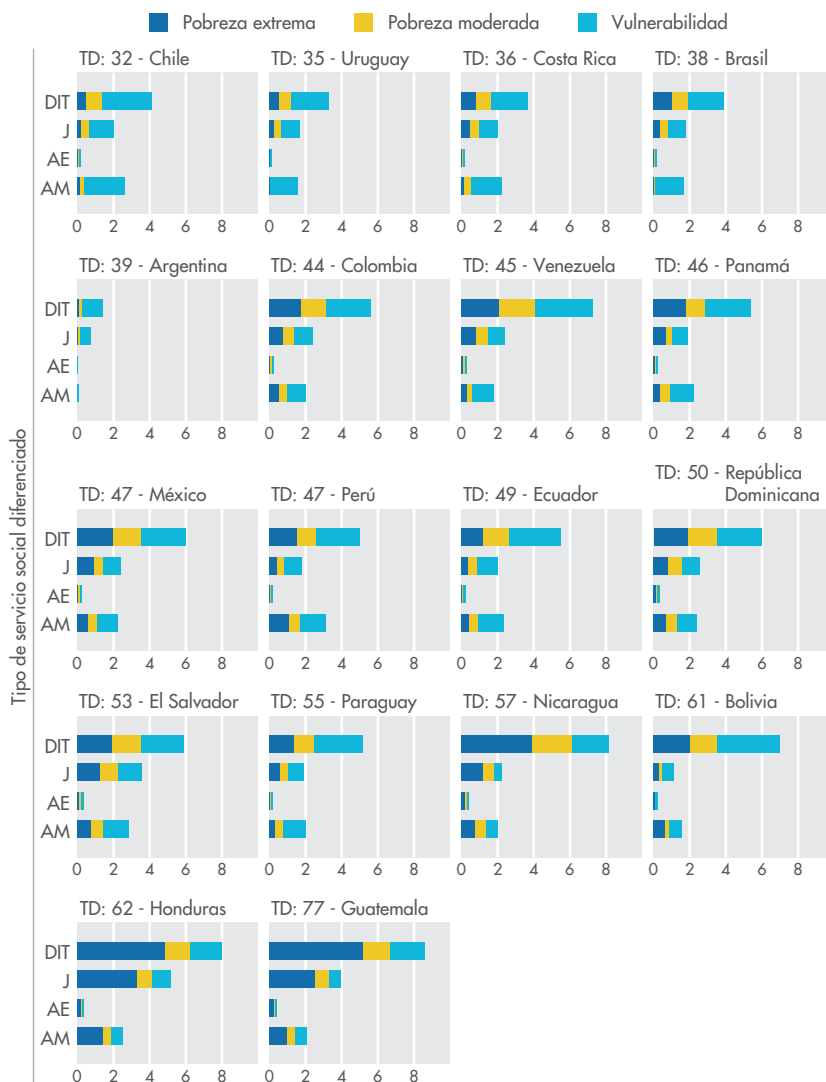


Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Así, manteniendo todo lo demás constante, si aumenta la incidencia total de pobreza y vulnerabilidad por ingreso, el peso de los grupos demográficos específicos y/o la incidencia específica de pobreza y vulnerabilidad para alguno de los colectivos, aumentará el porcentaje de la población que requiere servicios sociales. Como se observa en la **Figura 6**, los países con mayores niveles de pobreza (Guatemala, Honduras y Nicaragua) son también los que tienen mayores demandas por servicios sociales diferenciados. No obstante, El Salvador tiene un nivel de pobreza y vulnerabilidad considerablemente menor que Nicaragua (84% vs. 92%), pero con una demanda relativa por servicios sociales muy similar, lo que se explica por diferencias en la estructura demográfica y, sobre todo, los factores de riesgo: en El Salvador el porcentaje de jóvenes que no estudian ni trabajan remuneradamente es mayor que en Nicaragua. Asimismo, Honduras y Guatemala tienen, con la misma población en pobreza o vulnerabilidad que Nicaragua, un porcentaje mayor de población que potencialmente demanda servicios, lo que se explica también por la situación de inactividad en los jóvenes.

Dada la importancia de la estructura demográfica en la demanda potencial por servicios sociales diferenciados, es interesante analizar la relación entre dicha demanda, el nivel de ingreso y la transición demográfica. En este sentido, la **Figura 7** muestra para cada país la demanda de cada tipo de servicio social diferenciado, medido como porcentaje de la población total, donde los países están ordenados por la tasa de dependencia infantil (número de menores de 15 años por cada 100 personas de 15 a 64 años de edad, donde los valores más bajos reflejan un lugar más avanzado en la transición demográfica). Se observa que el grupo de primera infancia siempre es el más importante, aunque en los países más avanzados en la transición demográfica (con una tasa de dependencia infantil menor) la importancia relativa del grupo de adultos mayores aumenta notablemente. Asimismo, es posible observar que varios países han logrado eliminar la pobreza entre los adultos mayores, en particular la pobreza extrema. Tal es el caso de Chile, Uruguay, Costa Rica, Brasil y Argentina. Para efectos de los servicios sociales diferenciados—que no incluyen las transferencias monetarias o prestaciones económicas—es importante desarrollar y validar instrumentos para identificar necesidades de cuidado por razones de falta de autonomía.

Figura 7. Demanda de servicios sociales diferenciados por país como % de la población total (ordenados de acuerdo a la tasa de dependencia infantil)

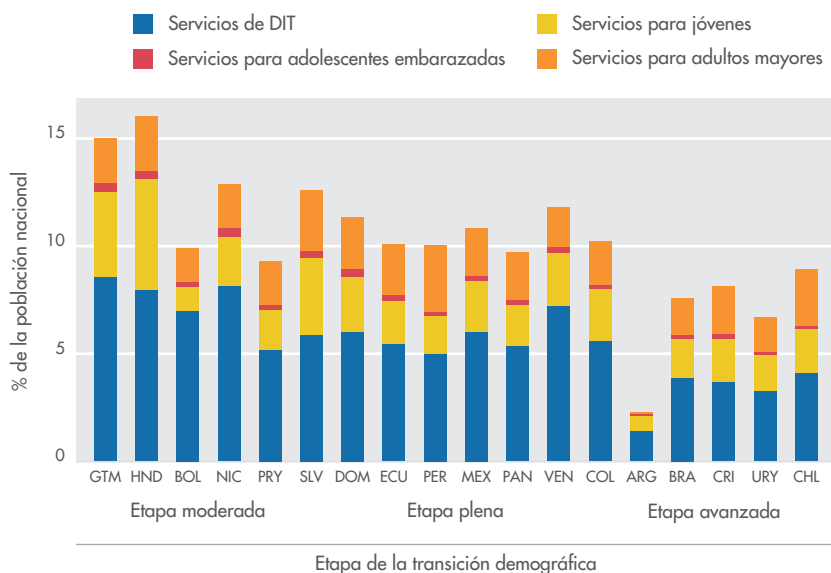


Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: La transición demográfica se refiere al patrón en el que la tasa de mortalidad disminuye más rápidamente que la tasa de natalidad, generando un aumento en la tasa de crecimiento de la población, y un indicador que resume la etapa en que se encuentra un país es la tasa de dependencia infantil (número de menores de 15 años por cada 100 personas de 15 a 64 años de edad), y donde los valores más bajos reflejan un lugar más avanzado en la transición demográfica.

TD es la tasa de dependencia infantil; DIT se refiere a servicios de desarrollo infantil temprano para menores de 4 años; J, servicios para jóvenes de 13 a 21 años que no estudian ni trabajan remuneradamente fuera del hogar; AE, adolescentes embarazadas entre 14-19 años; AM, adultos mayores de 75 años. Los valores del eje horizontal se refieren al porcentaje de la población total.

Figura 8. Demanda de servicios sociales diferenciados por país como % de la población total, ordenados de acuerdo con la etapa de la transición demográfica y la tasa de dependencia infantil



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: La transición demográfica se refiere al patrón en el que la tasa de mortalidad disminuye más rápidamente que la tasa de natalidad, generando un aumento en la tasa de crecimiento de la población. De acuerdo a CEPAL (2007) los países de ALC se encuentran en tres diferentes etapas de la transición: la etapa moderada, donde la tasa de mortalidad empieza a descender pero la de natalidad permanece alta, por lo que hay un crecimiento acelerado de la población; la etapa plena, cuando la tasa de natalidad empieza a disminuir y la de mortalidad permanece estable, por lo que la tasa de crecimiento de la población disminuye; y la etapa avanzada, cuando tanto la tasa de fertilidad como la de mortalidad son bajas y el crecimiento de la población es bajo.

En el **Anexo 1** se presenta una ficha técnica para cada país que contiene la demanda de servicios sociales diferenciados, distinguiendo para cada grupo (menores de 4 años, jóvenes, adolescentes embarazadas y adultos mayores) a la población en pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerable, así como una gráfica que ilustra la transición demográfica y la estimación del número de centros de atención primaria de servicios diferenciados que serían necesarios para tener un centro por cada 10.000 habitantes. El resto de este apartado revisa para cada grupo la magnitud de la demanda de servicios.

Demanda de servicios de desarrollo infantil temprano

La demanda de servicios de desarrollo infantil temprano representa la mitad de los servicios sociales necesarios en la región. Esto puede explicarse debido a que, a pesar de los avances en la reducción de la pobreza, la incidencia de la pobreza y la vulnerabilidad en los niños de 0 a 3 años es considerablemente más alta que en otros grupos

de edad. Por otro lado, los niños pequeños representan una mayor proporción de la población en los países en etapas más tempranas de la transición demográfica, que coinciden con los países de menores ingresos. Con base en estos criterios de demanda, ocho de cada diez niños en la región potencialmente requieren de servicios de DIT.

El tipo de servicios de DIT que se requiere depende de la edad y de la complementariedad entre el objetivo de favorecer el desarrollo integral de los niños y apoyar la participación laboral de las madres. En principio, durante los dos primeros años de vida las intervenciones serán mayoritariamente programas de apoyo al desarrollo de habilidades parentales mediante visitas domiciliarias, y a partir del tercer año se incluirían también centros de desarrollo infantil que cumplen con la función de apoyar la participación laboral femenina²⁶. En su carácter de complemento a los servicios sectoriales, las redes de servicios sociales diferenciados también deben procurar el acceso efectivo a servicios de salud, nutrición y educación necesarios para facilitar el desarrollo pleno de los niños.

Demanda de servicios para jóvenes

Por su parte, la demanda de servicios para jóvenes asciende a 11,4 millones de personas, equivalentes al 13% de los jóvenes de entre 13 y 21 años de la región. Siete de cada diez de los jóvenes inactivos son mujeres, lo que se explica porque las mujeres jóvenes, especialmente las pobres, absorben buena parte de las tareas de cuidado de miembros dependientes del hogar (en muchas ocasiones, partiendo de sus propios hijos). Para mujeres en hogares con mayores niveles de ingreso (hogares vulnerables o de clase media) se observa que las mujeres cuentan con mayores niveles de escolaridad que los hombres, pero menor participación en actividades productivas fuera del hogar.

En estos servicios es importante distinguir al grupo de 13 a 17 años, edad en que los programas deben buscar prevenir y revertir la deserción escolar. Si bien por cuestiones metodológicas se cuantificó a la población que ya ha desertado la escuela y no trabaja, es importante hacer esfuerzos para identificar a la población en riesgo de abandono escolar e intervenir antes de que ocurra la deserción escolar.

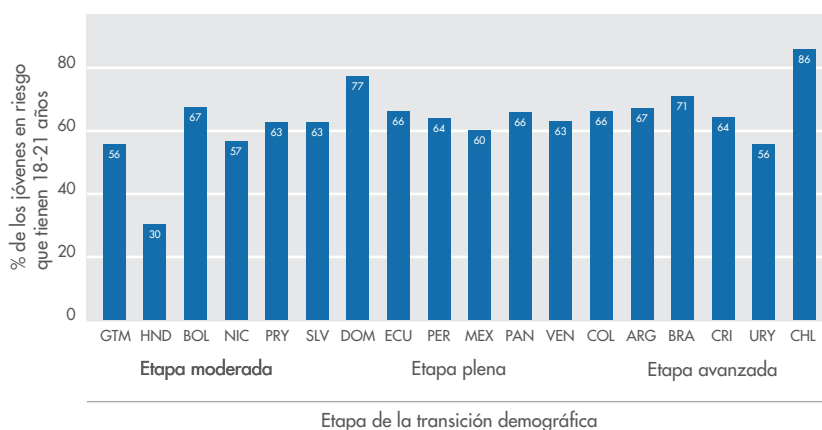
En este grupo se observa que la tasa de inactividad aumenta con la edad, por lo que la mayor parte de los jóvenes que requieren servicios tienen entre 18 y 21 años (alrededor del 65%, ver detalle por país en la **Figura 9**). La excepción en este caso es Honduras, donde la deserción escolar comienza en edades muy tempranas (desde los 12

²⁶ Para una revisión del tipo de servicios de desarrollo infantil temprano que debieran incluirse ver Baker-Henningham y López Bóo (2010) y Naudeau (2011).

años). En las políticas sociales para jóvenes en riesgo deben enfatizarse las habilidades emocionales para favorecer una trayectoria positiva hacia la edad adulta, que promueva la permanencia en la escuela y prevenga el embarazo adolescente. En particular, se deben tomar en cuenta cuatro factores que han demostrado ser importantes (Medellín et al., 2015): la importancia de trabajar con la multidimensionalidad de los riesgos que enfrentan los jóvenes, de brindar herramientas concretas para mitigar riesgos y lograr comportamientos positivos, de involucrar a las familias en el trabajo con los jóvenes, y de promover programas de tutoría para acompañar los procesos de adopción de nuevas trayectorias y reducir conductas de riesgo.

Si bien la situación de embarazo adolescente está relacionada con la juventud en riesgo, se decidió cuantificar a este grupo de manera separada para atender las vulnerabilidades y necesidades específicas de las mujeres adolescentes embarazadas, que son el 5% de las mujeres de entre 15 y 19 años. Para este grupo la evidencia disponible sugiere que las intervenciones deben centrarse en la vinculación con los servicios de salud y el desarrollo de habilidades emocionales para evitar un segundo embarazo no deseado y facilitar la permanencia y/o reingreso a la escuela o una inserción favorable en el mercado laboral, así como en estrategias de prevención.

Figura 9. Jóvenes en riesgo de 18-21 años en relación al total de jóvenes en riesgo (%)



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

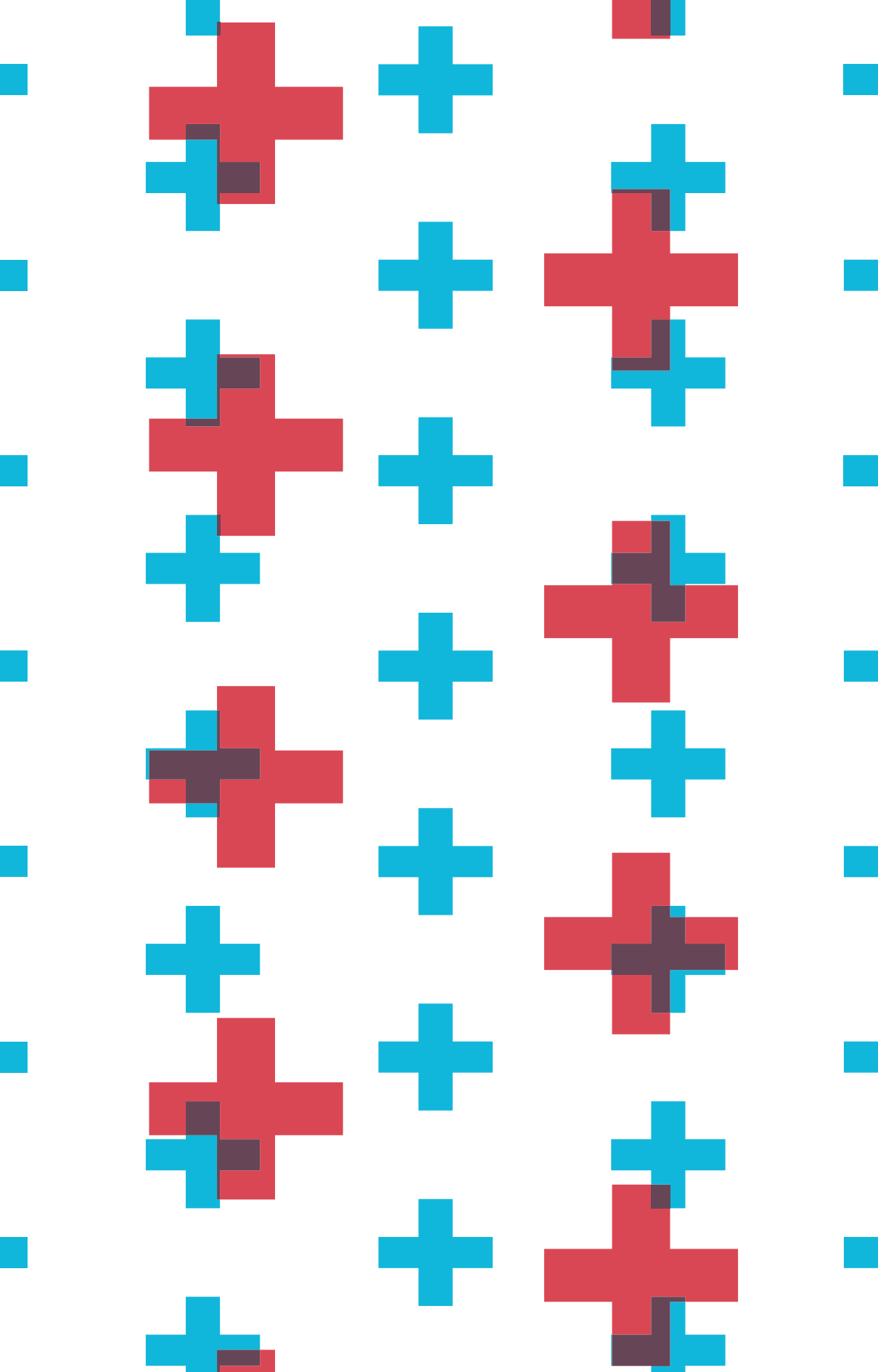
Notas: La transición demográfica se refiere al patrón en el que la tasa de mortalidad disminuye más rápidamente que la tasa de natalidad, generando un aumento en la tasa de crecimiento de la población. De acuerdo a CEPAL (2007) los países de ALC se encuentran en tres diferentes etapas de la transición: la etapa moderada, donde la tasa de mortalidad empieza a descender pero la de natalidad permanece alta, por lo que hay un crecimiento acelerado de la población; la etapa plena, cuando la tasa de natalidad empieza a disminuir y la de mortalidad permanece estable, por lo que la tasa de crecimiento de la población disminuye; y la etapa avanzada, cuando tanto la tasa de fertilidad como la de mortalidad son bajas y el crecimiento de la población es bajo.

Demanda de servicios para adultos mayores

En el caso de adultos mayores de 75 años, se estima que 10,6 millones de adultos mayores requieren servicios de cuidado. Esto representa una gran proporción de los adultos mayores a 75 años (60%), pues si bien la tasa de pobreza en este grupo etario es menor que en los menores de 4 años, los niveles de vulnerabilidad monetaria son relativamente mayores. Por ejemplo, poco más de la mitad de los niños menores de 4 años son pobres mientras que solamente la tercera parte de los adultos mayores son pobres.

El reto en el caso de los adultos mayores es identificar las situaciones de dependencia y con base en dichos resultados desarrollar las estrategias más adecuadas para apoyar al adulto mayor y a su familia en caso de que viva acompañado. Como referencia, en países de la OCDE alrededor de 15%-20% de los adultos mayores de 65 años requieren servicios de cuidado, y la mayoría los reciben en su domicilio. Además, se requieren estrategias paralelas que promuevan el envejecimiento activo para prolongar la independencia de los adultos mayores y complementar la atención vinculando a los servicios de salud y pensiones existentes. En este sentido, las experiencias de países como Chile y Uruguay pueden servir de ejemplo. En el caso del SNC de Uruguay, se plantean servicios que incluyen servicios domiciliarios, teleasistencia, centros diurnos y hogares de larga estadía.







Sección 4.

Agenda de Investigación en América Latina

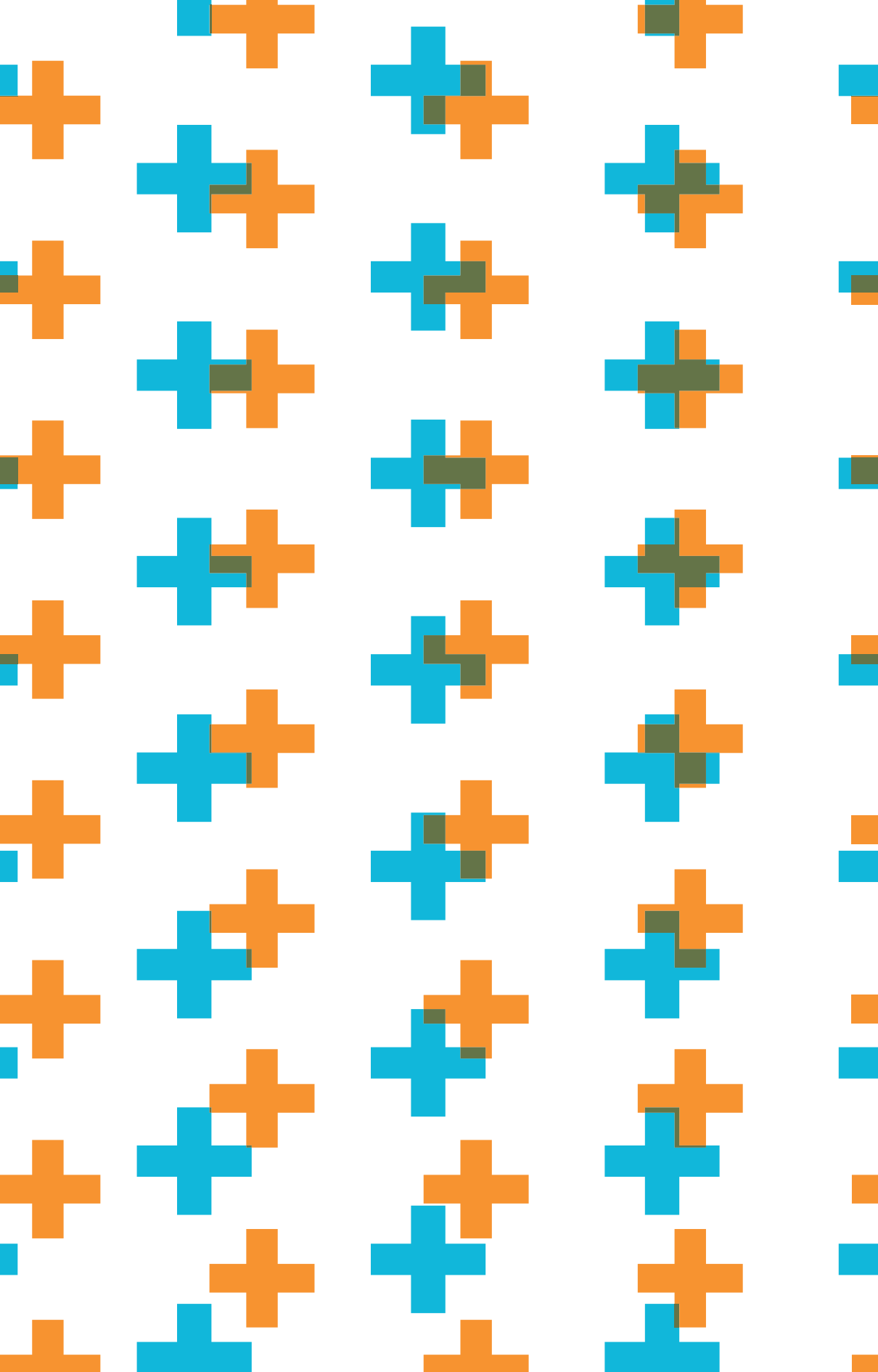
Sin duda hay enormes brechas de conocimiento sobre los servicios sociales diferenciados en América Latina y el Caribe. Este documento contribuye a la discusión presentando una caracterización de los servicios sociales diferenciados dentro del sistema de protección social con base en la revisión de la experiencia europea. Asimismo, presenta los resultados de un esfuerzo sistemático para cuantificar la demanda de servicios sociales en la región, lo que permite tener una idea del tamaño de la brecha de oferta que los países enfrentan.

Existen varios temas que deben ser analizados para impulsar esta agenda. En primer lugar, se requiere avanzar en la medición de la demanda de servicios sociales a través de encuestas de protección social que estén específicamente diseñadas para medir las necesidades de dependencia y los factores de riesgo asociados con situaciones de exclusión y requerimientos de protección social. Si bien existen avances importantes en cuanto a la calidad y disponibilidad de encuestas de hogares en la región, y existen encuestas específicas sobre aspectos como discapacidad, adicciones y juventud, no existen todavía los elementos para medir, en un solo instrumento, tanto la incidencia y evolución de situaciones de dependencia como los factores de riesgo. Ello permitiría entender mejor la multidimensionalidad de situaciones de exclusión y medir la demanda de servicios sociales diferenciados en particular y las implicaciones para políticas de protección social en general.

Asimismo, es necesario revisar detalladamente la estructura actual de los servicios sociales diferenciados en la región. La mayoría de los países tienen instituciones y proyectos que cumplen con algunas de las funciones de los servicios sociales diferenciados. Por ende, es preciso sistematizar la información sobre la oferta existente, tomando en cuenta aspectos como su institucionalidad, organización, estructura, monto y fuente de financiamiento, alcance, costos y resultados.

En tercer lugar, es preciso discutir qué servicios y funciones deberían formar parte de los servicios sociales diferenciados en América Latina y el Caribe. Este documento revisa los elementos comunes con los servicios sociales en Europa y cuantifica la demanda de servicios sociales diferenciados identificados como fundamentales para promover la inclusión social de la población pobre y vulnerable: desarrollo infantil temprano, juventud en riesgo, adolescentes embarazadas y adultos mayores. El siguiente paso debe ser identificar intervenciones específicas y costearlas para definir, según la realidad de cada país, estrategias nacionales de provisión de servicios sociales diferenciados.







Referencias

- Alfonso, Mariana, María Soledad Bos, Jesús Duarte y Carlos Rondón. 2012. "Panorama general de la educación en América Latina y el Caribe." En *Educación para la transformación*, editado por Marcelo Cabrol y Miguel Székely. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://publications.iadb.org/handle/11319/392>.
- Baker-Henningham, Helen, y Florencia López Bóo. 2010. "Early Childhood Stimulation Interventions in Developing Countries: A Comprehensive Literature Review." *Documento de Trabajo*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://publications.iadb.org/handle/11319/2660>.
- Banco Interamericano de Desarrollo. 2014. *Documento de Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39211786>.
- Casado, D, y E Guillén. 2001. *Manual de Servicios Sociales*. Madrid, España: Editorial CSS.
- CEPAL. 2007. "Demographic Trends in Latin America." *Latin American Demographic Observatory* 2 (3): 17–35.
- Comisión Europea. 2008. *Biennial Report on Social Services of General Interest*. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008SC2179&from=EN>.
- _____. 2012. "Hacia una Recuperación Generadora de Empleo. Documento de Trabajo de los Servicios de la Comisión sobre el Aprovechamiento del Potencial de Empleo de los Servicios Personales y Domésticos." Estrasburgo, Francia: Comisión Europea.

Cunningham, Wendy, Linda McGinnis, Rodrigo Garcia Verdu, Cornelia Tesliuc, y Dorte Verner. 2008. *Youth at Risk in Latin America y the Caribbean*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Mundial. doi:10.1596/978-0-8213-7520-4.

EUROSTAT. 2015a. "Estadísticas de Población a Nivel Regional." <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

_____. 2015b. "People at Risk of Poverty or Social Exclusion." *EUROSTAT Statistics Explained*. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion.

Frazer, H, y E Marlier. 2014. *Investing in Children: Breaking the Cycle of Disadvantage. A Study of National Policies*. European Network of Independent Experts on Social Inclusion. Luxemburgo: Comisión Europea. doi:10.2767/20564.

IMSERSO. 2004. *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>.

_____. 2005a. *Cuidado a las Personas Mayores en los Hogares Españoles: El Entorno Familiar. Colección Estudios: Serie Dependencia*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>.

_____. 2005b. *Cuidados a la Dependencia e Inmigración: Informe de Resultados. Colección de Estudios: Serie Dependencia*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadodepinmi.pdf>.

López-Calva, Luis Felipe, Guillermo Cruces, Samantha Lach, y Eduardo Ortiz-Juárez. 2014. "Clases Medias y Vulnerabilidad a la Pobreza. Reflexiones desde América Latina." *El Trimestre Económico* vol. LXXXI (322). Fondo de Cultura Económica: pp. 281–307.

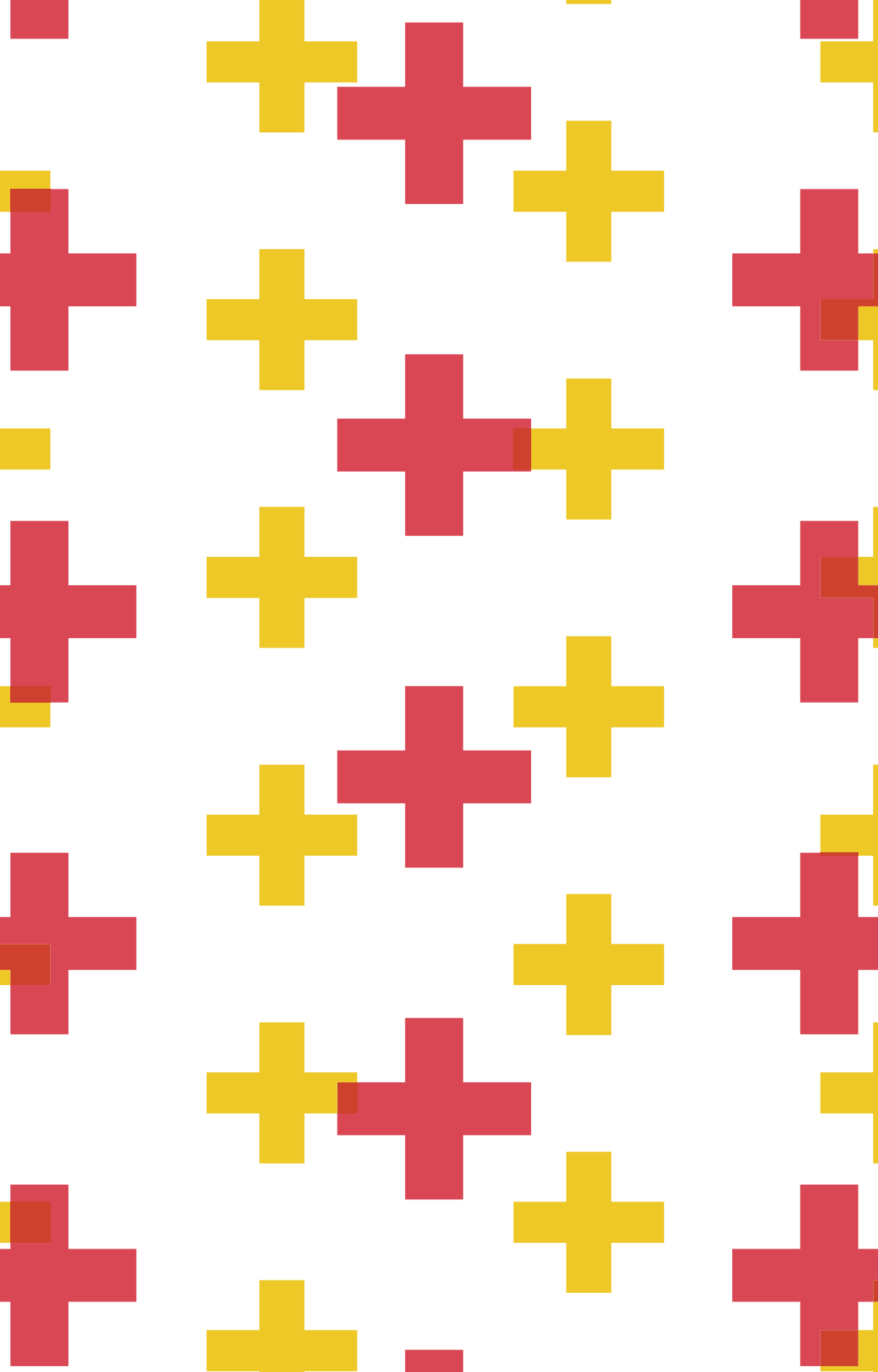
López-Calva, Luis Felipe, y Eduardo Ortiz-Juarez. 2014. "A Vulnerability Approach to the Definition of the Middle Class." *The Journal of Economic Inequality* 12 (1): 23–47. doi:10.1007/s10888-012-9240-5.

Martín, María Pía. 2014. "Análisis Comparado de los Sistemas de Protección Social para la Población Pobre y Vulnerable de América Latina y el Caribe." Santiago, Chile: Preparado para el Banco Interamericano de Desarrollo.

- Medellín, Nadin, Pablo Ibararán, Patricia Jara Males y Marco Stampini. 2015. "4 Lecciones en Programas de Juventud." *Gente Saludable*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Inter-Americano de Desarrollo. <http://blogs.iadb.org/salud/2015/01/26/juventud/>.
- Medellín, Nadin, Pablo Ibararán, Marco Stampini y Juan Miguel Villa. 2015. *Hacia Adelante: Recertificación y Estrategias de Salida en los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas*. 348. *Monografía*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/handle/11319/7359>.
- MIDES. 2014. *Cuidados como Sistema: Propuesta para un Modelo Solidario y Corresponsable de Cuidados en Uruguay*. Montevideo, Uruguay. http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf.
- Myatt, Mark. 2012. "FAQ: Estimating Case Load for Pregnant Women." *How Do We Estimate Case Load for Pregnant y Lactating Women ó Months Postpartum in a given Time Period?*
- Naudeau, Sophie, Naoko Kataoka, Alezandria Valerio, Michelle J. Neuman y Leslie Kennedy Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue y Project Preparation*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Mundial.
- Organización Mundial de la Salud. 2013. *Discapacidad y Salud. Nota Descriptiva*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
- Pérez Eransus, Begoña. 2015. *Redes de Servicios Sociales: Respuestas Institucionales a los Desafíos Cambiantes de la Protección Social*. 819. *Nota Técnica*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/handle/11319/6947>.
- Schady, Norbert. 2012. "El Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y el Caribe: Acceso, Resultados y Evidencia Longitudinal de Ecuador." En *Educación para la Transformación*, editado por Marcelo Cabrol y Miguel Székely. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://publications.iadb.org/handle/11319/392>.
- Seebohm, F. 1968. *Report of the Committee on Local Authority y Allied Personal Social Services*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- SENAMA. n.d. *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago, Chile. http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf.

- Söderström, L. 2008. *The Economics of Social Protection*. Northampton, Estados Unidos: Edward Elgar Publishing.
- Stampini, Marco, Marcos Robles, Mayra Sáenz, Pablo Ibararán y Nadin Medellín. 2015. *Pobreza, Vulnerabilidad y la Clase Media en América Latina*. 591. *Documento de Trabajo*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://publications.iadb.org/handle/11319/6878>.
- Székely, Miguel. 2015. *Cambios en la Institucionalidad de la Política de Protección Social en América Latina y Caribe: Avances y Nuevos Desafíos*. 810. Nota Técnica. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://publications.iadb.org/handle/11319/6926>.
- UNDESA. 2013. *Definition of Youth*. United Nations Youth Fact-Sheets. Nueva York, Estados Unidos: United Nations Department of Economic and Social Affairs. <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>.
- USAID. 2012. *Youth in Development: Realizing the Demographic Opportunity*. Washington DC, Estados Unidos. http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/Youth_in_Development_Policy_0.pdf.
- Vivo, Sigrid, y Drina Saric, eds. 2013. *Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes*. Washington DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38339351>.







Anexo 1.
Fichas técnicas por país
sobre la demanda total
de personas que requieren
servicios sociales

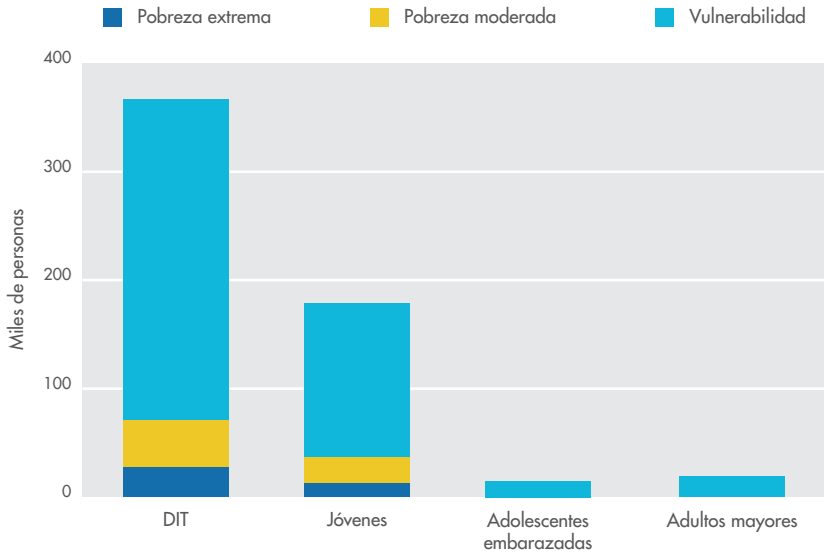
Argentina

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	579.227	2,3
1) Total de servicios de DIT	366.365	1,4
Pobreza extrema	27.960	0,1
Pobreza moderada	43.242	0,2
Vulnerabilidad	295.163	1,2
2) Total de servicios para jóvenes	178.794	0,7
Pobreza extrema	13.074	0,1
Pobreza moderada	23.711	0,1
Vulnerabilidad	142.009	0,6
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	14.831	0,1
Pobreza extrema	664	0,0
Pobreza moderada	1.397	0,0
Vulnerabilidad	12.770	0,0
4) Total de servicios para adultos mayores	19.237	0,1
Pobreza extrema	559	0,0
Pobreza moderada	1.827	0,0
Vulnerabilidad	16.851	0,1
Centros de servicios necesarios	2.557	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

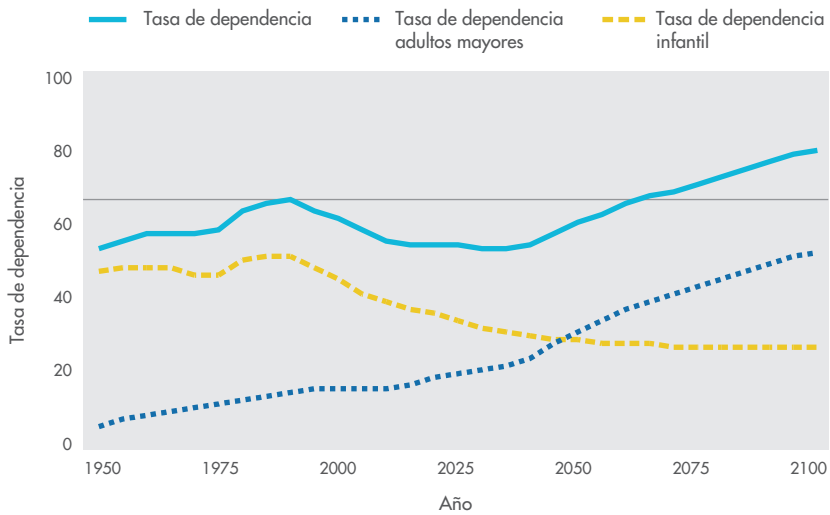
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

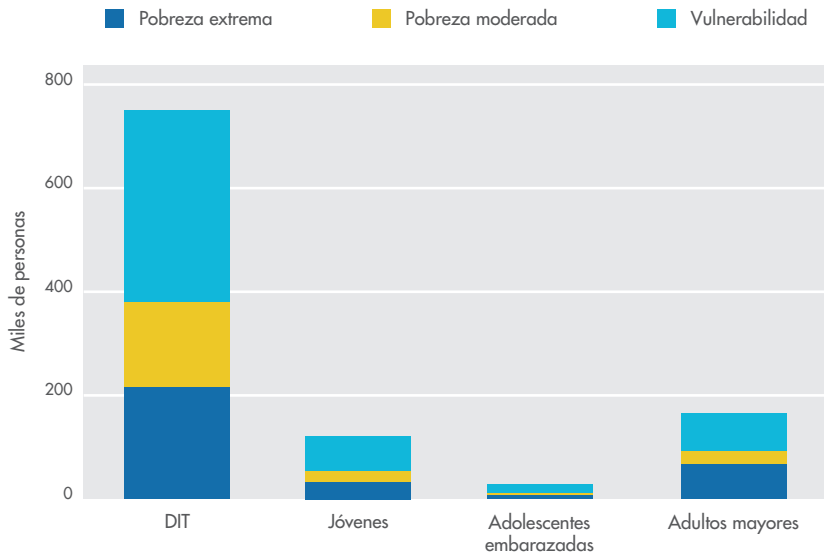
Bolivia

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	1.063.752	9,9
1) Total de servicios de DIT	750.514	7,0
Pobreza extrema	218.037	2,0
Pobreza moderada	162.117	1,5
Vulnerabilidad	370.360	3,4
2) Total de servicios para jóvenes	121.279	1,1
Pobreza extrema	32.120	0,3
Pobreza moderada	21.010	0,2
Vulnerabilidad	68.149	0,6
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	26.359	0,2
Pobreza extrema	6.966	0,1
Pobreza moderada	5.338	0,0
Vulnerabilidad	14.055	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	165.600	1,5
Pobreza extrema	66.919	0,6
Pobreza moderada	26.981	0,3
Vulnerabilidad	71.700	0,7
Centros de servicios necesarios	1.075	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

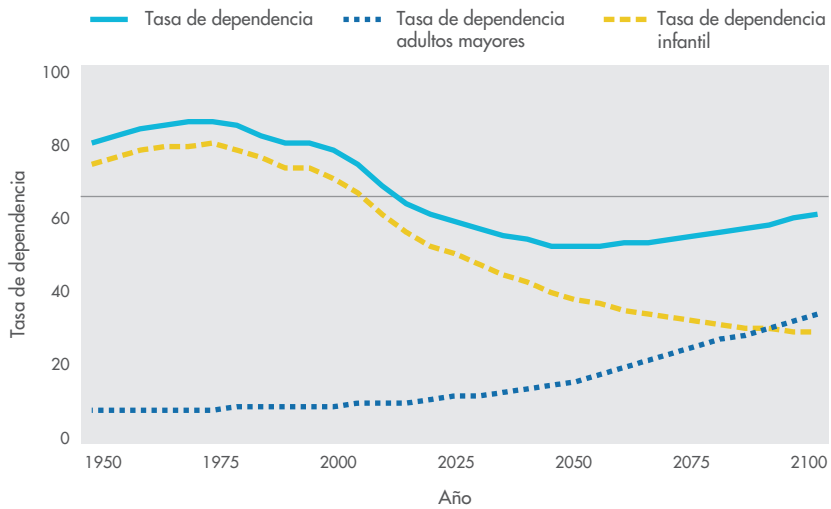
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

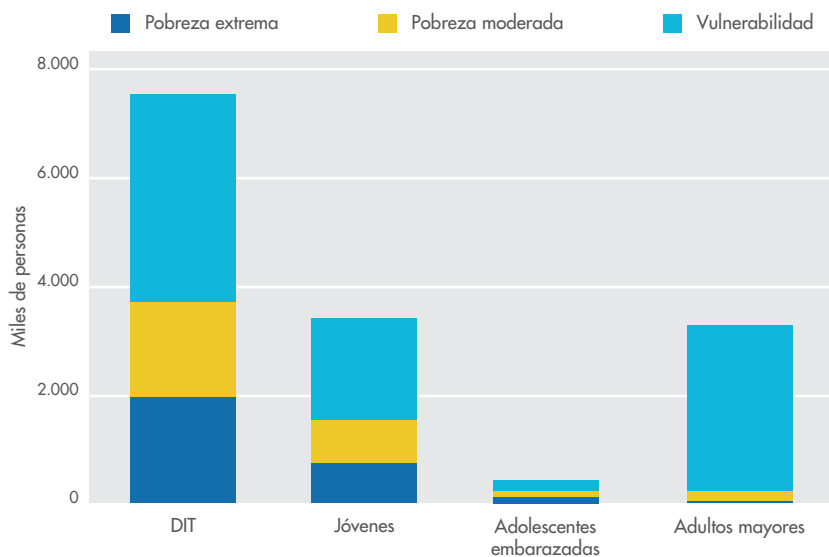
Brasil

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	14.659.859	7,6
1) Total de servicios de DIT	7.560.321	3,9
Pobreza extrema	1.978.266	1,0
Pobreza moderada	1.753.663	0,9
Vulnerabilidad	3.828.392	2,0
2) Total de servicios para jóvenes	3.408.849	1,8
Pobreza extrema	738.357	0,4
Pobreza moderada	799.326	0,4
Vulnerabilidad	1.871.166	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	414.319	0,2
Pobreza extrema	114.275	0,1
Pobreza moderada	107.600	0,1
Vulnerabilidad	192.444	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	3.276.370	1,7
Pobreza extrema	40.898	0,0
Pobreza moderada	172.855	0,1
Vulnerabilidad	3.062.617	1,6
Centros de servicios necesarios	19.308	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

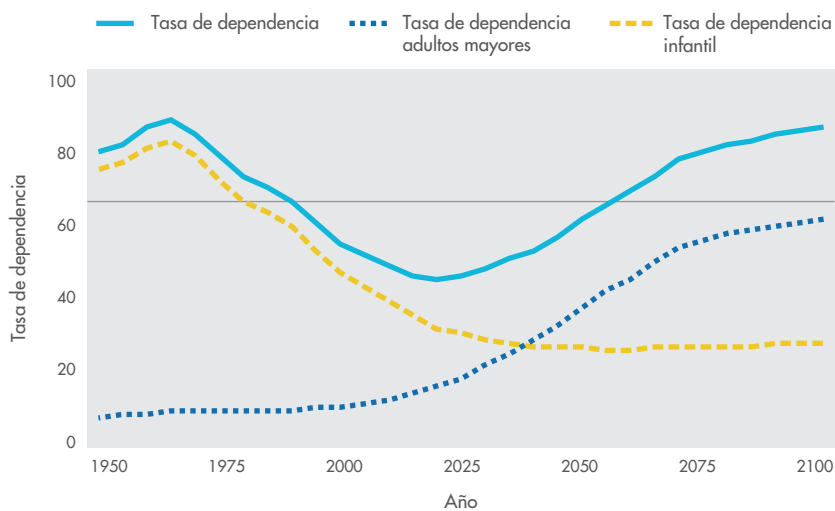
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

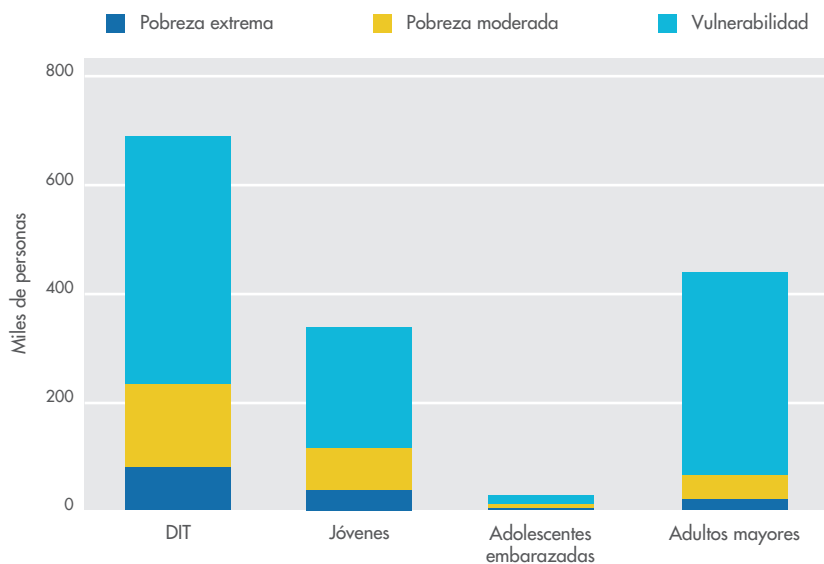
Chile

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	1.491.058	8,9
1) Total de servicios de DIT	688.567	4,1
Pobreza extrema	80.439	0,5
Pobreza moderada	151.192	0,9
Vulnerabilidad	456.936	2,7
2) Total de servicios para jóvenes	337.756	2,0
Pobreza extrema	37.188	0,2
Pobreza moderada	78.153	0,5
Vulnerabilidad	222.415	1,3
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	26.747	0,2
Pobreza extrema	3.422	0,0
Pobreza moderada	8.411	0,1
Vulnerabilidad	14.914	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	437.988	2,6
Pobreza extrema	21.439	0,1
Pobreza moderada	43.135	0,3
Vulnerabilidad	373.414	2,2
Centros de servicios necesarios	1.666	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

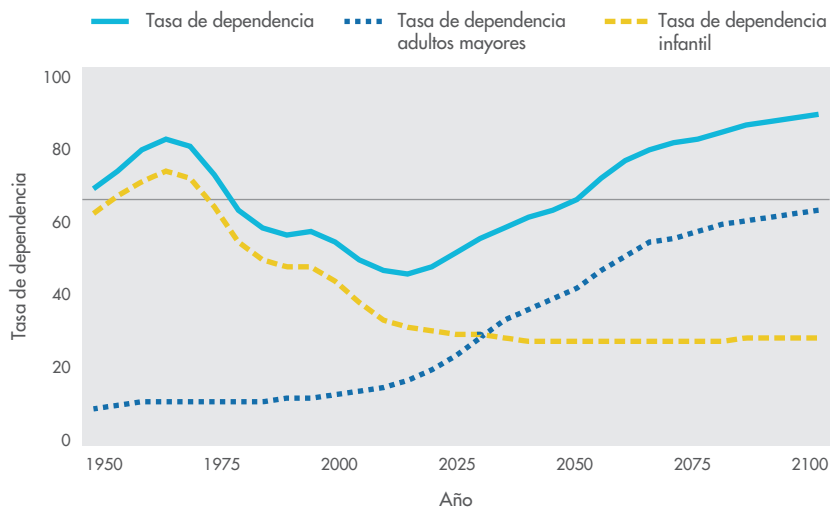
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

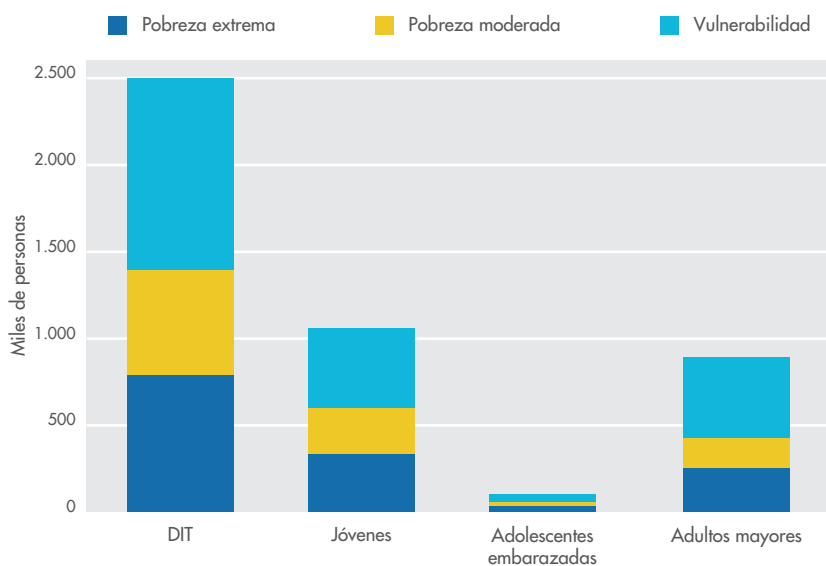
Colombia

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	4.564.483	10,2
1) Total de servicios de DIT	2.504.268	5,6
Pobreza extrema	793.219	1,8
Pobreza moderada	604.322	1,4
Vulnerabilidad	1.106.727	2,5
2) Total de servicios para jóvenes	1.063.087	2,4
Pobreza extrema	337.202	0,8
Pobreza moderada	265.817	0,6
Vulnerabilidad	460.068	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	101.585	0,2
Pobreza extrema	33.248	0,1
Pobreza moderada	27.400	0,1
Vulnerabilidad	40.937	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	895.543	2,0
Pobreza extrema	257.316	0,6
Pobreza moderada	175.143	0,4
Vulnerabilidad	463.084	1,0
Centros de servicios necesarios	4.466	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

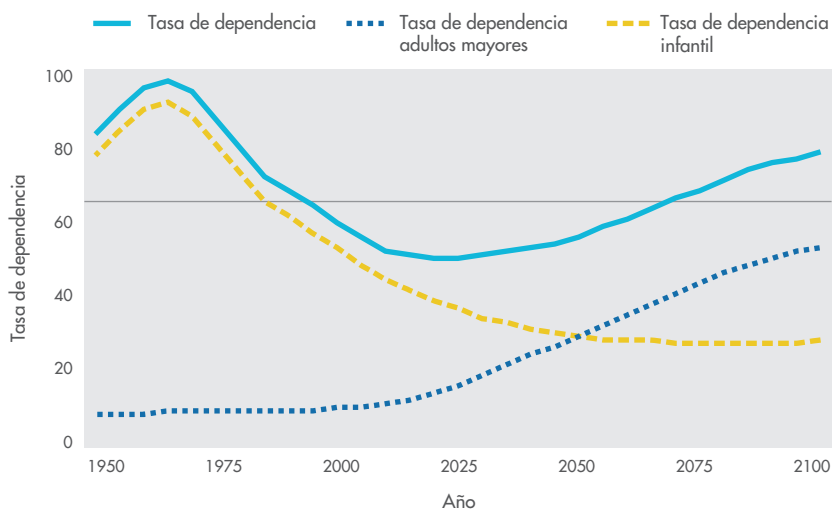
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

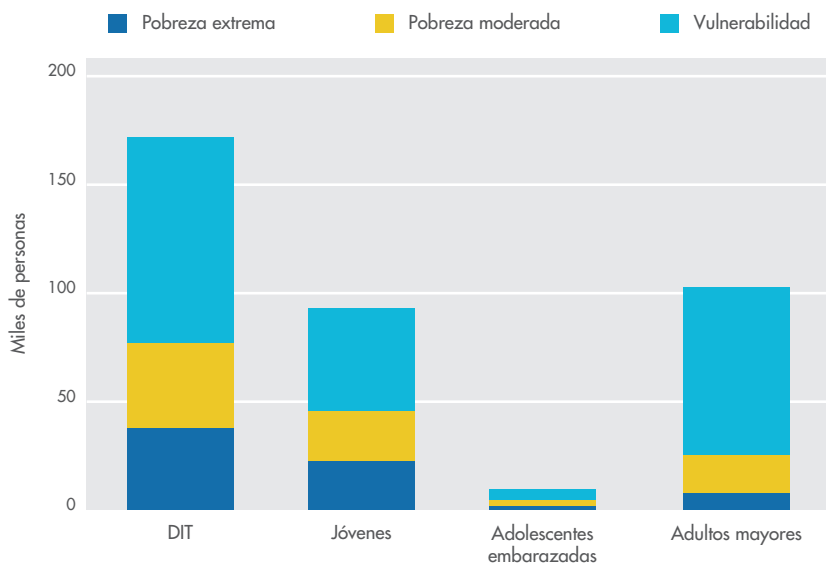
Costa Rica

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	377.221	8,1
1) Total de servicios de DIT	171.804	3,7
Pobreza extrema	38.173	0,8
Pobreza moderada	38.877	0,8
Vulnerabilidad	94.754	2,0
2) Total de servicios para jóvenes	92.986	2,0
Pobreza extrema	22.423	0,5
Pobreza moderada	23.453	0,5
Vulnerabilidad	47.110	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	9.565	0,2
Pobreza extrema	1.999	0,0
Pobreza moderada	2.623	0,1
Vulnerabilidad	4.943	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	102.866	2,2
Pobreza extrema	8.100	0,2
Pobreza moderada	17.603	0,4
Vulnerabilidad	77.163	1,7
Centros de servicios necesarios	463	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

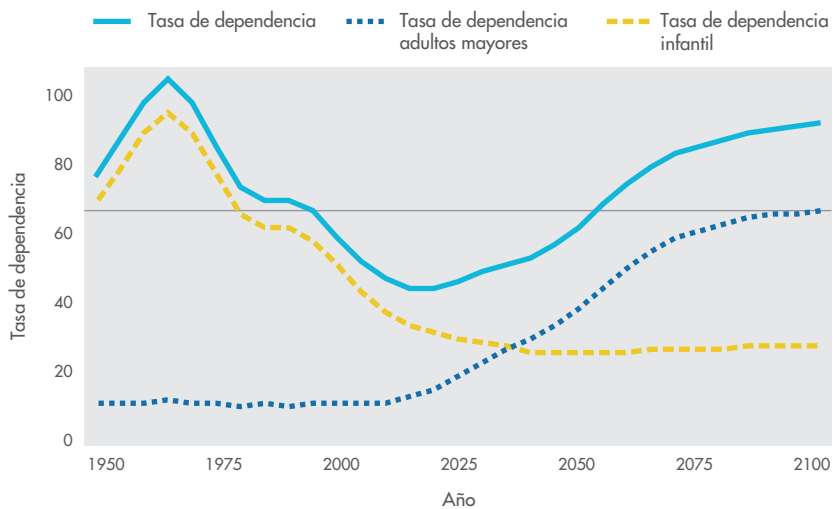
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

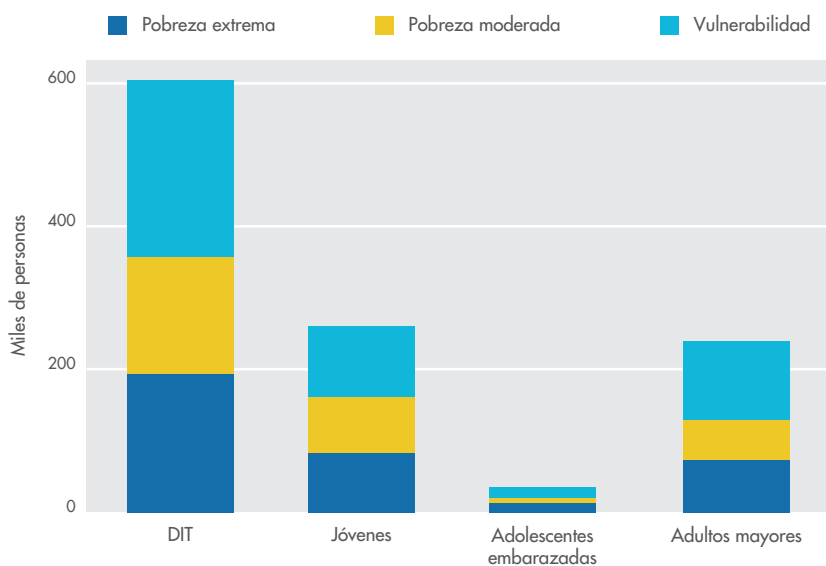
República Dominicana

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	1.139.994	11,3
1) Total de servicios de DIT	604.655	6,0
Pobreza extrema	194.644	1,9
Pobreza moderada	162.703	1,6
Vulnerabilidad	247.308	2,5
2) Total de servicios para jóvenes	259.718	2,6
Pobreza extrema	83.231	0,8
Pobreza moderada	78.224	0,8
Vulnerabilidad	98.263	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	35.545	0,4
Pobreza extrema	13.398	0,1
Pobreza moderada	8.098	0,1
Vulnerabilidad	14.049	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	240.076	2,4
Pobreza extrema	73.870	0,7
Pobreza moderada	55.796	0,6
Vulnerabilidad	110.410	1,1
Centros de servicios necesarios	1.007	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

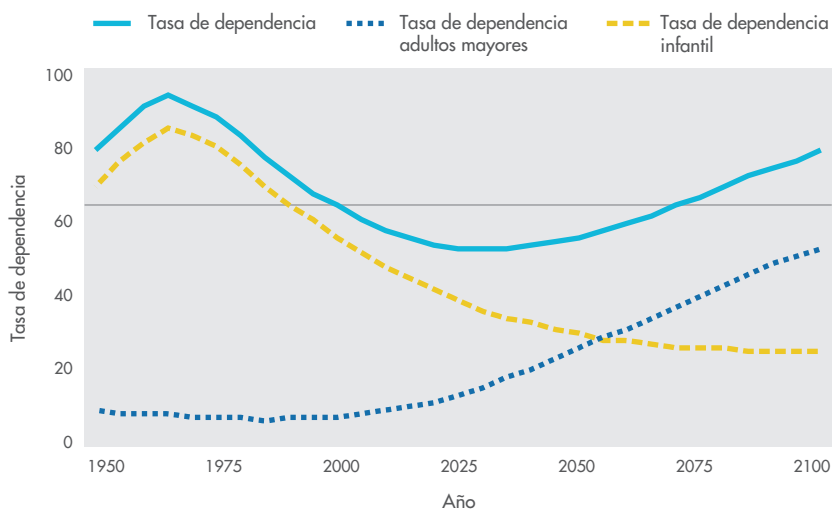
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

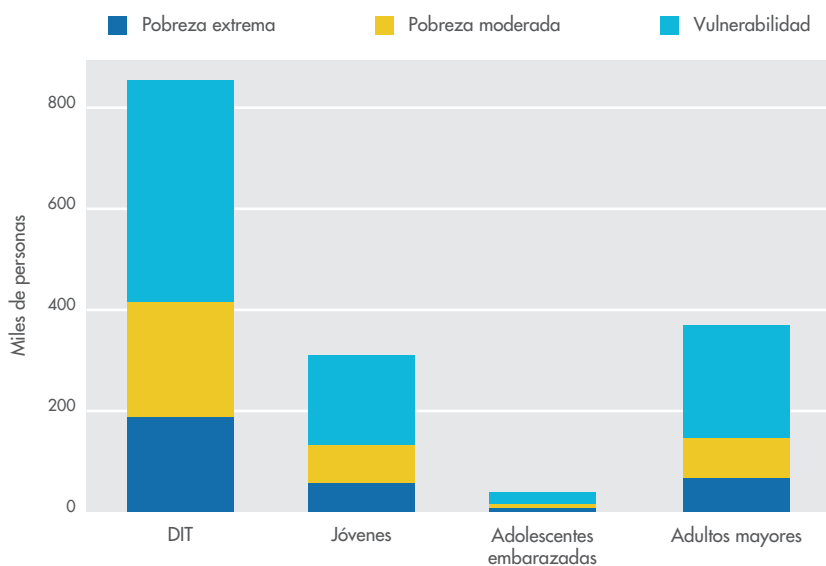
Ecuador

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	1.572.671	10,1
1) Total de servicios de DIT	853.718	5,5
Pobreza extrema	187.730	1,2
Pobreza moderada	225.203	1,4
Vulnerabilidad	440.785	2,8
2) Total de servicios para jóvenes	310.705	2,0
Pobreza extrema	56.727	0,4
Pobreza moderada	75.830	0,5
Vulnerabilidad	178.148	1,1
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	39.104	0,3
Pobreza extrema	7.891	0,1
Pobreza moderada	9.679	0,1
Vulnerabilidad	21.534	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	369.144	2,4
Pobreza extrema	67.575	0,4
Pobreza moderada	77.995	0,5
Vulnerabilidad	223.574	1,4
Centros de servicios necesarios	1.559	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

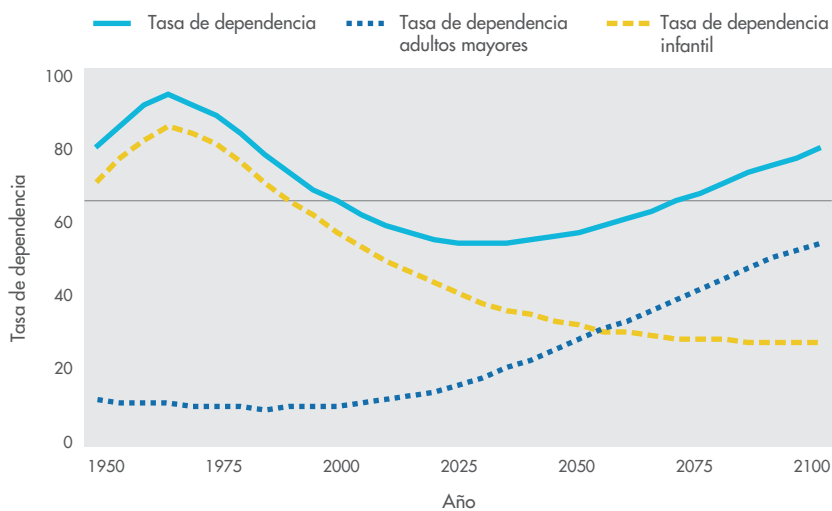
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

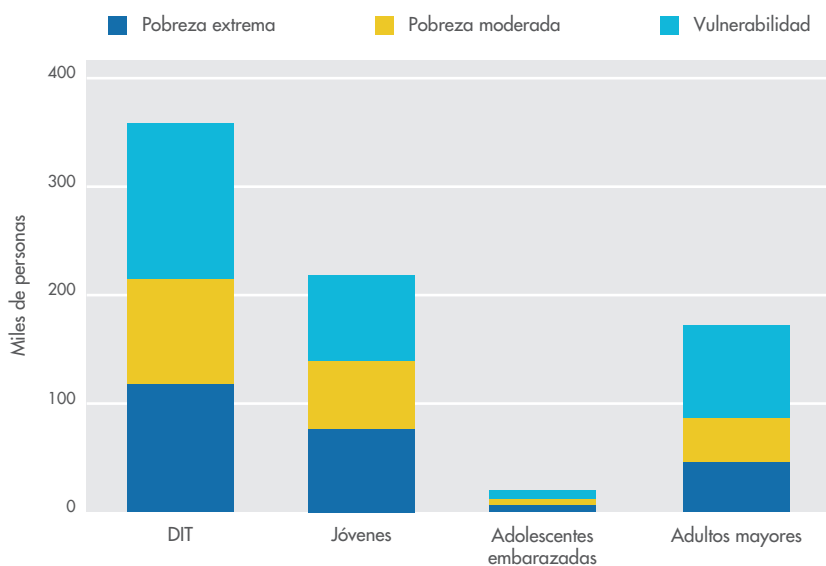
El Salvador

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	769.645	12,6
1) Total de servicios de DIT	358.283	5,9
Pobreza extrema	117.780	1,9
Pobreza moderada	96.935	1,6
Vulnerabilidad	143.568	2,3
2) Total de servicios para jóvenes	218.667	3,6
Pobreza extrema	76.609	1,3
Pobreza moderada	62.936	1,0
Vulnerabilidad	79.122	1,3
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	19.794	0,3
Pobreza extrema	6.614	0,1
Pobreza moderada	5.551	0,1
Vulnerabilidad	7.629	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	172.901	2,8
Pobreza extrema	46.494	0,8
Pobreza moderada	40.730	0,7
Vulnerabilidad	85.677	1,4
Centros de servicios necesarios	611	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

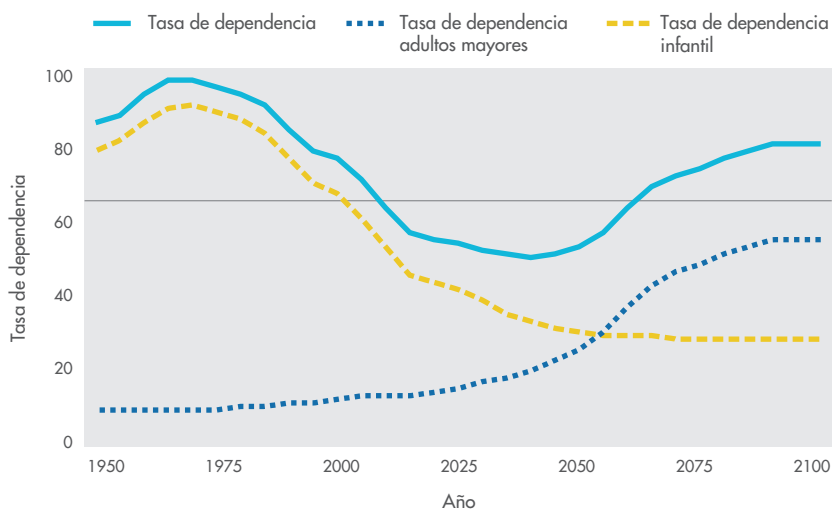
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

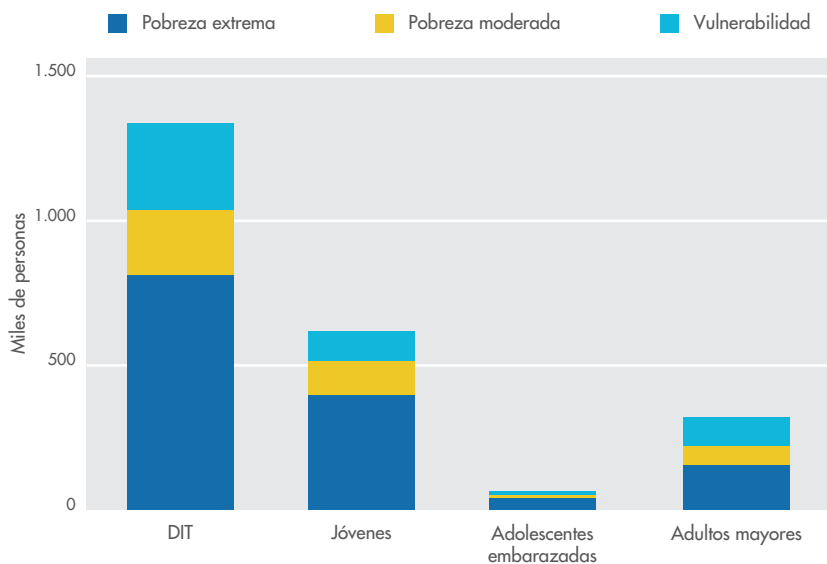
Guatemala

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	2.342.030	15,0
1) Total de servicios de DIT	1.337.749	8,6
Pobreza extrema	814.020	5,2
Pobreza moderada	224.291	1,4
Vulnerabilidad	299.438	1,9
2) Total de servicios para jóvenes	618.474	4,0
Pobreza extrema	399.831	2,6
Pobreza moderada	115.301	0,7
Vulnerabilidad	103.342	0,7
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	65.681	0,4
Pobreza extrema	44.035	0,3
Pobreza moderada	9.430	0,1
Vulnerabilidad	12.216	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	320.126	2,1
Pobreza extrema	157.054	1,0
Pobreza moderada	64.519	0,4
Vulnerabilidad	98.553	0,6
Centros de servicios necesarios	1.559	

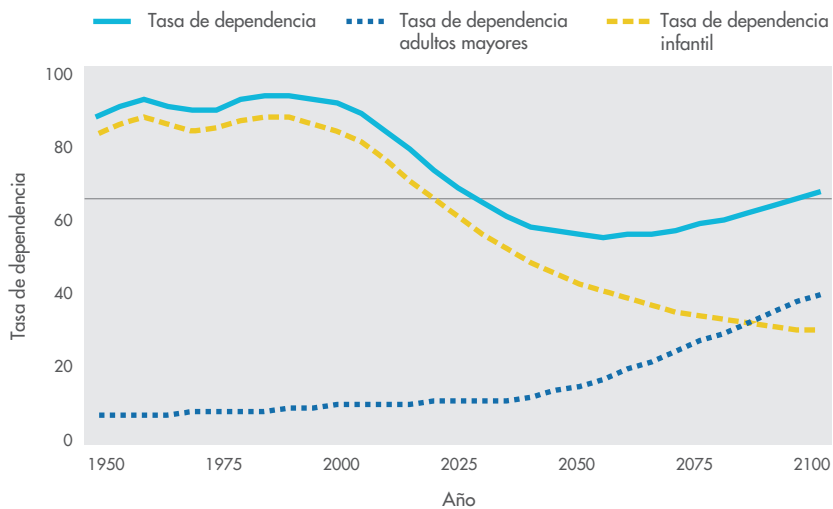
Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Evolución de la tasa de dependencia



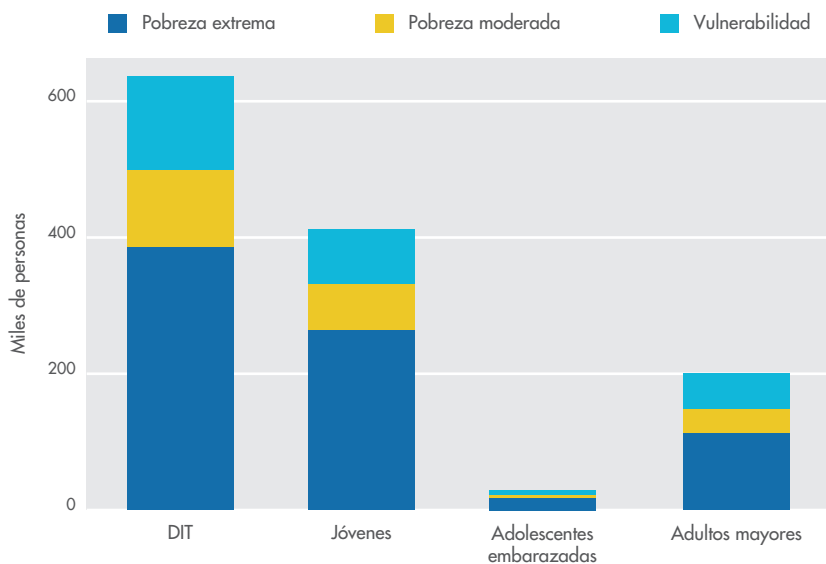
Honduras

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	1.283.556	16,0
1) Total de servicios de DIT	639.466	8,0
Pobreza extrema	387.449	4,8
Pobreza moderada	114.659	1,4
Vulnerabilidad	137.358	1,7
2) Total de servicios para jóvenes	413.574	5,2
Pobreza extrema	264.962	3,3
Pobreza moderada	67.741	0,8
Vulnerabilidad	80.871	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	28.549	0,4
Pobreza extrema	17.789	0,2
Pobreza moderada	4.827	0,1
Vulnerabilidad	5.933	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	201.967	2,5
Pobreza extrema	113.030	1,4
Pobreza moderada	36.782	0,5
Vulnerabilidad	52.155	0,7
Centros de servicios necesarios	801	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

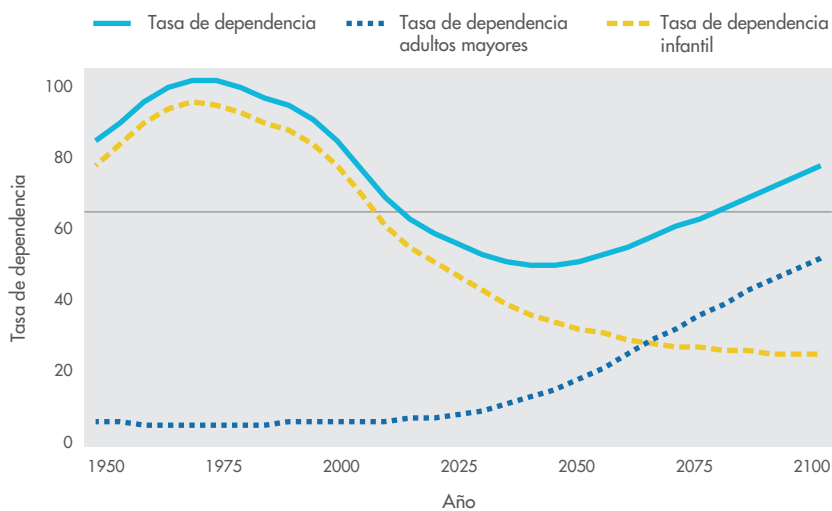
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

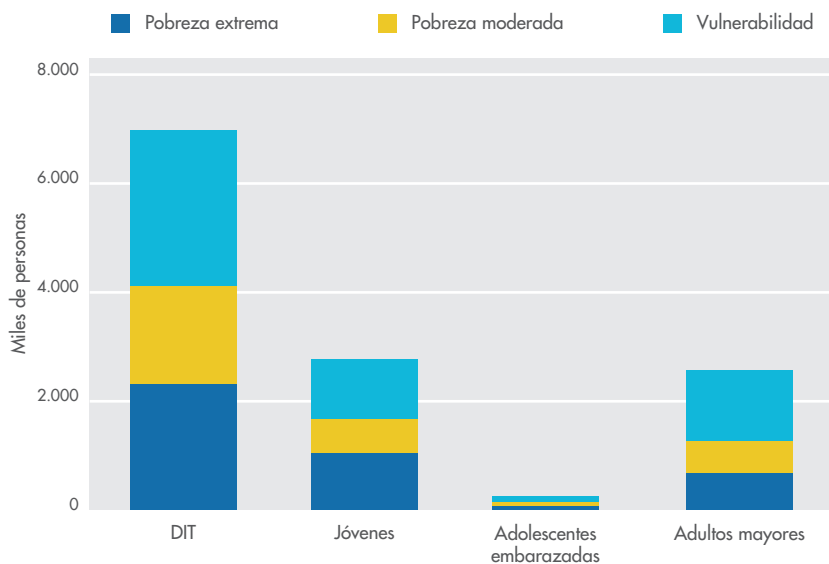
México

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	12.615.248	10,8
1) Total de servicios de DIT	6.999.834	6,0
Pobreza extrema	2.319.533	2,0
Pobreza moderada	1.806.955	1,6
Vulnerabilidad	2.873.346	2,5
2) Total de servicios para jóvenes	2.780.294	2,4
Pobreza extrema	1.066.868	0,9
Pobreza moderada	611.201	0,5
Vulnerabilidad	1.102.225	0,9
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	252.370	0,2
Pobreza extrema	86.148	0,1
Pobreza moderada	69.537	0,1
Vulnerabilidad	96.685	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	2.582.750	2,2
Pobreza extrema	693.672	0,6
Pobreza moderada	595.560	0,5
Vulnerabilidad	1.293.518	1,1
Centros de servicios necesarios	11.635	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

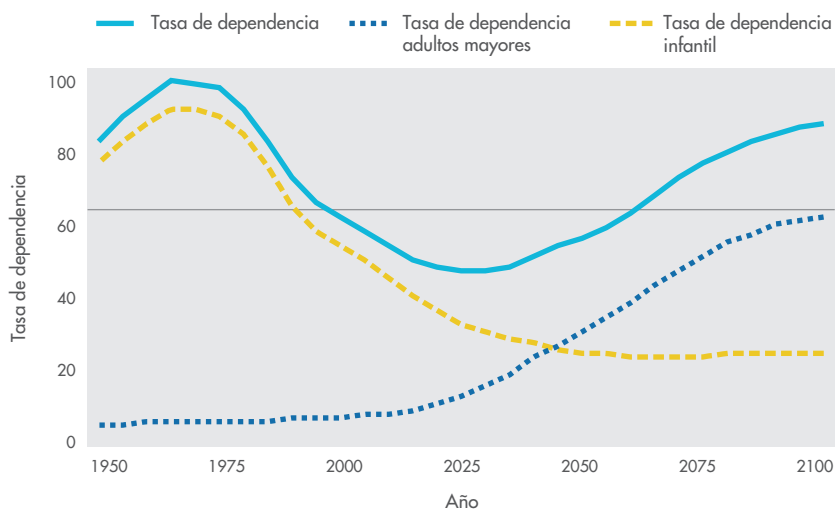
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

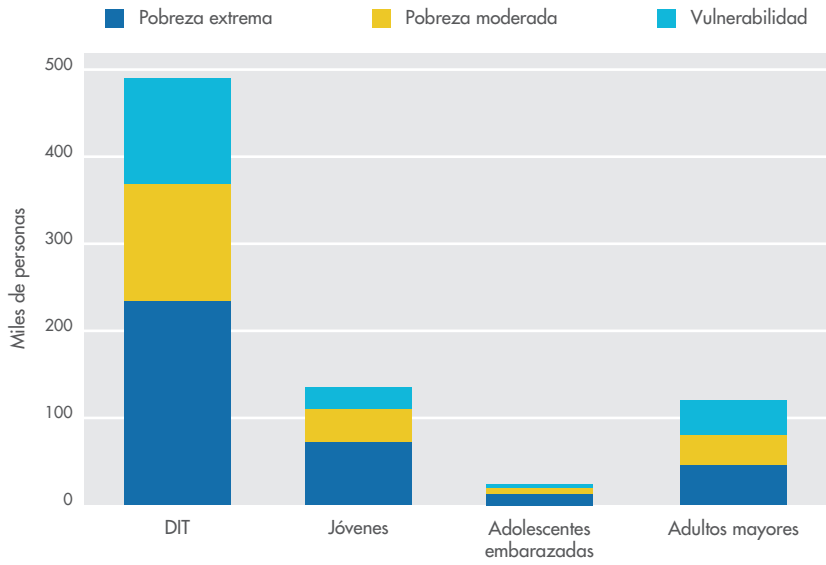
Nicaragua

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	772.780	12,9
1) Total de servicios de DIT	491.627	8,2
Pobreza extrema	235.643	3,9
Pobreza moderada	134.183	2,2
Vulnerabilidad	121.801	2,0
2) Total de servicios para jóvenes	135.366	2,3
Pobreza extrema	73.356	1,2
Pobreza moderada	37.290	0,6
Vulnerabilidad	24.720	0,4
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	24.760	0,4
Pobreza extrema	12.632	0,2
Pobreza moderada	7.472	0,1
Vulnerabilidad	4.656	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	121.027	2,0
Pobreza extrema	46.684	0,8
Pobreza moderada	34.427	0,6
Vulnerabilidad	39.916	0,7
Centros de servicios necesarios	601	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

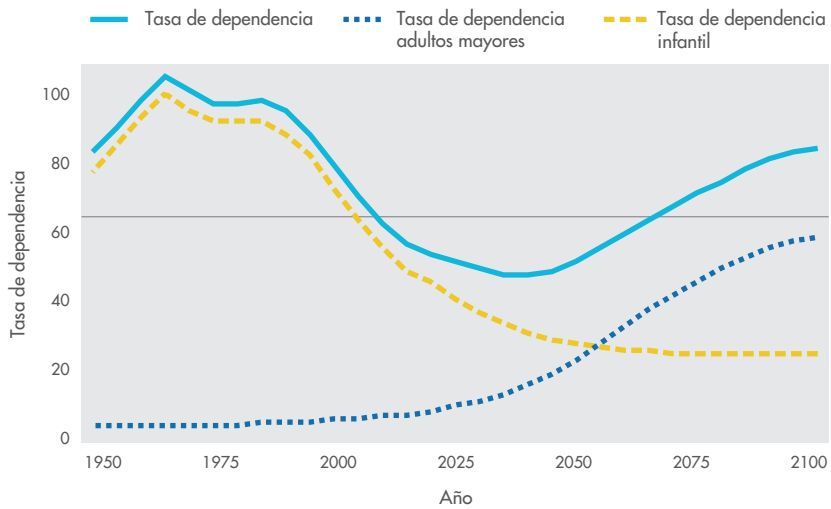
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

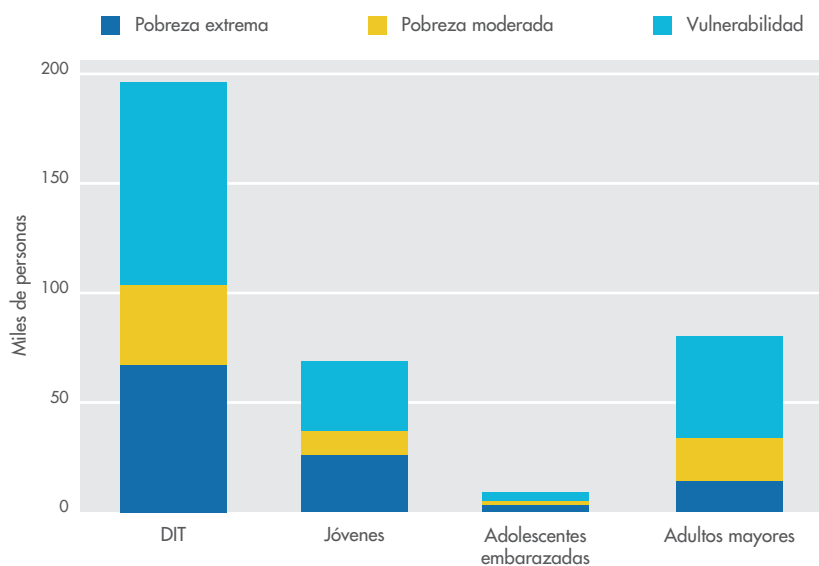
Panamá

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	357.686	9,7
1) Total de servicios de DIT	198.229	5,4
Pobreza extrema	67.815	1,8
Pobreza moderada	36.951	1,0
Vulnerabilidad	93.463	2,5
2) Total de servicios para jóvenes	69.533	1,9
Pobreza extrema	26.415	0,7
Pobreza moderada	11.161	0,3
Vulnerabilidad	31.957	0,9
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	8.991	0,2
Pobreza extrema	3.448	0,1
Pobreza moderada	1.611	0,0
Vulnerabilidad	3.932	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	80.933	2,2
Pobreza extrema	14.454	0,4
Pobreza moderada	19.602	0,5
Vulnerabilidad	46.877	1,3
Centros de servicios necesarios	368	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

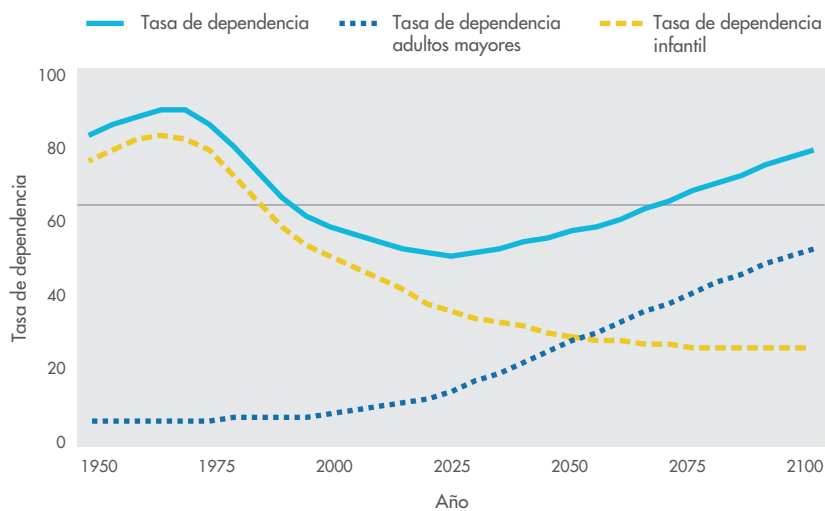
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

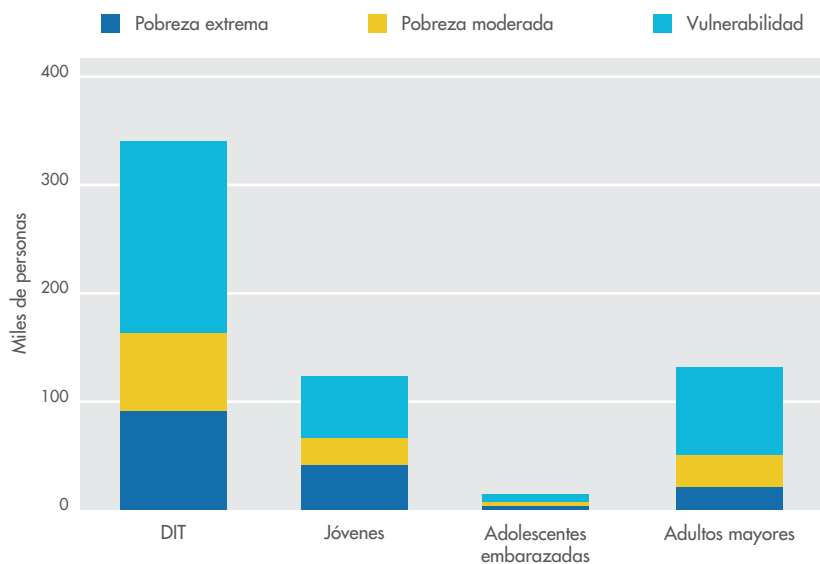
Paraguay

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	609.808	9,3
1) Total de servicios de DIT	339.874	5,2
Pobreza extrema	91.410	1,4
Pobreza moderada	71.826	1,1
Vulnerabilidad	176.638	2,7
2) Total de servicios para jóvenes	123.637	1,9
Pobreza extrema	41.373	0,6
Pobreza moderada	25.646	0,4
Vulnerabilidad	56.618	0,9
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	14.486	0,2
Pobreza extrema	4.162	0,1
Pobreza moderada	3.166	0,0
Vulnerabilidad	7.158	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	131.811	2,0
Pobreza extrema	21.726	0,3
Pobreza moderada	29.055	0,4
Vulnerabilidad	81.030	1,2
Centros de servicios necesarios	657	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

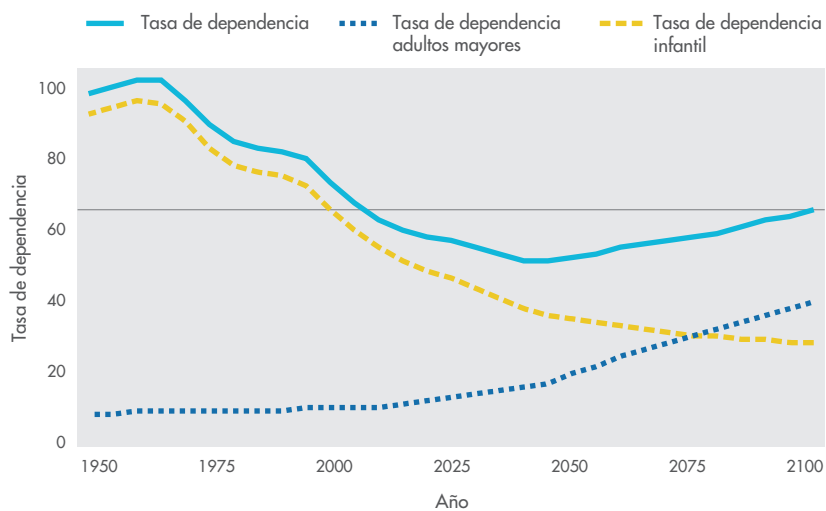
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

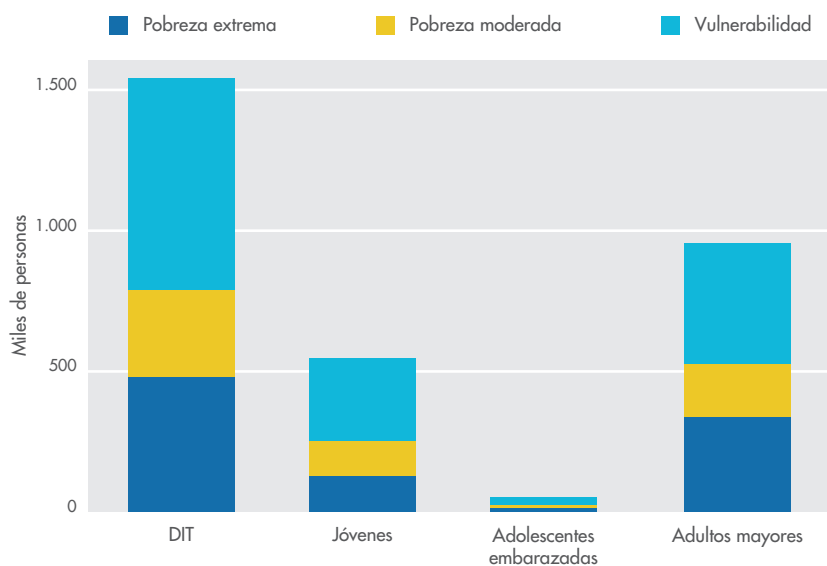
Perú

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	3.109.002	10,0
1) Total de servicios de DIT	1.547.665	5,0
Pobreza extrema	480.621	1,6
Pobreza moderada	313.542	1,0
Vulnerabilidad	753.502	2,4
2) Total de servicios para jóvenes	549.676	1,8
Pobreza extrema	131.222	0,4
Pobreza moderada	122.822	0,4
Vulnerabilidad	295.632	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	52.718	0,2
Pobreza extrema	15.465	0,0
Pobreza moderada	11.870	0,0
Vulnerabilidad	25.383	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	958.943	3,1
Pobreza extrema	340.698	1,1
Pobreza moderada	189.632	0,6
Vulnerabilidad	428.613	1,4
Centros de servicios necesarios	3.098	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

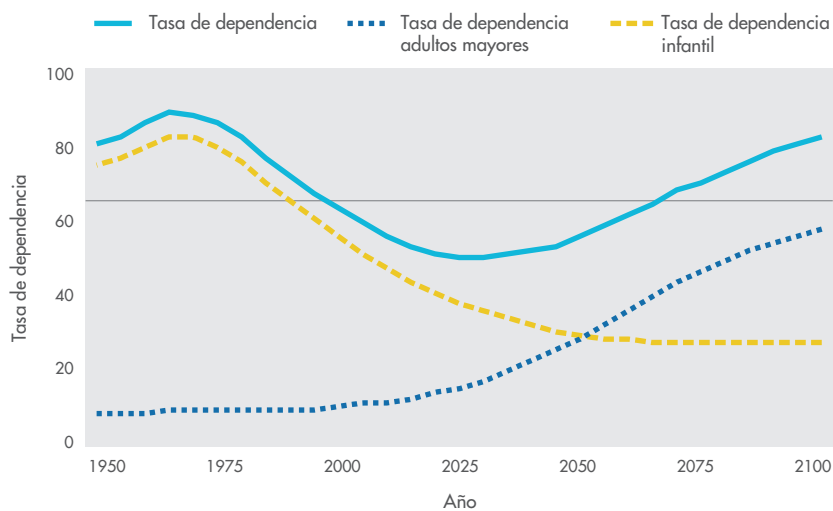
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

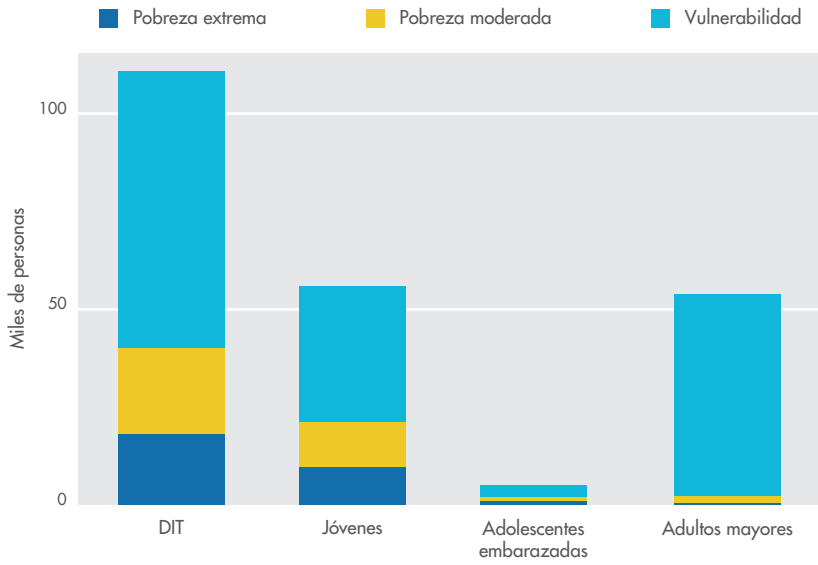
Uruguay

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	227.456	6,7
1) Total de servicios de DIT	111.630	3,3
Pobreza extrema	18.431	0,5
Pobreza moderada	22.022	0,6
Vulnerabilidad	71.177	2,1
2) Total de servicios para jóvenes	56.272	1,7
Pobreza extrema	9.768	0,3
Pobreza moderada	11.670	0,3
Vulnerabilidad	34.834	1,0
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	5.184	0,2
Pobreza extrema	980	0,0
Pobreza moderada	1.191	0,0
Vulnerabilidad	3.013	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	54.370	1,6
Pobreza extrema	489	0,0
Pobreza moderada	1.939	0,1
Vulnerabilidad	51.942	1,5
Centros de servicios necesarios	340	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

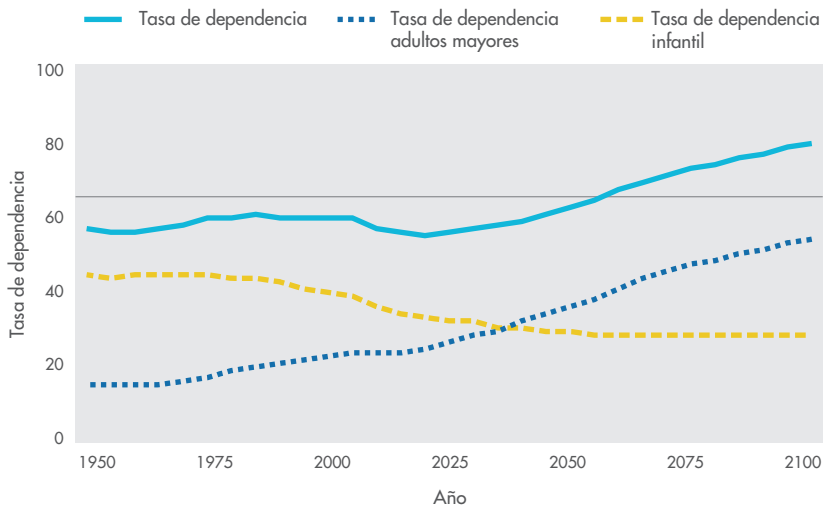
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales



Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

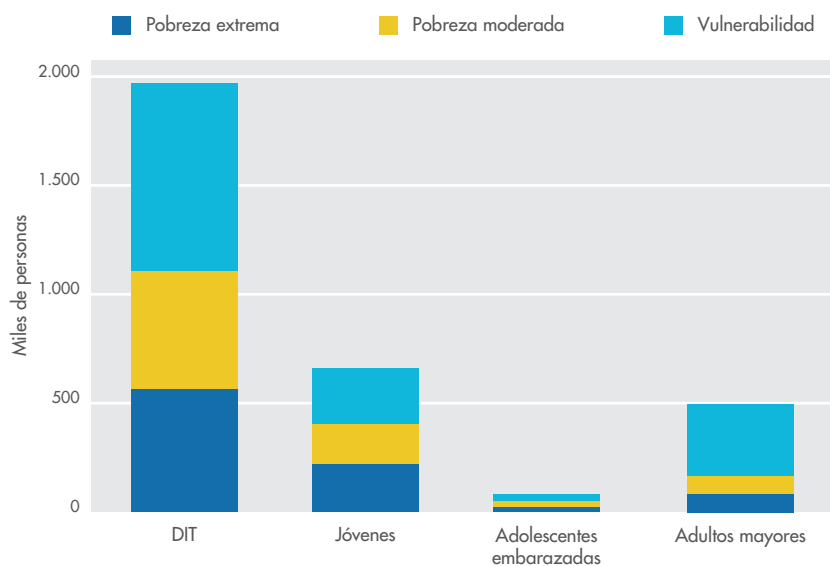
Venezuela

	Número de servicios personales	% de la población total
Demanda total de servicios sociales	3.217.869	11,8
1) Total de servicios de DIT	1.976.513	7,2
Pobreza extrema	568.072	2,1
Pobreza moderada	545.901	2,0
Vulnerabilidad	862.540	3,2
2) Total de servicios para jóvenes	664.425	2,4
Pobreza extrema	221.922	0,8
Pobreza moderada	186.881	0,7
Vulnerabilidad	255.622	0,9
3) Total de servicios para adolescentes embarazadas	79.250	0,3
Pobreza extrema	25.281	0,1
Pobreza moderada	24.741	0,1
Vulnerabilidad	29.228	0,1
4) Total de servicios para adultos mayores	497.681	1,8
Pobreza extrema	83.152	0,3
Pobreza moderada	84.125	0,3
Vulnerabilidad	330.404	1,2
Centros de servicios necesarios	2.727	

Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

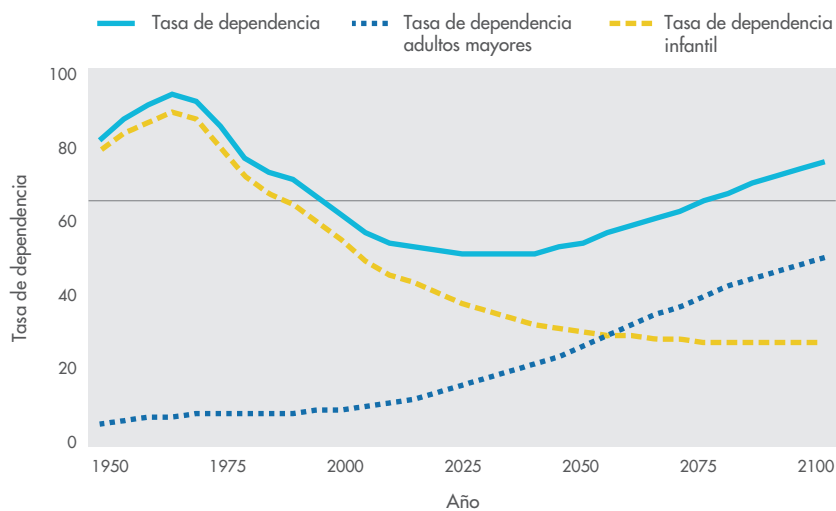
Notas: La suma de los porcentajes de población podría no coincidir con los totales debido al redondeo de los decimales.

Demanda de servicios sociales

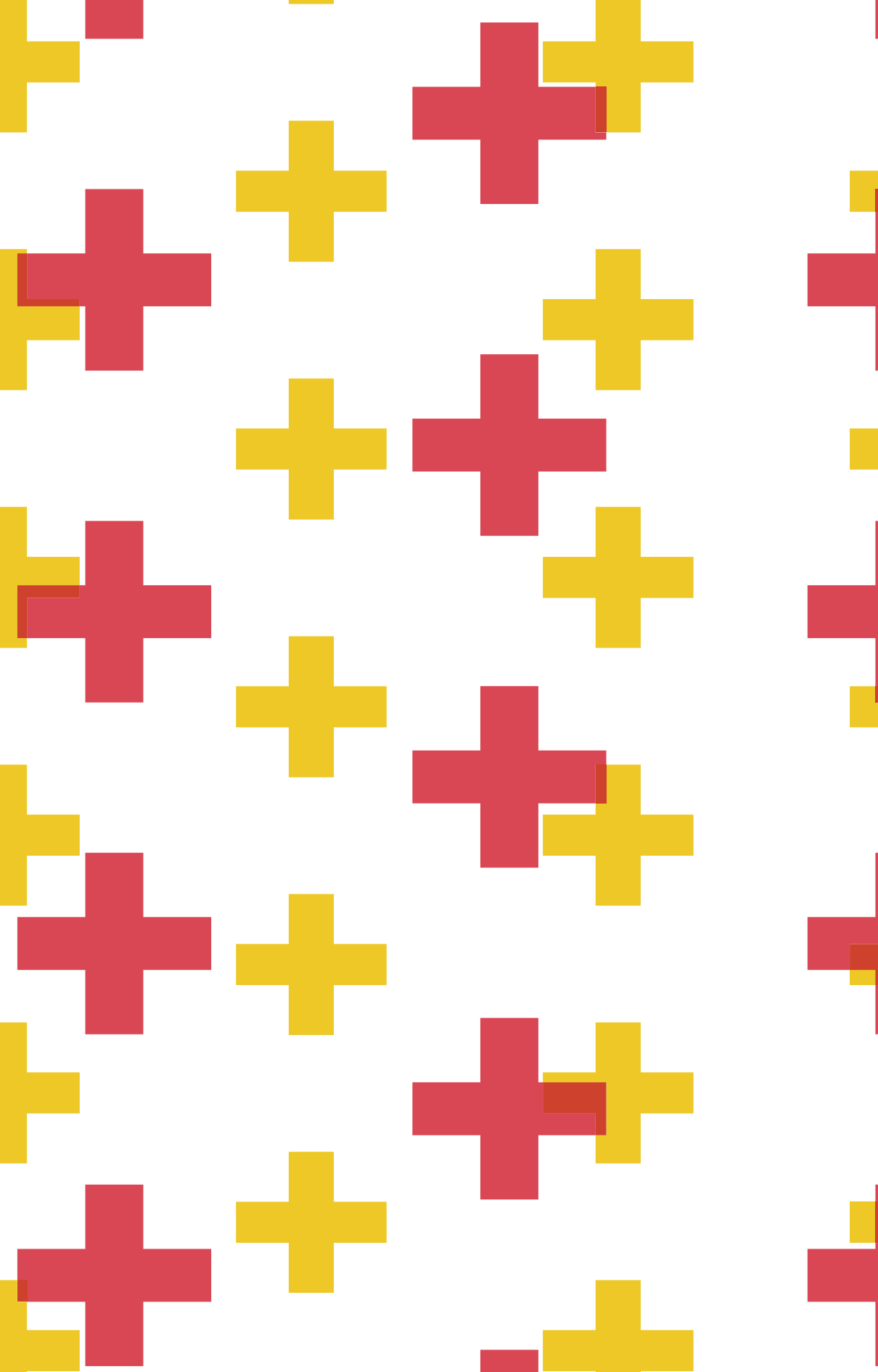


Fuente: Elaboración de los autores utilizando las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Evolución de la tasa de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.





Anexo 2. **Detalles metodológicos**

Cuadro 1.

Estimación de adolescentes embarazadas de acuerdo al ingreso

El número de adolescentes embarazadas en cualquier día del año se estimó a partir de la tasa de fertilidad adolescente ajustada por un factor de ingreso y por el período promedio de gestación, que siguiendo la regla de Naegele es 280 días (ver Myatt, 2012).

$$\text{Adolescentes embarazadas} = \frac{\text{tasa de fertilidad adolescente ajustada} \times \frac{\text{adolescentes}}{1000}}{365,25} \times 280$$

Para reflejar las diferencias en la fertilidad de acuerdo al nivel de ingreso de la madre se construyó un factor utilizando a los niños menores de un año. Un factor mayor que uno indica que las mujeres de dicho grupo de ingreso tuvieron más hijos durante el año anterior que el promedio nacional.

	Tasa bruta de natalidad (por cada mil habitantes)	Tasa de niños menores de un año	Tasa fertilidad adolescente	Factor pobres extremos	Factor pobres moderados	Factor vulnerables	Factor ingreso medio	Factor ingresos altos
ARG	16,9	16,4	54,4	1,8	2,1	1,6	1,0	0,4
BOL	25,9	19,4	71,9	1,1	1,2	1,0	0,8	0,0
BRA	15,1	11,8	70,8	1,9	1,8	1,0	0,6	0,5
CHL	14,1	14,5	55,3	1,6	2,0	1,0	0,7	0,8
COL	19,1	15,4	68,5	1,4	1,4	1,0	0,5	0,4
CRI	15,3	11,5	60,8	1,9	1,9	1,1	0,5	0,5
DOM	21,2	14,4	99,6	1,3	1,0	1,0	0,8	0,0
ECU	21,1	13,8	77,0	1,2	1,3	1,1	0,6	0,3
GTM	31,4	21,2	97,2	1,3	0,8	0,7	0,6	2,6
HND	26,1	20,6	84,0	1,2	0,9	0,8	0,6	0,0
MEX	18,8	16,0	63,4	1,4	1,3	0,9	0,6	0,1
NIC	23,1	20,8	100,8	1,3	1,1	0,7	0,5	0,0
PAN	19,7	16,9	78,5	1,6	1,5	0,9	0,6	0,5
PER	20,0	14,6	50,7	1,3	1,3	1,0	0,7	0,4
PRY	23,9	18,4	67,0	1,3	1,0	1,0	0,9	1,3
SLV	20,2	16,7	76,0	1,4	1,2	0,9	0,5	0,0
URY	14,6	13,1	58,3	2,4	1,9	1,2	0,7	0,4
VEN	20,1	18,3	83,2	1,4	1,3	0,9	0,5	0,0

Fuente: La tasa bruta de natalidad y la tasa de fertilidad adolescente se obtuvieron de la División de Población acuerdo a las Naciones Unidas. La tasa de niños menores de un año se obtuvo con cálculos de los autores a partir de las encuestas armonizadas por el Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

Cuadro 2.

Estimación de la prevalencia de la discapacidad

Después de un análisis de la información disponible se optó por no incluir servicios para personas con discapacidad. Se cuenta con poca información y las definiciones de discapacidad son heterogéneas entre países.

La Organización Mundial de la Salud utiliza y promueve que los países utilicen la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para definir la condición de discapacidad. El término discapacidad es un término que engloba tres componentes: deficiencias en las funciones del cuerpo, limitaciones para realizar actividades de la vida diaria como caminar o comer y restricciones para participar en la sociedad como en el mercado laboral o en el transporte (ver OMS, 2013). Adicionalmente la discapacidad no se define por la condición de salud de la persona sino por la interacción con el contexto incluyendo factores ambientales y personales. Los factores ambientales pueden actuar como facilitadores o inhibidores e incluyen aspectos como la tecnología, la accesibilidad del transporte y del ambiente construido, los estereotipos, discriminación y accesibilidad del transporte público. Mientras, los factores personales incluyen la motivación y la autoestima.

Más allá de una cuestión dicotómica, la discapacidad es gradual y la dificultad para comparar estadísticas proviene de que los países definen diferentes criterios para establecer que una persona tiene o no discapacidad. La siguiente tabla muestra las estadísticas recopiladas por la OMS (2013) para América Latina y el Caribe y los componentes utilizados en cada una de las definiciones.

País	Censos Nacionales			Encuestas de Discapacidad			
	Prevalencia de la discapacidad OMS, 2002-2004	Prevalencia de la discapacidad	Año	Componentes de la definición	Prevalencia de la discapacidad	Año	Componentes de la definición
ARG		7,1	2001	F,			
BOL		3,1	2001	F	3,8	2001	F
BRA	18,9	14,9	2000	F	1,8	1981	F
CHL		2,2	2002	F	12,9	2004	F, L, P
COL		6,4	2005	F, L, P	5,6	1991	F
CRI		5,4	2000	F	7,8	1998	F
DOM	11,1	4,2	2002	F	2	2007	F
ECU	13,6	4,6	2001	F	12,1	2005	F, L, P
SLV		1,8	1992	F	1,5	2003	F, L
GTM		6,2	2002	F	2,6	2005	F, L, P
HND		1,8	2000	F	2,6	2002	F, L, P
JAM		6,2	2001	F			
MEX	7,5	1,8	2000	F	8,8	2002	L, P
NIC					10,3	2003	F, L, P
PAN		1,8	2000	F	11,3	2005	F, L, P
PRY	10,4	1,1	2002	F	3	2002	F, L
PER		10,9	2007	F, L, P	8,7	2006	F, L, P
URY	4,6				7,6	2004	F, L, P

F: Deficiencias en las funciones del cuerpo. L: Limitaciones para realizar actividades de la vida diaria
P: Restricciones participar en la sociedad



