

Participación económica de la población y salud en la Argentina.

Paz, Jorge A.

Cita:

Paz, Jorge A. (2007). *Participación económica de la población y salud en la Argentina*. En *Ensayos en Economía de la Salud*. Buenos Aires: Temas.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jorge.paz/102>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Participación económica de la población y salud en la Argentina¹

Jorge A. Paz

Resumen

En este trabajo se explora empíricamente en qué medida la participación de cónyuges y jefes cambia como respuesta a problemas de salud propios y de la pareja con la cual conviven. Los resultados muestran que la participación económica es altamente sensible a los problemas de salud propios (disminuye cuando estos están presentes), y que, en algunos casos, cambia cuando se presentan problemas de salud de los convivientes. Se examina también en qué medida estos resultados se modifican al introducir la cobertura en salud de los miembros del hogar y sus niveles de riqueza o pobreza relativos.

1 – Introducción

Hay al menos dos modos de abordar el vínculo entre el estado de salud de los agentes económicos y la oferta de trabajo. A nivel individual se puede plantear lo siguiente: Los problemas relacionados con el estado de salud disminuyen la participación en la actividad económica, tanto en lo que hace a la decisión de *estar* en el mercado laboral, como al *número de horas* dedicadas a la actividad productiva. Ampliando el entorno en el cual se toman las decisiones laborales, no sólo el estado de salud propio y sus cambios afectan la conducta del individuo frente al mercado de trabajo, sino que también lo hace el estado de salud de los miembros de la familia, y sus cambios. Concretamente, una versión de la hipótesis del trabajador adicional establece un interesante nexo entre el estado de salud de los jefes de hogar y la participación de los cónyuges en el mercado de trabajo. Según la interpretación más tradicional que de esta hipótesis suele hacerse, la reducción temporaria del ingreso familiar provocada por un problema de salud del principal proveedor de ingresos, haría aumentar la participación de los cónyuges en el mercado de trabajo. Pero si el tiempo de los cónyuges es complementario, es probable que la respuesta de los cónyuges sea una reducción de la oferta laboral, quedando el signo de la respuesta, por tanto, indeterminado teóricamente.

Lo anterior es particularmente relevante en mercados laborales fuertemente informalizados como los de América Latina en general y de la Argentina en particular. La falta de protección social para los trabajadores que se desempeñan en el sector no estructurado de la economía, y la escasez relativa de cobertura privada que ocurre como consecuencia de la tensión entre nivel de ingresos de la población y gastos de la cobertura de seguros, impulsaría el trabajo de los miembros tradicionalmente inactivos o trabajadores de medio tiempo, como una de las tantas maneras de suavizar el consumo de los hogares.

Si bien lo antedicho es intuitivamente coherente, hay un importante número de motivos por los cuales lo anterior podría no verificarse, aún siendo tal hipótesis verdadera. La existencia de redes de ayuda entre los hogares de un vecindario, o la colaboración de miembros de la familia en el caso de hogares extensos, son cuestiones de crucial importancia para el entendimiento cabal de la reacción de la oferta laboral de la familia. Además, en la Argentina una importante proporción de la población acude a los servicios públicos de salud, los que se erigen como una alternativa ante la escasez de protección social o mercados incompletos.

¹ Este trabajo fue parcialmente financiado por los proyectos N° 1262 del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta y por el Proyecto de Investigación Plurianual N° 5058 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Para comentarios, sugerencias, observaciones, etc., escribir al autor: pazjor@arnet.com.ar. Se agradecen los meticulosos comentarios que se han recibido de Eusebio Cleto del Rey a una versión previa del presente trabajo. Como es usual, los errores y las omisiones son responsabilidad exclusiva del autor.

Por lo planteado en los párrafos anteriores, el objetivo principal de este artículo es responder las siguientes preguntas:

- 1- ¿Los problemas de salud provocan interrupciones de la participación en la fuerza de trabajo y/o reducciones del ingreso familiar?
- 2- ¿Existen interrelaciones entre el estado de salud y las decisiones de participación de los miembros de un hogar?
- 3- De existir las relaciones planteadas ¿las interrupciones de la participación dependen de la cobertura de los seguros de salud y del nivel socio-económico (NSE) de las familias y los individuos?

Este último interrogante requiere aclaración. Los sectores sociales de ingresos relativamente bajos suelen tener escasa cobertura del seguro médico, dado que los principales aportantes de ingresos suelen trabajar en el sector informal y en actividades por cuenta propia, con una frecuencia mayor que el resto de la población, como así también tienden a desarrollar tareas altamente inestables. Es probable entonces que para los integrantes de estos sectores sociales, la interrupción momentánea de los ingresos no sea un elemento de su conjunto de opciones, y que deba seguir trabajando si el problema de salud se lo permite. Entonces se podría esperar que la respuesta a la participación sea insensible a los problemas de salud de los individuos.

Con la respuesta a estas preguntas se está tratando de capturar la existencia de relaciones entre el estado de salud y sus cambios en la oferta de trabajo, y el impacto que el efecto del trabajador adicional (ETAD) puede provocar sobre la eficiencia por un lado (disminuyendo el esfuerzo laboral) y sobre la equidad por otro (afectando de manera diferencial a los hogares con NSE dispar). También es posible detectar de esta manera posibles tensiones del mercado de trabajo debido a problemas no directamente imputables a dicho mercado, como lo son los provenientes de un campo cercano: la salud.

El escrito está organizado según el siguiente plan. En la sección siguiente se repasa la literatura (mayormente indirecta) que existe sobre este tema. En la sección 3 se desarrolla el marco conceptual que justifica la implementación empírica que se describe en la sección 4 y la interpretación de los resultados de la sección 5. En la sección 6 se resumen las principales conclusiones. El trabajo consta además de dos apéndices: uno con los gráficos y otro con las tablas construidas para esta investigación.

2 – Revisión de la literatura

Aunque la temática específica que se aborda en este artículo no tenga un elevado número de aportes que la abone, los tópicos tratados congregan dos extensos campos de la literatura: el proveniente de los efectos del estado de salud sobre las decisiones de retiro por un lado y el proveniente de las decisiones de los cónyuges acerca del uso del tiempo por otro. Este segundo gran cuerpo es muy cercano a las investigaciones relacionadas con la existencia de un ETAD.

Podría decirse que la respuesta de la oferta de trabajo de los miembros tradicionalmente inactivos de un hogar ante reducciones transitorias del ingreso familiar comienza a ser un objeto de investigación en sí mismo con los trabajos de Humprey (1940) y Woytinsky (1940)². Esos estudios estaban orientados a detectar sobreestimación o subestimación de la tasa oficial de desempleo, originados en comportamientos de la oferta laboral de miembros de la población tradicionalmente inactiva. Ese interés se mantuvo por

² En realidad existe un estudio previo de Woytinsky al que no se ha tenido acceso y en el cual se formula por primera vez la hipótesis del trabajador adicional. El trabajo de Humprey (1940) es un comentario crítico de aquel estudio y el artículo de Woytinsky (1940) una réplica al comentario de Humprey (1940).

mucho tiempo, durante un período que podría ser denominado como la “macroeconomía del ETAD” por centrarse en los aspectos más agregados del problema. Mucho más adelante en el tiempo, Hansen (1961) expresaba esta preocupación por el comportamiento de la oferta de trabajo ante fluctuaciones de la demanda agregada³.

Los desarrollos teóricos posteriores, con una orientación más microeconómica, generaron interesantes marcos conceptuales para guiar la exploración empírica: la oferta familiar de trabajo (Chiappori, 1992) que predice una relación inversa entre la tasa agregada de participación y el salario promedio de la economía (Cahuc y Zylberberg, 2004) y que se contrapone a la predicción del modelo básico de la oferta laboral individual basada en funciones de utilidad con el ingreso monetario y el ocio como argumentos principales (Varian, 1992 y Mas-Colell *et al.*, 1995). La idea central que se construye alrededor del hogar como unidad analítica básica es la siguiente: las caídas transitorias del ingreso familiar provocadas, por ejemplo, por desempleo del principal aportante de recursos materiales del hogar, pueden provocar una expansión de la oferta de trabajo de los miembros tradicionalmente inactivos, que se activan buscando aplanar el consumo del hogar. Con lo cual —y a un macronivel—, una caída del salario promedio de la economía puede acompañar a un aumento de la oferta familiar de trabajo y en un mercado laboral tenso, esta expansión de oferta puede traducirse en un aumento de la tasa de desempleo.

Los trabajos propiamente empíricos concentrados en la existencia del ETAD arrojan resultados contrapuestos. Por una parte están aquellas investigaciones que sostienen que tal efecto no existe (Maloney, 1991); por otra, aquellos que encuentran una respuesta suave y positiva, pero dominada por el efecto sustitución de la oferta laboral de las mujeres casadas ante la reducción del ingreso familiar provocada por el desempleo del esposo (Heckman y MaCurdy, 1980, Lundberg, 1985 y Maloney, 1987). Por último, se encuentran estudios en los que se sostiene que existe una respuesta positiva y fuerte de la oferta laboral de los miembros inactivos del hogar ante complicaciones en la situación laboral del jefe de hogar (Tano, 1993; Parker y Skoufias, 2004; Paz, 2001 y 2006)⁴.

Después del interés inicial por detectar la presencia de ETAD en los mercados laborales, los estudios se dedicaron a explorar las razones posibles de su no existencia y/o de su suavidad. Temas tales como la diferencia entre el ingreso transitorio y permanente (Heckman y MaCurdy, 1980; Layard *et al.*, 1980; Maloney, 1991), la presencia y generosidad del seguro de desempleo (Gruber y Cullen, 1996 y Cullen y Gruber, 2000), la distinción entre choques inesperados y choques anticipados (Stephen, 2001), las restricciones crediticias (Lundberg, 1985), los cambios institucionales (Bunel, 2003) y el trabajo doméstico (Moehling, 1997), aparecen como importantes factores que oscurecen el ETAD o que lo hacen “elusivo” (para usar una expresión de Maloney) al análisis empírico.

Buena parte de la explosión literaria alrededor del ETAD ocurrida desde mediados de la década del 80 se debió a la intención de los investigadores de develar la fuerte expansión de la participación de las mujeres casadas en la actividad económica observada en los países industrializados a partir de la década de 1960. Por ello estos trabajos se centraron alrededor de la oferta de trabajo de las esposas ante cambios en el ingreso familiar provocado por el desempleo de los jefes de hogar. Pero si se remonta la mirada a los trabajos pioneros del ETAD, dentro de la fuerza laboral de reserva aparecen además otros grupos demográficos, tales como estudiantes y ancianos (Humprey, 1940 y Hansen, 1961) que fueron dejados de lado en las investigaciones ulteriores. No obstante, la oferta laboral de niños y jóvenes (uno de los grupos focales de los trabajos pioneros del ETAD) no es motivo de preocupación del grueso de las investigaciones, sino hasta la segunda mitad de la década de 1990.

³ Un objetivo similar inspira el estudio de Lloyd y Niemi (1976).

⁴ Otras investigaciones hechas para la Argentina parecen confirmar la presencia de ETAD. Véase por ejemplo: Blaoná *et al.* (1994), Cid (1994) y Claramunt (1996). Todos ellos tienen como objetivo el análisis de la oferta laboral de las mujeres en distintas unidades geográficas de la Argentina.

Interesados en encontrar equilibrios consistentes con trampas de pobreza Basu *et al.* (1998) muestran que el ETAD en niños puede ocurrir como una consecuencia de bajos salarios y elevado desempleo adulto. Por su parte, Basu y Pham (1998) en su modelo de trabajo infantil formulan el denominado por ellos “axioma de la lujuria” y que lleva a plantear como hipótesis de existencia del trabajo infantil, el bajo nivel salarial de la población adulta (Basu, 1999)⁵. A partir de estas investigaciones se desarrollan una serie de estudios relacionados con el trabajo y el estudio de los niños y jóvenes (Ravallion y Wodon, 2000; Duryea y Arens-Kuenning, 2001; Beagle *et al.*, 2003). Basados en estos antecedentes se podría plantear como hipótesis dentro del ETAD una relación directa entre la propensión al trabajo infantil y juvenil y la pobreza de los hogares; o bien: la reducción del ingreso familiar por debajo de cierto nivel crítico (v. gr. la línea de pobreza) podría promover el trabajo infantil y la deserción escolar (King y Lillard, 1987 y Ravallion y Wodon, 2000).

La reacción de la oferta familiar de trabajo ante cambios en el bienestar hogareño conduce casi de manera directa a un examen de la relación entre la pobreza, la distribución de los ingresos y la vulnerabilidad. La hipótesis tratada en este trabajo, a diferencia de la examinada en la literatura, contempla la dependencia del ETAD con respecto al estado de salud de sus miembros. Este análisis resulta interesante porque el trabajo es uno de los principales activos del portafolio de los hogares pobres, debido, principalmente, a las restricciones crediticias y a la escasez de capital físico y humano de sus miembros. Se podría sumar a estas consideraciones, un sistema de protección al desempleo (o de protección social en general, sea pública o adquirida en el mercado) estrechamente relacionado con el mercado de trabajo formal, que lo hace menos asequible para los grupos de trabajadores más pobres de la población. Todo esto conduce a pensar que en el grupo de los sectores de menores ingresos, la presencia de ETAD sería significativa. No obstante estos mismos hogares enfrentan restricciones tales como el tamaño familiar que, al aumentar el salario de reserva de los que realizan las tareas domésticas, obstaculizan el uso de la estrategia de movilización de este activo (Retamoso, 2002), con lo que podría verse asimismo la ausencia de ETAD. Estudios realizados para otros países en desarrollo muestran que los hogares usan otras estrategias para hacer frente a los choques de ingresos (Serneels, 2002), aunque la evidencia de la existencia de trabajo infantil en las áreas rurales parece indicar la presencia de un importante ETAD en este sentido (Jacoby y Skoufias, 1997).

Pero de acuerdo a lo hallado en Coile (2004) y por Stern (1989), el ETAD provocado por problemas de salud sería bien importante. El primero de estos estudios es el que más se aproxima al objetivo perseguido en este artículo. El autor mencionado procede en dos etapas: examinando el efecto del choque de salud sobre la oferta laboral propia y estimando la respuesta de las esposas a los choques de salud de los jefes de hogar⁶. Coile encuentra que cuando el cónyuge es varón, el ETAD es suave, pero existe; mientras que, cuando el cónyuge es mujer, la oferta laboral disminuye cuando el jefe tiene un choque sanitario severo. Esto permite al autor concluir que las familias pierden ingresos ante la presencia de un problema de salud de sus miembros.

Quizá uno de los problemas más importantes al tratar la información empírica de esta naturaleza sea el problema de la causalidad. Tal como es estudiado profundamente por Stern (1989): Si bien es perfectamente probable que los problemas de salud impacten sobre la oferta laboral propia y de los familiares de los jefes de hogar cuando es el jefe el afectado, es probable también que la propia actividad económica tenga consecuencias importantes sobre el estado de salud de una persona. Ejemplos de lo mencionado son los problemas ocasionados por el ambiente de trabajo (contaminado, v. gr.) o por el *stress*. Si esto es lo que ocurre podría haber algún sesgo en las estimaciones. Este autor estudia esta posibilidad pero concluye que luego de controlado ese sesgo, persiste un efecto fuerte e independiente del estado de salud sobre la participación.

⁵ Una especie de trampa de pobreza.

⁶ Es precisamente en este último punto donde emerge la posibilidad del ETAD.

3- Marco conceptual

El problema abordado por este trabajo puede ser descrito con un sencillo modelo de oferta de trabajo familiar. Para desarrollar dicho modelo se supondrá un hogar constituido por jefe y cónyuge que habitan en una misma vivienda, independientemente de que esos cónyuges tengan o no hijos. Es el denominado en la literatura “hogar nuclear” (Torrado, 2003).

Cada cónyuge tiene una función de preferencias con dos argumentos: trabajo y otras actividades (no-trabajo). La definición de trabajo adoptada es la que cualquier actividad que tenga como contraparte una remuneración ya sea en dinero o en especie. De acuerdo con esta definición se considerará “no trabajo” a categorías para otros fines muy distintas: ocio, trabajo doméstico, estudio, etc. El desempleo tiene en este esquema un tratamiento muy especial. En principio se podría decir que será considerado como “trabajo”. Parecería a primera vista una violación a la definición de trabajo dada precedentemente, pues no existe un flujo de dinero como remuneración y, de existir, no asumiría la forma de pago o de contraprestación. No obstante se hará valer aquí la disposición del individuo a trabajar, con independencia a si lo logra o no.

Los temas que se apartan levemente del esquema tradicional de la oferta de trabajo tienen que ver más con las restricciones objetivas que enfrentan los individuos. Se supondrá que los ingresos totales del hogar (M) vienen dados por $w_i(h_i) + v_i$, donde $w(h)$, h y v representan el ingreso laboral, las horas dedicadas al trabajo y el ingreso no laboral, respectivamente. En estas definiciones, todas las variables están expresadas por miembro del hogar ($i=j$ y c , jefe y cónyuge en el planteo de este trabajo). Ellos gastan M en un bien de consumo agregado C cuyo precio es 1 por simplicidad. Por su parte, el hogar nuclear tiene limitaciones de tiempo, que definen su conjunto de posibilidades de producción. El tiempo total disponible es T (suma de los tiempos de ambos cónyuges) y puede ser gastado en el trabajo (h) o el no-trabajo (l).

El choque provocado por un problema de salud puede ser asemejado a un cambio en el tiempo total disponible para ser usado en el trabajo para el mercado. Si se supone ingreso no laboral nulo, esto implica una contracción del conjunto de posibilidades de producción del hogar, tanto más intenso cuanto más horas del trabajo detraiga el problema de salud, lo que puede ser asemejado a la gravedad del problema de salud. El seguro de salud puede operar en este sentido como un estabilizador automático del consumo del hogar, compensando la pérdida de consumo que habría tenido lugar de no existir este seguro. Dado que se planteó la restricción conjunta del tiempo disponible en el hogar como la suma del tiempo de todos sus miembros, la decisión de cada uno de los componentes de la familia se verá afectada por los ingresos laborales y no laborales propios como así también por los ingresos laborales y no laborales del cónyuge.

Estas decisiones pueden ser clasificadas en dos grupos: las relacionadas a la decisión de participación y las correspondientes a la decisión de intensidad. Este trabajo se concentra en la primera. Se evaluarán entonces equilibrios que se corresponden con soluciones de esquina. Cobra importancia así el concepto de salario de reserva, entendiendo por tal aquel nivel salarial por debajo del cual el agente decide no participar en el mercado de trabajo. En los modelos tradicionales del mercado laboral este salario tiene como principales argumentos el ingreso no laboral y el tiempo total disponible por un individuo. En el modelo presentado aquí, el salario de reserva de cada uno de los miembros tiene como argumentos principales, los ingresos no laborales de ambos miembros y los tiempos totales disponibles de cada uno de ellos.

4- Fuente de datos y estrategia empírica

La fuente de datos usada para este trabajo es la Encuesta de Condiciones de Vida realizada en la Argentina en el 2001 por el Programa Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación

de Programas Sociales y el Instituto Nacional de Estadística y Censos⁷. Este relevamiento que, a diferencia de otros similares que se realizan en el país (como la Encuesta Permanente de Hogares), además de proveer información sobre el alcance y grado de cobertura de los programas y servicios sociales, tiene representatividad nacional y contiene datos de ciudades pequeñas. Cubre también aspectos temáticos relacionados con la vivienda, la salud reproductiva, problemas en el rendimiento educativo, trabajo infantil, cuidado de la primera infancia, vida cotidiana y trabajo voluntario.

Los cuestionarios de estas encuestas no incluyen las preguntas que tradicionalmente se usan para conocer el estado de salud y sus cambios. Si bien permiten identificar al individuo que “se sintió mal” y/o que consultó a un médico, no se puede saber, por ejemplo, la causa de su malestar (la morbilidad) ni si el problema de salud fue diagnosticado o no por un médico. Tampoco se dispone de información dinámica que permita conocer la evolución de la enfermedad o dolencia a lo largo del tiempo y sus consecuencias sobre variables laborales. A pesar de estas limitaciones, la base permite construir otras definiciones de un estado de salud malo, de las cuales se han seleccionado las siguientes:

- a. La aquí denominada **definición laxa** (DL) de estado de salud se basa en la percepción del problema por parte del individuo y la consulta al médico. Esta variable se construye con preguntas acerca de percepción de malestar y consulta al médico durante el mes previo a la encuesta. Según esta definición se considerará que un sujeto tuvo un problema de salud si consultó a un profesional de la salud en el último mes, independientemente de las razones de la consulta, y a los que no consultaron pero manifestaron haber sentido algún malestar durante ese mes.
- b. Se denominará **definición débilmente estricta** (DDE) del estado de salud la que toma como variable central la consulta al médico. A diferencia de la anterior, se considerará que un individuo tuvo un problema de salud si manifestó haber consultado a un profesional de la salud durante el último mes, ya sea por haberse sentido mal, por haber sufrido un accidente, o por estar en tratamiento. De esta manera, no se incluyen en el grupo a las personas que manifestaron haber realizado una consulta por simple control, sin estar enfermo, ni aquellos que dijeron haberse sentido mal pero que no consultaron a un profesional.
- c. Por último se denomina **definición fuertemente estricta** (DFE) de estado de salud la basada en la internación del individuo. Esta variable se construye con preguntas acerca de la internación del individuo en los 12 meses previos a la encuesta. Se considerará que un individuo tuvo un problema de salud si ha sido objeto de internación en los 12 meses previos a la encuesta. De esta manera se incluye un juicio médico sobre la gravedad del problema de salud.

Con estas tres aproximaciones se pueden obtener dos más: (i) con a y c, es posible identificar a los individuos que percibieron un malestar durante el mes previo al relevamiento (tanto los que no consultaron un especialista, como los que si lo hicieron), y que además estuvieron internados en algún momento durante los doce meses previos a la encuesta; (ii) con b y c se pueden identificar a los sujetos que consultaron a un especialista durante el último mes, por haber sentido algún malestar relacionado con la salud, y que además estuvieron internados durante el último año (previo a la encuesta). A (i) se la denominará aquí **definición menos laxa** del estado de salud (D-L) y a (ii) **definición más estricta** (D+E) del estado de salud. Dado el carácter netamente exploratorio de este estudio, no se indagaron todas las posibles definiciones de salud. Se examinó solamente lo relacionado con las tres primeras.

Todas estas definiciones están orientadas a delimitar el campo de las variables independientes más importantes de la presente investigación. Dado que se estiman

⁷ Esta encuesta contó además con el apoyo del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe.

ecuaciones de participación se han considerado además: la educación, la edad, los ingresos personales no laborales, la cantidad de niños presentes en el hogar, la localidad de residencia y la presencia de progenitores en el hogar. Con respecto a estos últimos se supone que en aquellos hogares en los que está presente la madre y/o el padre del agente económico cuya conducta se evalúa proporcionan un marco más propicio para la no interrupción de la actividad económica. Por ejemplo, si se está evaluando la participación de los cónyuges, se propone como hipótesis que un problema de salud del jefe puede ser sobrellevado por otros miembros de la familia y que, por tanto, puede no provocar efectos en la participación económica de los directamente implicados en el problema.

La variable del lado izquierdo es en todos los casos la participación en la actividad económica. Para estudiar los determinantes de la probabilidad de participación, es necesario especificar un modelo a partir de la siguiente función índice:

$$z_i = X_i B, \quad [1]$$

donde el subíndice i se refiere a la unidad de observación (jefe o cónyuge residentes en hogares nucleares). La variable del lado izquierdo está en estado latente y su valor es el resultado de la evaluación de utilidad que hace el agente entre participar o no hacerlo. La dicotomización de esta variable permite, como se verá en el próximo párrafo, definir el modelo empírico a estimar. X_i es una matriz que contiene una columna de unos y k variables, entre las que se incluyen las que interesan más al objetivo de este estudio, el estado de salud, y las que delinean la situación sociodemográfica y económica del jefe o del cónyuge. Por su parte B es un vector columna con los parámetros a estimar.

Los parámetros se estiman por máxima verosimilitud a partir de la especificación probit siguiente:

$$P_i = \frac{1}{2\pi^{1/2}} \int_{-\infty}^{z_i} \exp(-s^2/2) ds + u_{it} = \Theta(X_i B) + u_i, \quad [2]$$

donde P_i es una variable latente no observada que, en términos genéricos, puede asumir los valores siguientes:

$$P_i = 1 \text{ si el individuo está participando (ocupado o desocupado)} \quad [3a]$$

$$P_i = 0, \text{ en caso contrario: inactivo.} \quad [3b]$$

En [2] los símbolos asumen los significados usuales, entre ellos u_i el término de error, z , y B y X_i idéntico significado que en [1].

Con los parámetros estimados es posible conocer el efecto marginal provocado por el cambio en la variable de cualquiera de las variables independientes, sobre la dependiente. Este efecto marginal estará expresado en términos de probabilidades y caben al menos dos posibilidades de cómputo: Tomando como referencia el individuo promedio, representado por las medias muestrales; o bien, algún individuo previamente construido con un determinado objetivo analítico. En esta investigación se optó por la primera alternativa.

5- Resultados

En este apartado se evalúa la evidencia empírica relacionada con las hipótesis siguientes:

- Los problemas en el estado de salud de una persona disminuyen su participación en el mercado de trabajo.
- Los problemas en el estado de salud de la persona con la cual convive un individuo, alteran su participación en el mercado de trabajo.

Respecto a este último punto cabe aclarar que en estos casos (estado de salud del conviviente – oferta de trabajo propia) el signo no está determinado teóricamente. Si dominara el aquí llamado “efecto compañía” la probabilidad de estar activo (ocupado) disminuirá; mientras que si prima el “efecto mercado”, la probabilidad de estar activo aumentará. Se denomina “efecto compañía” a la reducción en la participación económica debida a la complementariedad existente entre los tiempos de los cónyuges; mientras que por “efecto mercado” se entiende al aumento de la participación económica debido a la salida al mercado de trabajo que tiene por objeto recuperar los ingresos perdidos por el jefe de hogar o por su cónyuge, según sea el caso.

En esta investigación se estudia además si estos efectos sobre la participación dependen de la cobertura en salud de los individuos y de la importancia que los ingresos no laborales tengan en el ingreso familiar total. Los individuos no cubiertos que experimentan un choque de salud deben retirarse del mercado laboral, provocando que el efecto compañía disminuya su importancia y que el ingreso hogareño quede a merced de lo que pueda hacer laboralmente su pareja. En consecuencia, se observaría signo (fuertemente) negativo para la variable que refleja un problema de salud propio; y signo (fuertemente) positivo para la variable que refleje el problema de salud de la pareja.

Lo que puede considerarse “fuertemente” se debería a diferencias con el valor del parámetro (β) estimado para esa variable. Si “nc” son los individuos no cubiertos por el seguro de salud y “c” los cubiertos, se tendría que:

$$H_0: |\beta^{nc}| > |\beta^c| \quad [4a]$$

$$H_a: |\beta^{nc}| \leq |\beta^c|, \quad [4b]$$

donde H_0 y H_a simbolizan la hipótesis nula y la alternativa que se someten a prueba en esta parte del trabajo.

A continuación se exponen los resultados obtenidos del procesamiento de la bases de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de la Argentina. El orden de la exposición responde al siguiente plan: Primero se presenta una evaluación descriptiva del problema (Apartado A). Paso siguiente, en el apartado B, se discuten los resultados obtenidos de la prueba básica de la relación entre el estado de salud y la participación económica. El Apartado C analiza algunas extensiones, revisando el papel que en el problema juega la protección social y el nivel de riqueza relativo del hogar.

A- Evaluación descriptiva

Como se dijo ya en otras partes del texto, el propósito de este artículo es evaluar en qué medida los problemas de salud propios, o de la persona con la cual se convive, afectan la participación económica de jefes de hogar y de cónyuges. Como puede verse en la Tabla 1 (Apéndice de tablas)⁸ se muestran allí estadísticas descriptivas de esas dos grandes categorías de individuos en un hogar de tipo nuclear: jefes y cónyuges. Las tasas de participación difieren marcadamente entre ambos grupos demográficos. Más del 87% de los jefes de hogar declaran formar parte del mercado de trabajo, ya sea efectivamente desarrollando una tarea o buscando empleo (por ello, la tasa de empleo es menor pues deja de lado los desempleados), contra un poco más del 50% de los cónyuges. Este diferencial no debe sorprender en sociedades en las que las tareas domésticas no se resuelven plenamente por el mecanismo de mercado, debiendo por tanto, alguno de los miembros de la pareja asumir la responsabilidad por las mismas.

⁸ En adelante se omite la referencia “Apéndice de tablas” como así también la de “Apéndice de gráficos”. Todas las tablas y los gráficos están en los apéndices respectivos, al final del trabajo.

Al emplear la DL del estado individual de salud se aprecia que un 45% de los jefes de hogar declararon haber tenido un problema (consúltese la definición precisa en la sección anterior), frente a un poco menos que el 53% de los cónyuges. Al restringir más los límites de la definición (DDE), los porcentajes de la población “afectada” por problemas de salud se reduce fuertemente, siendo la proporción siempre mayor para los cónyuges. En la definición más estricta (DFE), los jefes registraron un 7,3%, cuatro puntos porcentuales (pp) menos que los cónyuges.

Es muy poco importante el porcentaje de hogares en los que se detectó la presencia de padres o madres⁹, siendo no obstante llamativo que las “madres y padres de los cónyuges” casi doblen en cantidad a los progenitores de los jefes (la diferencia es de 2,7% a 1,5%). La edad de los jefes y de los cónyuges tiene un modo en el rango de 35 a 44 años en lo que a edad se refiere, y la educación registra ese modo en primaria completa. Casi todas estas variables, como las otras independientes en el presente estudio (estructura de la ocupación y región de residencia), tienen una gran similitud, fenómeno por lo demás esperable debido a la correlación que existe entre estos atributos de los miembros de una pareja¹⁰.

Las declaraciones acerca de problemas de salud, provenga de cualquiera de las definiciones usadas, difieren claramente entre grupos de edad y posición en el hogar (Gráficos 1a, 1b y 1c). Como era de esperar, los individuos de mayor edad registran las tasas más elevadas. Lo que resulta un tanto difícil de explicar desde la intuición es por qué los cónyuges dan cuenta de niveles mayores en las tasas para todos los grupos de edad considerados. Cabe aclarar que el 96% de los que aparecen ocupando la posición de cónyuges en el hogar, son mujeres, mientras que el 95% de los que aparecen como jefes son varones. Es decir que el diferencial por posición en el hogar es, en realidad, un diferencial por género. Ese aspecto queda muy claro cuando se emplea la definición más estricta de problema de salud: la internación: Obsérvese en el Gráfico 1c, cómo en los grupos más jóvenes (menores de 35 años), la tasa de mujeres (cónyuges) es más elevada que la de varones (jefes). Este aspecto sugiere el impacto del embarazo, del parto y del puerperio, mucho más frecuente, además, entre las mujeres de ese grupo de edad.

En el Gráfico 2 se muestra que la mayor tasa de mujeres con problemas de salud no es el fenómeno que aparece cuando se restringe la muestra a los hogares cubiertos por el seguro médico. En éstos, los jefes son los que predominan en las consultas, superioridad que se refleja a lo largo del ciclo vital y que se acentúa en los individuos de edad más avanzada. Esta sobreconsulta tiene además la forma de una U: alta en las edades más bajas y más elevadas y baja en las edades centrales.

Una pregunta importante dado el objeto de la presente investigación se refiere a las diferencias en los niveles de participación de la fuerza laboral, según que el individuo haya o no experimentado un problema de salud. Como puede verse en los gráficos 3a, 3b, 4a, 4b, 5a y 5b, en algunos casos el estado de salud opera como un elemento diferenciador de los niveles de participación económica de la población. Los dos primeros muestran las tasas de actividad de jefes (Gráfico 3a) y cónyuges (Gráfico 3b) según la DL; los otros dos pares hacen lo propio con la DDE y la DFE, respectivamente. Como puede verse en ellos, son estas dos últimas definiciones las que exhiben disparidades verdaderamente marcadas. Excepto en los jefes de hogar (varones) según la DDE, no se encontró ningún patrón de participación que sugiera que el problema de salud precipita el retiro de la fuerza laboral. Por el contrario, los diferenciales mayores se encuentran en las edades intermedias.

B- Ecuaciones de participación – Test básicos

⁹ Se entiende que son “padres” o “madres” de los miembros del hogar nuclear, ya sea del jefe o de su pareja.

¹⁰ Con esto se quiere significar que los individuos tienden a formar pareja con individuos de edad y nivel educativo similar. Aquellos que trabajan lo hacen en grandes sectores también parecidos.

En la Tabla 2a se presentan los resultados de las regresiones básicas cuando se usa la DL de estado de salud como variable dependiente. En este caso se obtiene que la probabilidad de participación de los jefes de hogar se reduce ante un malestar de salud propio y aumenta ante un malestar de salud de su pareja. Bajo esta misma definición se aprecia que el cónyuge no reacciona frente al mercado laboral ante problemas en el estado de salud propio y aumenta su participación cuando el problema de salud le afecta a su pareja. Se estaría en presencia, en este caso, de un ETAD tradicional y de un predominio del “efecto mercado” por sobre el “efecto compañía”. Como se verá más adelante, este fenómeno puede estar ligado de alguna manera a la falta de cobertura del seguro de salud.

Cuando se usa la DFE de malestar o problema de salud (Tabla 2b), este comportamiento se observa también entre los cónyuges. No se aprecia efecto alguno al emplear la DDE, aunque tampoco puede desecharse aquí que el estado de salud propio de los jefes de hogar afecta negativa y significativamente su (propia) probabilidad de participación en la fuerza laboral. Este es el resultado más robusto de estas regresiones.

En la Tabla 2d se muestran los resultados de las regresiones con término de interacción, definido como el producto entre el mal estado de salud —según las DL, DDE y DFE— y una variable *dummy* destinada a identificar a aquellos individuos que no están ocupados (es decir, están desempleados o inactivos). Estas regresiones adquieren sentido por el carácter complementario del tiempo de los cónyuges, tema que aparece de manera recurrente en la literatura sobre retiro. Como puede verse, las estimaciones arrojan ahora un nuevo resultado robusto: la tasa de actividad es sistemáticamente menor para aquellos individuos (sean jefes de hogar o no) con pareja (ya sean jefes o cónyuges) no ocupada que (además) experimentan un problema de salud. Con el término “sistemáticamente” se intenta significar que el efecto es independiente del resto de las variables usadas en el lado derecho. Otro resultado interesante tiene que ver con la participación de los jefes de hogar con la DDE. En este caso adquiere significación el estado de salud de su pareja, el que impactaría positiva y significativamente su propensión a la participación.

En todas estas tablas puede verse que la participación disminuye con la edad, que los individuos menos educados participan menos en la actividad económica y que la condición de ocupación de las parejas resulta un factor que determina la conducta de los individuos frente al mercado de trabajo: Participan más los que conviven con una pareja desempleada y menos los que están con pareja ocupada de manera formal o con inactivos. En este último factor puede estar impactando la complementariedad del tiempo en el hogar de los cónyuges. También se muestran en esas tablas el efecto que producen la región de residencia. Se aprecia que en todas aquellas regiones que arrojan diferencias significativas de actividad, ubican sus niveles por debajo del registrado en el Gran Buenos Aires.

La Tabla 2e recoge los efectos marginales de las regresiones anteriores. En la primera fila de esta tabla se muestra la tasa de actividad promedio de cada grupo. Como puede verse, las reducciones en el caso de la tasa de actividad de los jefes de hogar varía entre un máximo de 4,7 pp (DFE, salud propia) a un mínimo de 2,9 (DL, salud propia), mientras que la de los cónyuges lo hace en una banda comprendida entre los 11,9 (DL, salud pareja inactiva) y los 7,5 pp (DFE, salud propia). Se aprecia entonces que no sólo la tasa de actividad de los cónyuges es menor, sino que la intensidad con que modifican su participación es marcadamente mayor que la registrada para los jefes de hogar.

La última columna de esta tabla registra el cociente de los parámetros estimados. Los asteriscos dan cuenta del nivel de significancia al que pueden rechazarse la hipótesis que establece igualdad de coeficientes entre jefes y cónyuges. Al respecto puede decirse que la hipótesis nula se rechaza siempre, queriendo significar con esto que la evidencia disponible no permite descartar la mayor variabilidad de la participación de las cónyuges con respecto a los jefes; y que es, precisamente, lo que permite referirse a este grupo demográfico como trabajadores secundarios o adicionales.

B- Ecuaciones de participación – Algunas extensiones

Son básicamente dos las extensiones evaluadas en este apartado: por un lado la correspondiente a distinguir entre hogares cubiertos por el seguro de salud y hogares no cubiertos; por otro la de distinguir entre niveles de riqueza del hogar, usando para ello la clasificación por quintiles del ingreso familiar, excluido los del individuo sometido a análisis.

En la Tabla 3a se muestran los parámetros estimados en las regresiones que discriminan a los hogares según la cobertura del seguro médico¹¹. El primer resultado general y que coincide con el hallazgo robusto básico encontrado en las primeras regresiones tiene que ver con el impacto negativo que los problemas de salud de los jefes ejercen sobre su propia participación. Para los cónyuges no puede decirse lo mismo, dado que la significación estadística de los coeficientes permite, sólo en algunas ocasiones, rechazar la hipótesis de ausencia de relación entre las variables más importantes de las examinadas en este artículo.

Una segunda cuestión de importancia tiene es la intensidad del efecto. La retracción en la actividad económica es marcadamente más intensa en los hogares no cubiertos por el seguro de salud. Al respecto, se hizo el test de significación de las diferencias para los parámetros estimados para jefes y se encontró que, en las definiciones más estrictas, puede rechazarse la hipótesis de igualdad de los parámetros, *a un nivel de significación menor que el 1%*¹². Desde un punto de vista intuitivo lo anterior significa que los jefes de hogar cubiertos, tienen una propensión marcadamente menor a disminuir su participación en la actividad económica a diferencia de un jefe de hogar no cubierto, y a igualdad de las demás condiciones que afectan esta variable. Este fuerte impacto estaría provocando ETAD entre sus cónyuges, los que deben salir para compensar la caída del ingreso familiar provocado por el problema de salud.

Idéntica situación pudo apreciarse para los cónyuges. En los hogares no cubiertos, el cónyuge se retira de la actividad económica y el jefe de hogar (que en estos casos estaría operando como un trabajador de reserva) sale al mercado laboral para compensar la falta de ingreso. Debe aclararse no obstante, que el efecto anterior se comprobó sólo al usar la DFE de estado de salud.

La distribución del ingreso parece no impactar demasiado en la relación entre la salud y la participación económica. Al menos no pudieron apreciarse diferenciales demasiado nítidos como en el caso de la cobertura de un seguro médico. La retracción de la actividad económica de los jefes de hogar ante problemas de salud propios es muy similar entre hogares ricos y pobres cuando se emplea la DL. Las otras dos definiciones muestran efecto significativo sólo para los jefes de hogar que residen en hogares más pobres, lo cual es esperable. Lo que resulta llamativo es el comportamiento de los cónyuges que residen en hogares ricos: estos individuos disminuyen su participación ante problemas de salud propios. No se aprecia este efecto en los hogares más pobres. Usando la fuerte correlación detectada entre el género y la posición en el hogar puede decirse que las mujeres de NSE elevado disminuyen su participación en la actividad económica, mientras que las mujeres de NSE bajo no lo hacen. Los datos disponibles al menos no permitieron rechazar esta hipótesis.

6– Conclusiones

Si bien los datos proporcionados por la Encuesta de Condiciones de Vida no son los más adecuados y pertinentes para examinar la influencia del problema del estado de salud de la

¹¹ Aparecen en las tablas 3a y 3b sólo los parámetros de las *dummies* que contienen la indicación de si el individuo tuvo o no tuvo un problema de salud. Los parámetros estimados para los controles están disponibles, pudiendo ser solicitados al autor.

¹² El valor del estadístico Chi-cuadrado fue del 22,2 para la DDE y del 58,8 para la DFE.

población sobre la oferta de trabajo¹³, se ensayaron en este trabajo tres definiciones para evaluar empíricamente esta relación.

De las pruebas más rústicas acerca del efecto que los problemas de salud tienen sobre la participación de la población en la actividad económica, se concluye que el efecto más robusto le corresponde a los problemas de salud propios cuando la unidad examinada es el jefe del hogar. Independientemente de la definición usada de problema de salud: Los jefes que manifestaron haberlos padecido, tienen una participación económica significativamente menor que la de aquellos que dijeron no haber padecido problema alguno. En dos de las tres definiciones de salud empleadas en este trabajo no pudo rechazarse la presencia de algún tipo de ETAD: tanto jefes de hogar como cónyuges aumentan su participación si los cónyuges o jefes tienen problemas con su salud. Al decir de Coile (2004) esto estaría indicando que los hogares sufren una disminución de ingresos ante los choques de salud de alguno de sus miembros.

Uno de los resultados más notorios se apreció al diferenciar por cobertura del seguro de salud. En los hogares no cubiertos parece generarse la siguiente situación: Uno de los miembros de la pareja en un hogar nuclear sufre un problema de salud, se retira de la actividad económica, el otro miembro sale al mercado laboral con el objeto de compensar al menos parte del ingreso perdido por el primero. La evidencia disponible no permitió rechazar esta hipótesis. Nótese que esto pudo verse así en los hogares **no cubiertos** únicamente. Al abordar el problema del NSE, se constató que las mujeres de NSE elevado reducen su participación ante problemas de salud propios (no obstante, no la aumentan ante problemas de los jefes), mientras que las mujeres de NSE bajo con problemas de salud, no tienen un significativo diferencial con respecto a las que no tienen problema de salud.

En suma, los interrogantes básicos de este trabajo y sus respuestas son:

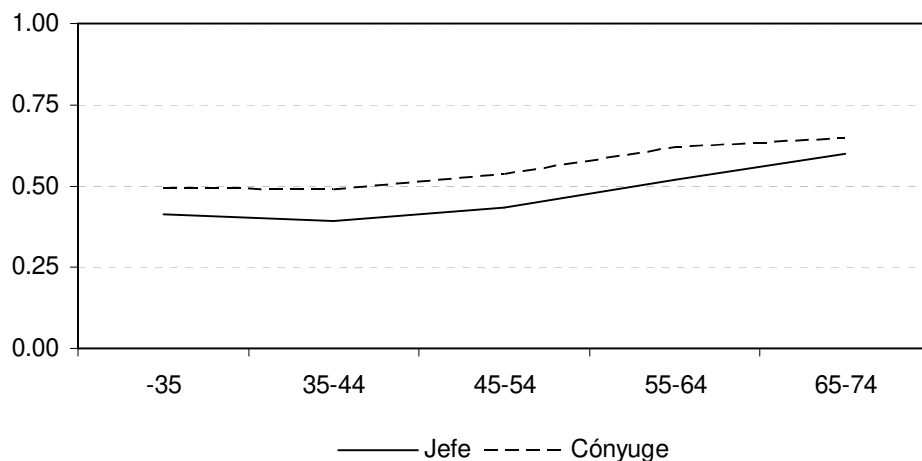
- 1- ¿Los problemas de salud provocan interrupciones en la participación de la fuerza de trabajo y/o reducciones del ingreso familiar? Sí, y en algunos casos muy importantes, como en los hogares no cubiertos por el seguro médico.
- 2- ¿Existen interrelaciones entre el estado de salud y las decisiones de participación de los miembros de un hogar? Sí, están relacionados bajo ciertas condiciones, entre las que se destacan los hogares no cubiertos por el seguro médico.
- 3- De existir las relaciones planteadas ¿las interrupciones de la participación dependen de la cobertura de los seguros de salud y del nivel socio-económico (NSE) de las familias y los individuos? Con la cobertura de salud la relación es clara. Con el NSE no se encontraron relaciones significativas.

Un aspecto a tener en cuenta: Debería profundizarse el estudio usando otras definiciones de estado de salud. También resultaría importante saber si el problema se ha presentado efectivamente como un choque, o si ya estaba presente desde hace tiempo. Esto puede provocar importantes efectos de comportamiento como los que muestra Stephen (2001) en su análisis de los choques no anticipados en lo referente a la cesantía laboral. Todas estas situaciones podrían evaluarse claramente de existir la posibilidad de usar un panel de datos pudiendo de esta manera seguir la dinámica del mercado de trabajo y de la salud de los individuos.

¹³ No tienen por qué serlo. La Encuesta de Condiciones de Vida se diseñó para mirar dimensiones diversas de la vida de un individuo y de los hogares. Esta necesidad acota, obligadamente, la profundidad con el que cada tema puede ser tratado. Se quiere significar con esto que la afirmación anterior no constituye una crítica a tan importante fuente de información, como lo es la Encuesta de Condiciones de Vida.

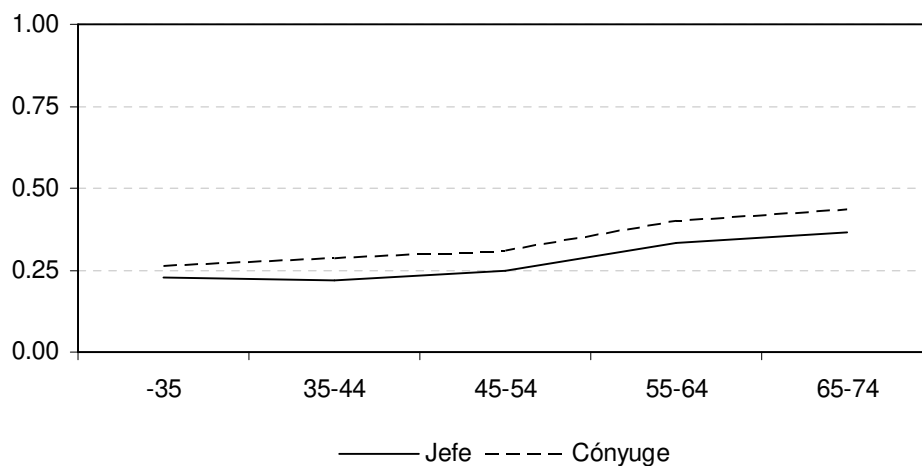
Apéndice de Gráficos

Gráfico 1a
Proporción de individuos con problemas de salud – Definición laxa



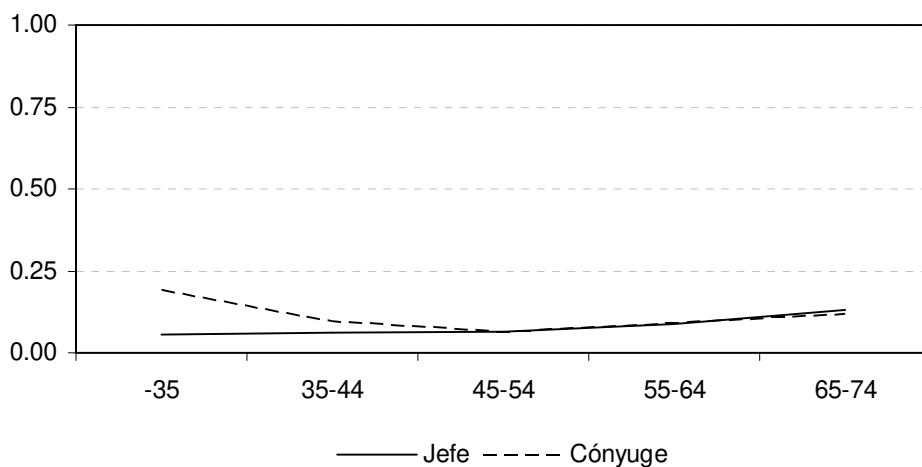
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 1b
Proporción de individuos con problemas de salud – Definición menos laxa



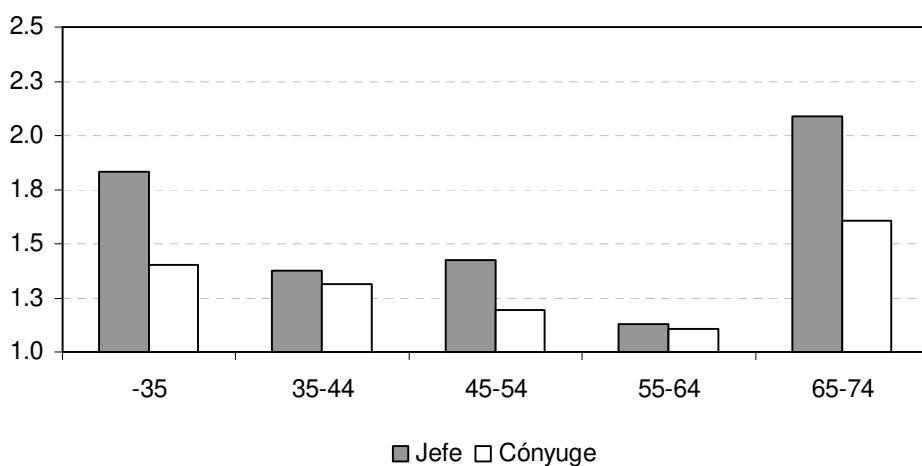
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 1c
 Proporción de individuos con problemas de salud – Definición estricta



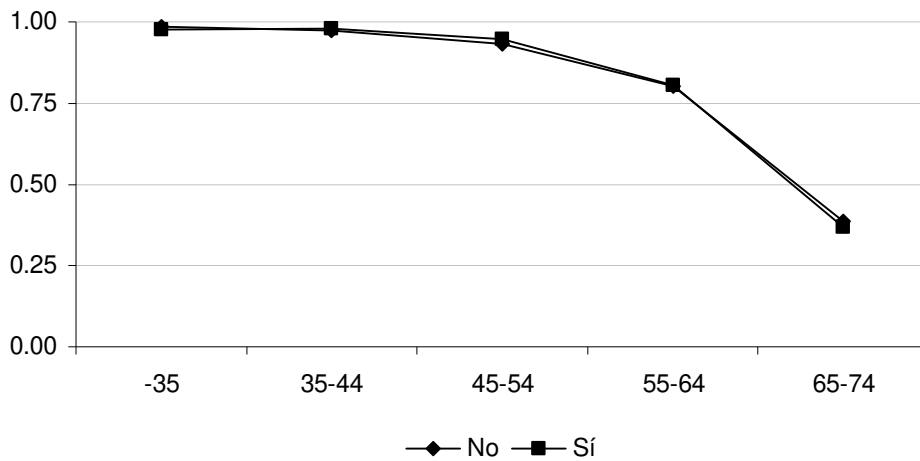
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 2
 Sobre consulta de individuos en hogares cubiertos por seguro médico



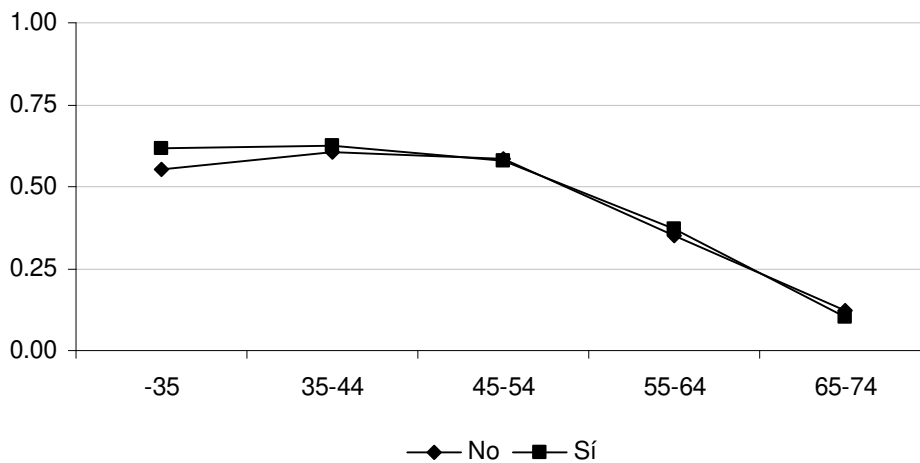
Fuente: Construcción propia en base a ECV 2001.

Gráfico 3a
 Tasas de actividad según si el individuo ha experimentado (Sí) o no (No) un problema de salud.
 Jefes, Definición laxa (DL)



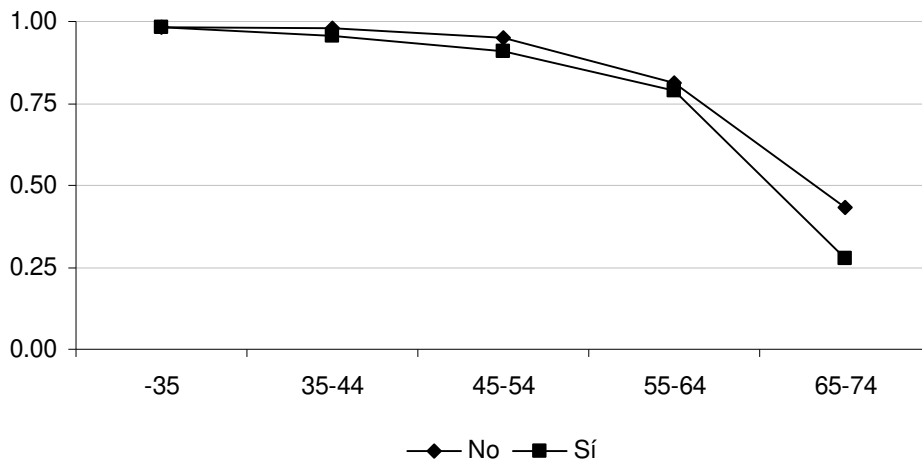
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 3b
 Tasas de actividad según si el individuo ha experimentado (Sí) o no (No) un problema de salud.
 Cónyuges, definición laxa (DL)



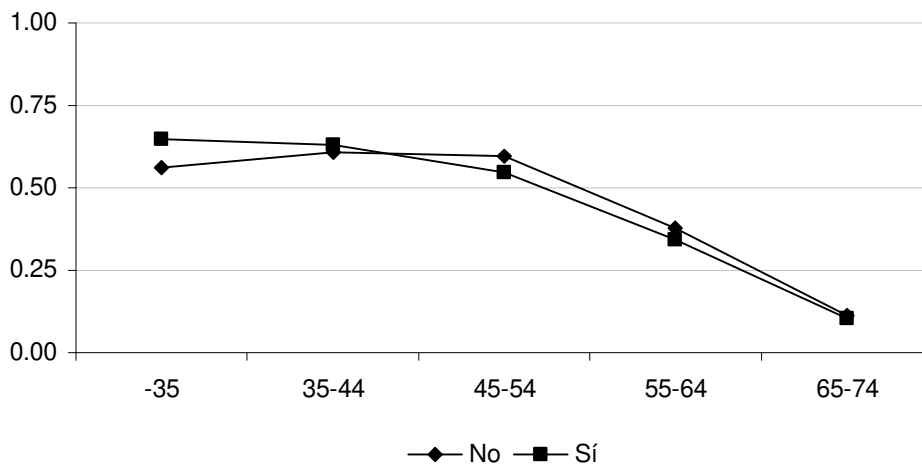
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 4a
 Tasas de actividad según si el individuo ha experimentado (Sí) o no (No) un problema de salud.
 Jefes, Definición menos laxa (DL)



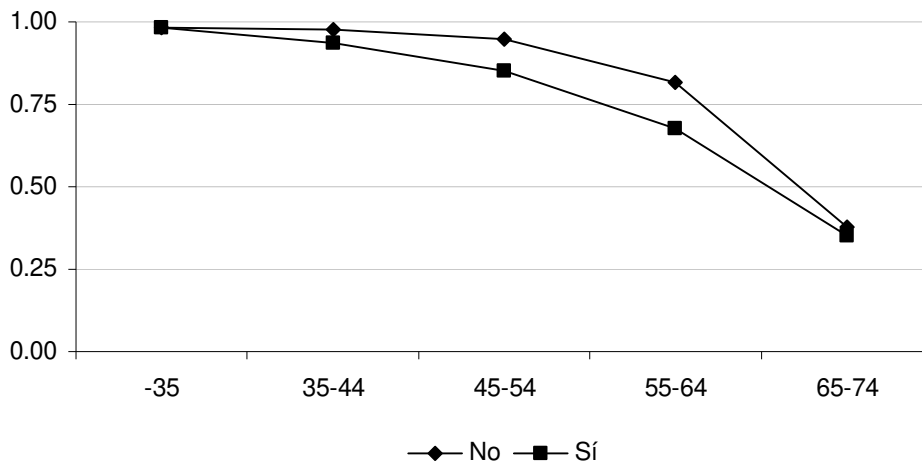
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 4b
 Tasas de actividad según si el individuo ha experimentado (Sí) o no (No) un problema de salud.
 Cónyuges, Definición menos laxa (DL)



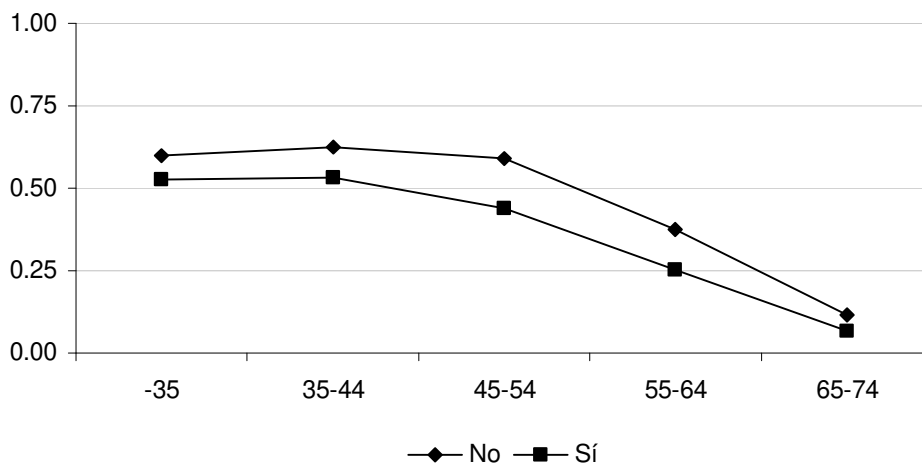
Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 5a
 Tasas de actividad según si el individuo ha experimentado (Sí) o no (No) un problema de salud.
 Jefes, Definición menos laxa (DL)



Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Gráfico 5b
 Tasas de actividad según si el individuo ha experimentado (Sí) o no (No) un problema de salud.
 Cónyuges, Definición menos laxa (DL)



Fuente: Construcción propia con datos de ECV 2001.

Apéndice de Tablas

Tabla 1 – Estadísticas descriptivas

Variable/categoría	Medias muestrales	
	Jefes	Cónyuges
Tasa de actividad	0,875	0,521
Tasa de empleo	0,788	0,434
Mal estado de salud		
Definición laxa (DL)	0,450	0,533
Definición menos laxa (D-L)	0,263	0,315
Definición estricta (DE)	0,073	0,112
Familiares en el hogar		
Madre presente	0,015	0,027
Padre presente	0,005	0,006
Niños de 0 a 4 años	0,402	0,373
Niños de 5 a 12 años	0,758	0,748
Edad		
Menor 35 años	0,193	0,241
35-44	0,277	0,290
45-54	0,257	0,236
55-64	0,166	0,150
65 y más [Referencia]		
Educación		
Primaria incompleta	0,151	0,143
Primaria completa	0,498	0,472
Secundaria completa	0,234	0,231
Superior completa [Referencia]		
Condición actividad de la pareja		
Ocupado formal	0,357	0,350
Desempleado	0,090	0,088
Inactivo	0,468	0,479
Ocupado informal [Referencia]		
Región de residencia		
Pampeana	0,324	0,327
NOA	0,083	0,082
NEA	0,067	0,065
Cuyo	0,061	0,062
Patagonia	0,049	0,047
GBA [Referencia]		
Otros determinantes		
Ingresos no laborales	386,9	701,0

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV.

Tabla 2a - Funciones de participación definición laxa (DL)

Variable /categorías	Jefe de hogar			Cónyuges	
Mala Salud					
Propia	-0,234	0,038	***	0,032	0,026
Pareja	0,064	0,039	*	0,044	0,026 *
Familiares en el hogar					
Madre presente	0,292	0,211		0,121	0,078
Padre presente	1,086	0,535	**	0,064	0,164
Niños de 0 a 4 años	0,038	0,037		-0,155	0,021 ***
Niños de 5 a 12 años	0,038	0,024		-0,089	0,014 ***
Edad					
Menor 35 años	2,140	0,090	***	1,483	0,077 ***
35-44	2,070	0,072	***	1,519	0,074 ***
45-54	1,748	0,058	***	1,367	0,072 ***
55-64	1,093	0,052	***	0,831	0,072 ***
65 y más [Referencia]					
Educación					
Primaria incompleta	-0,910	0,088	***	-1,152	0,052 ***
Primaria completa	-0,753	0,082	***	-1,056	0,042 ***
Secundaria completa	-0,640	0,087	***	-0,807	0,045 ***
Superior completa [Referencia]					
Condición actividad de la pareja					
Ocupado formal	-0,071	0,078		-0,117	0,042 ***
Desempleado	0,212	0,106	**	0,330	0,058 ***
Inactivo	-0,128	0,076	*	-0,156	0,058 ***
Ocupado informal [Referencia]					
Región de residencia					
Pampeana	-0,126	0,044	***	0,064	0,030 ***
NOA	-0,255	0,070	***	0,002	0,048
NEA	-0,327	0,076	***	-0,092	0,053 *
Cuyo	-0,115	0,080		-0,098	0,054 *
Patagonia	-0,095	0,096		0,049	0,061
GBA [Referencia]					
Otros determinantes					
Ingresos no laborales	0,000	0,000	***	0,000	0,000 *
Ordenada	0,847	0,117	***	-0,127	0,089
Pseudo-R ²	0,329			0,124	
Número de observaciones	11146			11165	

*** Significativamente distinto de cero al 1%

** Significativamente distinto de cero al 5%

* Significativamente distinto de cero al 10%

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV.

Tabla 2b – Funciones de participación definición débilmente estricta (DDE)

Variable /categorías	Jefe de hogar			Cónyuges	
Mala Salud					
Propia	-0,264	0,040	***	-0,001	0,028
Pareja	0,038	0,040		-0,044	0,029
Familiares en el hogar					
Madre presente	0,306	0,210		0,121	0,078
Padre presente	1,064	0,541	*	0,059	0,164
Niños de 0 a 4 años	0,035	0,037		-0,154	0,021 ***
Niños de 5 a 12 años	0,038	0,024		-0,091	0,014 ***
Edad					
Menor 35 años	2,148	0,090	***	1,471	0,077 ***
35-44	2,087	0,072	***	1,510	0,074 ***
45-54	1,761	0,058	***	1,359	0,072 ***
55-64	1,109	0,052	***	0,830	0,072 ***
65 y más [Referencia]					
Educación					
Primaria incompleta	-0,912	0,088	***	-1,155	0,052 ***
Primaria completa	-0,753	0,082	***	-1,058	0,042 ***
Secundaria completa	-0,643	0,087	***	-0,809	0,045 ***
Superior completa [Referencia]					
Condición actividad de la pareja					
Ocupado formal	-0,078	0,078		-0,115	0,042 ***
Desempleado	0,211	0,106	**	0,327	0,058 ***
Inactivo	-0,124	0,075	*	-0,146	0,058 **
Ocupado informal [Referencia]					
Región de residencia					
Pampeana	-0,127	0,044	***	0,058	0,030 **
NOA	-0,264	0,070	***	0,000	0,048
NEA	-0,331	0,076	***	-0,102	0,053 **
Cuyo	-0,116	0,080		-0,097	0,054 *
Patagonia	-0,099	0,096		0,050	0,061
GBA [Referencia]					
Otros determinantes					
Ingresos no laborales	-0,000	0,000	***	-0,000	0,000 ***
Ordenada	0,8247	0,1145	***	-0,068	0,088
Pseudo-R ²	0,330			0,124	
Número de observaciones	11146			11165	

*** Significativamente distinto de cero al 1%

** Significativamente distinto de cero al 5%

* Significativamente distinto de cero al 10%

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV.

Tabla 2c - Funciones de participación definición fuertemente estricta (DFE)

Variable /categorías	Jefe de hogar			No jefes de hogar		
Mala Salud						
Propia	-0,314	0,061	***	-0,190	0,042	***
Pareja	0,143	0,066	**	0,086	0,049	**
Familiares en el hogar						
Madre presente	0,322	0,212		0,119	0,078	
Padre presente	1,042	0,542	**	0,078	0,164	
Niños de 0 a 4 años	0,030	0,037		-0,139	0,021	***
Niños de 5 a 12 años	0,039	0,024		-0,091	0,014	***
Edad						
Menor 35 años	2,137	0,090	***	1,479	0,077	***
35-44	2,081	0,072	***	1,503	0,074	***
45-54	1,757	0,058	***	1,353	0,072	***
55-64	1,096	0,052	***	0,825	0,072	***
65 y más [Referencia]						
Educación						
Primaria incompleta	-0,897	0,088	***	-1,152	0,052	***
Primaria completa	-0,746	0,082	***	-1,055	0,042	***
Secundaria completa	-0,629	0,087	***	-0,805	0,045	***
Superior completa [Referencia]						
Condición actividad de la pareja						
Ocupado formal	-0,076	0,078		-0,116	0,042	***
Desempleado	0,218	0,106	*	0,330	0,058	***
Inactivo	-0,139	0,075	*	-0,159	0,058	***
Ocupado informal [Referencia]						
Región de residencia						
Pampeana	-0,120	0,044	***	0,063	0,030	**
NOA	-0,251	0,070	***	0,003	0,048	
NEA	-0,326	0,076	***	-0,094	0,053	*
Cuyo	-0,113	0,080		-0,091	0,054	*
Patagonia	-0,095	0,096		0,055	0,061	
GBA [Referencia]						
Otros determinantes						
Ingresos no laborales	0,000	0,000	***	0,000	0,000	***
Ordenada	0,775	0,113	***	-0,074	0,087	
Pseudo-R ²	0,330			0,125		
Número de observaciones	11146			11165		

*** Significativamente distinto de cero al 1%

** Significativamente distinto de cero al 5%

* Significativamente distinto de cero al 10%

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV.

Tabla 2d
Regresiones con término de interacción

	Jefes de hogar			Cónyuges		
DL						
Propio	-0,232	0.039	***	0,032	0.026	
Pareja	0,191	0.060	***	0,103	0.029	***
Pareja fuera del ML	-0,214	0.071	***	-0,299	0.044	***
DDE						
Propio	-0,262	0.040	***	-0,002	0.028	
Pareja	0,147	0.066	**	-0,076	0.034	
Pareja fuera del ML	-0,174	0.082	**	-0,196	0.070	*
DFE						
Propio	-0,313	0.061	***	-0,189	0.041	***
Pareja	0,337	0.132	**	0,148	0.057	***
Pareja fuera del ML	-0,266	0.153	*	-0,227	0.110	*

ML: Mercado laboral

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV 2001

Tabla 2e
Regresiones con término de interacción – Efectos marginales

	Jefes de hogar		Cónyuges		Cociente	
Tasa de actividad promedio	0,877		0,533		0,61	
DL						
Propio	-0,029	***				
Pareja	0,024	***	0,041	***	1,70	***
Pareja fuera del ML	-0,028	***	-0,119	***	4,25	***
DDE						
Propio	-0,036	***				
Pareja	0,017	**				
Pareja fuera del ML	-0,023	**	-0,078	*	3,39	**
DFE						
Propio	-0,047	***	-0,075	***	1,60	***
Pareja	0,034	**	0,058	***	1,71	*
Pareja fuera del ML	-0,039	*	-0,090	*	2,31	*

ML: Mercado laboral

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV 2001

Tabla 3a
Regresiones con y sin cobertura del seguro médico

	Jefes de hogar			Cónyuges		
DL						
Hogar cubierto						
Propio	-0,194	0,047	***	0,042	0,033	
Pareja	-0,002	0,047		-0,032	0,033	
Hogar no cubierto						
Propio	-0,239	0,071	***	0,032	0,044	
Pareja	0,194	0,071	***	0,117	0,044	***
DDE						
Hogar cubierto						
Propio	-0,173	0,048	***	0,061	0,034	*
Pareja	0,018	0,048		-0,076	0,034	**
Hogar no cubierto						
Propio	-0,401	0,078	***	-0,082	0,049	*
Pareja	0,142	0,079	***	0,012	0,053	
DFE						
Hogar cubierto						
Propio	-0,129	0,072	*	0,014	0,053	
Pareja	0,047	0,078		0,005	0,094	
Hogar no cubierto						
Propio	-0,683	0,117	***	-0,547	0,071	***
Pareja	0,402	0,139	***	0,298	0,094	***

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV 2001

Tabla 3b
Regresiones para niveles de ingresos familiares extremos

	Jefes de hogar			Cónyuges		
DL						
20 % más pobre						
Propio	-0,285	0,089	***	0,084	0,067	
Pareja	0,148	0,089	*	-0,077	0,068	
20 % más rico						
Propio	-0,209	0,090	**	0,042	0,051	
Pareja	0,204	0,121	**	0,050	0,051	
DDE						
20 % más pobre						
Propio	-0,409	0,094	***	0,034	0,071	
Pareja	0,043	0,095		0,088	0,077	
20 % más rico						
Propio	-0,144	0,093		-0,012	0,052	
Pareja	-0,123	0,092		-0,084	0,055	
DFE						
20 % más pobre						
Propio	-0,373	0,136	***	-0,097	0,113	
Pareja	-0,087	0,138		0,143	0,128	
20 % más rico						
Propio	0,168	0,142		-0,135	0,081	*
Pareja	0,109	0,158		0,049	0,093	

Fuente: Construcción propia con datos de la ECV 2001

Referencias

- Basu, K.; Genicot, G. y Stiglitz, J. (1998): *Household Labor Supply, Unemployment and Minimum Wage Legislation*, World Bank Working Papers.
- Basu, K. (1999): "Child Labor: Cause, Consequence, and Cure, with Remark on International Labor Standards", *Journal of Economics Literature*, 37 (3): 1083-1119.
- Basu, K. y Pham, H. (1998); "The Economics of Child Labor", *The American Economic Review*, 88 (3):412-427.
- Beagle, K.; Dehejia, R. y Gatti, R. (2003): Child Labor, Crop Shocks, and Credit Constraint, *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 10088.
- Blaconá, M.; García, M. y Pellegrini, J. (1994): "La participación laboral de las cónyuges en el corto plazo: una explicación utilizando modelos REG-ARIMA" *Anales de la AAEP*, Tomo 2: 301-318. También disponible en <http://www.aaep.org.ar>.
- Bunel, M. (2003): *Added worker effect revisited French working time reduction experiment*. European Society for Population Economics, 17th Annual Conference, New York.
- Cahuc, P. y Zylberberg, A. (2004): *Labor Economics*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Mass.
- Chiappori, P. (1992): "Collective Labor Supply and Welfare" *Journal of Political Economy*, (100): 437-467.
- Cid, J. C. (1994): *Determinantes del trabajo femenino: un modelo logit de los resultados censales en Salta*. Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional de Salta, Reunión de Discusión N° 85, Salta.
- Claramunt, A. (1996): *La participación laboral de las cónyuges en el corto plazo en el Gran Mendoza*, Jornadas de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Coile, C. (2004): *Health Shocks and Couples' Labor Supply Decision*, NBER Working Paper Series, Working Paper 10810, <http://www.nber.org/papers/w10810>.
- Cullen, J. y Gruber, J. (2000): "Does Unemployment Insurance Crowd out Spousal Labor Supply?" *Journal of Labor Economics*, 18 (3): 546-571.
- Duryea, S. Y Arends-Kuenning, M. (2001): *School Attendance, Child Labor and Local Markets in Urban Brazil*, paper presentado en la conferencia "Crisis and Disasters: Measurement and Mitigation of their Human Cost", IADB-IFPRI.
- Gruber, J. y Cullen, J. (1996): *Spousal Labor Supply as Insurance: Does Unemployment Insurance Crowd Out the Added Worker Effect?* National Bureau of Economic Research, Working Paper 5608, June.
- Hansen, W. L. (1961): "The Cyclical Sensitivity of the Labor Supply" *The American Economic Review*, 299-309.
- Heckman, J. y MaCurdy, T. (1980): "A Life Cycle Model of Female Labour Supply" *Review of Economic Studies*, XLVII: 47-74.
- Humprey, D. (1940): "Alleged 'Additional Workers' in the Measurement of Unemployment" *Journal of Political Economy*, 48 (3): 412-419.
- Jacoby, H. Skoufias, E. (1997): "Risk, Financial Markets, and Human Capital in a Development Country", *The Review of Economics Studies*, 64 (3): 311-335.
- King, E. Y Lillard, L. (1987): Education Policy and Schooling Attainment in Malaysia and the Philippines", *Economic of Education Review*, 6 (2): 167-181.
- Layard, R.; Barton, M. y Zabalza, A. (1980): "Married Women's Participation and Hours" *Economica*, 47: 51-72.

- Lloyd, C. y Niemi, B. (1976): *Recent changes in the responsiveness of labor force participations to the business cycle*. Population Association of America Meeting, Montreal, Mayo.
- Lundberg, S. (1985): "The Added Worker Effect" *Journal of Labor Economics*, 3 (1): 11-37.
- Maloney, T. (1987): "Employment Constraints and the Labor Supply of Married Woman: a Re-examination of the Added Worker Effect" *Journal of Human Resource*, 22 (1): 51-61.
- Maloney, T. (1991): "Unobserved Variables and the Elusive Added Worker Effect", *Economica*, 58: 173-187.
- Mas-Colell, A; Winston, M. y Green, J. (1995): *Microeconomic Theory*, Oxford University Press, Oxford.
- Moehling, C. (1997): *The Added Worker Effect in the Household*, The Ohio State University, Mimeo.
- Parker, S. y Skoufias, E. (2004): "The added worker effect over the business cycle: evidence form urban Mexico" *Applied Economics Letters*, 11: 625-630.
- Paz, J. (2001): *El efecto del trabajador adicional. Evidencias para la Argentina*. CEMA, Documento de Trabajo N° 201, Buenos Aires.
- Paz, J. (2006): *Nueva visita al efecto del trabajador adicional en la Argentina*, CEMA, Documento de Trabajo N° 331, Buenos Aires.
- Ravallion, M. y Wodon, Q. (2000): "Does Child Labour Displace Schooling? Evidence on Behavioral Responses to an Enrollment Subsidy", *The Economic Journal*, 110: C158-C175.
- Retamoso, A. (2002): "Ciclo de vida familiar, patrones reproductivos y el trabajo como activo. Evolución y estrategias en Uruguay" *Notas de Población*, XXIX (74): 111-161.
- Serneels, P. (2002): *The Added Worker Effect and Intrahousehold Aspect of Unemployment*, CSAE Working Paper Series, 2002-14.
- Stephen, M. (2001): *Worker Displacement and the Added Worker Effect*. National Bureau of Economic Research, Working Paper 8260, April.
- Stern, S. (1989): "Measuring the Effects of Disability on Labor Force Participation" *Journal of Human Resources*, 24: 361-395.
- Tano, D. (1993): "The Added Worker Effect. A causality test" *Economic Letters*, 43 (1): 111-117.
- Torrado, S. (2003): *Historia de la familia moderna (1870-2000)*, Ediciones La Flor, Buenos Aires.
- Woytinsky, (1940): "Additional workers on the labor market in depressions: A reply to Mr. Humprey" *Journal of Political Economy*, 48 (5): 735-739.
- Varian, H. (1992): *Microeconomic Analysis*, Norton, New York.