

La protección social de cara al futuro:

Acceso,
financiamiento y
solidaridad



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Trigésimo primer período de sesiones de la
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo del 2006



Los iconos utilizados en la portada de este documento, "Glifos nahuas" y "Manos, Cañadón de las Cuevas" forman parte de la serie dibujada en 1966 por Emilio Duhart, arquitecto del edificio sede de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Santiago de Chile, para decorar los exteriores de la sala de conferencias. El tercer icono es un boceto de la torre caracol característica de dicho edificio y fue diseñado en 1995 por Andrés Hannach.



La protección social de cara al futuro:

Acceso,
financiamiento y
solidaridad



2 0 0 6



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Trigésimo primer período de sesiones de la
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo del 2006

La coordinación de este documento estuvo a cargo de José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo de la CEPAL; Daniel Titelman, Coordinador de la Unidad de Estudios Especiales y, Andras Uthoff, Oficial a cargo de la División de Desarrollo Social.

Participaron en la redacción de los capítulos Óscar Cetrángolo, Guillermo Cruces, Eduardo Fajnzylber y Martín Hopenhayn.

Colaboraron activamente en la preparación de este documento la División de Desarrollo Social, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, la División de Estadística y Proyecciones Económicas, la Unidad Mujer y Desarrollo, la Unidad de Estudios Especiales, el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), y las sedes subregionales y las oficinas nacionales de la CEPAL.

Contribuyeron con aportes y comentarios Eduardo Aldunate, Diane Almeras, Oscar Altimir, Irma Arriagada, Alicia Bárcena, Renato Baumann, Roberto Bisang, Ricardo Bitrán, Fabio Bertranou, Jorge Bravo, Marisa Bucheli, Inés Bustillo, James Cercone, Álvaro Corteza, Pedro Crocco, Rubens Cysne, Guilherme Delgado, Gustavo Demarco, Álvaro Erazo, Ernesto Espíndola, Natalia Ferreira-Coimbra, Rebeca Grynspan, José Miguel Guzmán, Edgar Herrera Zamora, Américo Ibarra, Dirk Jaspers, Juan Pablo Jiménez, Jorge Katz, Gabriel Lagomarsino, Eugenio Lahera, Arturo León, Hugo López, Flavia Marco, Juan Martín, Ricardo Martner, Marta Maurás, Andre Medici, Carmelo Mesa-Lago, Vivian Milosavljevic, Sonia Montaña, Carlos Mussi, Oliver Paddison, Joaquim Palme, Edward Palmer, Juan Carlos Ramírez, María Nieves Rico, Adolfo Rodríguez Herrera, Jorge Rodríguez, Rafael Rofman, Ianina Rossi, Mariana Schkolnik, Claudia Serrano, Ana Sojo, Rubén Suárez, Guillermo Sunkel, Víctor Tokman, André Urani, Álvaro Vásquez, Mario Velásquez, Helvia Velloso, Pablo Villatoro, Jürgen Weller y Larry Willmore.

Colaboraron en el financiamiento de algunos de los documentos de apoyo el Gobierno de Alemania, por intermedio del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) y la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ), y el Gobierno de Suecia, por intermedio del Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional.

Nota explicativa

En los cuadros del presente estudio se han empleado los siguientes signos:

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

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

La coma (,) se usa para separar los decimales.

El guión (-) puesto entre cifras que expresen años, por ejemplo 1971-1973, indica que se trata de todo el período considerado, ambos años inclusive.

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

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



Índice

Presentación	11
---------------------------	-----------

Capítulo I

El desarrollo centrado en derechos y el pacto

para la protección social.....	13
---------------------------------------	-----------

Desarrollo con derechos, derecho al desarrollo.....	17
---	----

Un enfoque de desarrollo centrado en los derechos humanos	17
--	----

Derechos sociales y ciudadanía: conceptos y dilemas	18
---	----

América Latina y los derechos económicos, sociales y culturales: grandes rezagos, grandes desafíos	21
---	----

Derechos sociales y desigualdades.....	23
--	----

Consideraciones matizadas: derechos, accesos, distribución.....	29
--	----

Un pacto para la protección social.....	31
---	----

La protección social en los estados de bienestar: modalidades existentes	32
---	----

Estado social y protección social en la experiencia reciente de América Latina y el Caribe: legado	
---	--

de los años ochenta, balance de los noventa e incertidumbre del siglo XXI	34
--	----

Hacia un pacto para la protección social	37
--	----

Capítulo II

Dinámica contributiva, mercado de trabajo y

desafíos para la política fiscal	43
---	-----------

Introducción	43
--------------------	----

Cobertura contributiva de la protección social	44
--	----

Situación actual	45
------------------------	----

Evolución reciente	51
--------------------------	----

Evolución del mercado laboral	53
Crecimiento económico, generación de empleo y desempleo	53
Restricciones impuestas por la inestabilidad y la precariedad del mercado laboral	56
Cambios en la estructura familiar y ampliación de la población económicamente activa.....	57
Orientaciones de políticas para aumentar la cobertura contributiva en el mercado laboral	58
Síntesis	61
Evolución y perspectiva del gasto público en protección social.....	62
Estructura y dinámica del gasto social.....	62
Ciclo, vulnerabilidad y prelación del gasto social	65
Evolución y perspectivas de los ingresos públicos	68
Carga tributaria, nivel y fuentes de los ingresos fiscales	68
Heterogeneidad de la participación de las contribuciones a la seguridad social.....	71
Orientaciones de políticas para aumentar la presión tributaria	73
Síntesis	75
Capítulo III	
Protección social y sistemas de salud	77
Introducción	77
Hechos estilizados.....	78
Necesidades sanitarias, perfil epidemiológico y beneficios universalizables.....	79
Cobertura de salud	81
Organización de los sistemas de salud.....	83
Gasto y financiamiento en salud.....	85
Agenda de reformas: hacia una cobertura universal y garantizada de servicios de salud	88
Políticas de aseguramiento.....	89
Eficiencia, organización y supervisión del sistema de salud	99
Políticas de salud pública.....	106
Capítulo IV	
Sistemas de pensiones.....	113
Introducción	113
Hechos estilizados.....	114
Envejecimiento	114
Baja cobertura previsional	116
Problemas de segmentación y sostenibilidad financiera.....	118
Pensiones no contributivas en América Latina y el Caribe	120
Reformas recientes a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe	122
Reformas estructurales.....	122
Reformas paramétricas	126
Principales resultados de las reformas	130
Agenda de reformas	138
Cobertura y solidaridad.....	139
Viabilidad financiera.....	145
A modo de síntesis.....	147
Glosario.....	148
Capítulo V	
Programas sociales	149
Introducción	149
De la multidimensionalidad de la pobreza a la diversidad de los programas.....	150

Complejidad de la pobreza	150
Los criterios de política ante la multidimensionalidad de la pobreza.....	153
La diversidad de los programas sociales	155
Programas de emergencia vinculados al empleo	157
Reducción de la vulnerabilidad	157
Características generales.....	158
Evaluaciones y desafíos.....	161
Capital humano y efectos a largo plazo: los programas de transferencias condicionadas.....	164
Interrupción del ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza:	
intervenciones tradicionales y nueva generación de programas.....	164
Características generales de los programas de transferencias condicionadas.....	164
Evaluación y resultados.....	166
Desafíos futuros	172
Derechos y obligaciones.....	172
Empoderamiento de las mujeres, participación ciudadana y capital social.....	173
Articulación de la demanda y la oferta de servicios	177
Productividad y empleabilidad	178
Bibliografía	181

Índice de cuadros

Cuadro II.1	América Latina y el Caribe: cobertura de la seguridad social	45
Cuadro II.2	América Latina y el Caribe: aportes a la seguridad social de los ocupados, por quintil de ingreso del hogar	51
Cuadro III.1	América Latina y el Caribe: indicadores de atención primaria y resultados de salud pública	82
Cuadro III.2	América Latina y el Caribe: distribución y nivel del gasto en salud, 2002	85
Cuadro III.3	Gasto familiar en salud como proporción del ingreso familiar corriente.....	87
Cuadro III.4	América Latina y el Caribe: interacción entre financiamiento público y cotizaciones de la seguridad social en el sector de la salud.....	90
Cuadro III.5	América Latina y el Caribe: paquetes de garantías explícitas universales, 2003-2004	98
Cuadro III.6	Tipos fundamentales de sistema de pago	103
Cuadro III.7	Fallas de mercado, efectos y posibles soluciones.....	105
Cuadro III.8	América Latina (países seleccionados): evolución histórica de la descentralización de la salud.....	111
Cuadro IV.1	Críticas frecuentes a los esquemas de reparto y beneficio definido	119
Cuadro IV.2	América Latina y el Caribe: modelos y características de las reformas de pensiones	123
Cuadro IV.3	Características de los sistemas nacionales de seguridad social en el Caribe de habla inglesa	128
Cuadro IV.4	Costo hipotético de transición y elección de la reforma	135
Cuadro IV.5	Propuestas para incentivar la cotización	144
Cuadro V.1	Clasificación de los programas sociales de reducción de la pobreza por líneas de acción	156
Cuadro V.2	Ejemplos de programas de emergencia vinculados al empleo en América Latina y el Caribe, 1975-2005	159
Cuadro V.3	Beneficios, cobertura, focalización, gasto y financiamiento de programas de emergencia vinculados al empleo en América Latina y el Caribe.....	160
Cuadro V.4	Ejemplos de programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe, 1990-2005	167
Cuadro V.5	Efecto y focalización de programas de transferencias condicionadas.....	170

Índice de recuadros

Recuadro I.1	La exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales	16
Recuadro I.2	Tres modelos paradigmáticos de estado de bienestar.....	33
Recuadro I.3	Pacto social y pacto fiscal: los planteos de la CEPAL	35
Recuadro I.4	Democracia, economía y política	39
Recuadro II.1	Análisis multivariado de la probabilidad de aportar a la seguridad social	48
Recuadro II.2	Seguros de desempleo en América Latina	55
Recuadro II.3	Medidas para elevar el empleo competitivo y estable.....	59
Recuadro II.4	Interacción de políticas laborales pasivas y activas: el exitoso caso de Dinamarca.....	60
Recuadro II.5	Elementos de una estrategia de formalización del mercado de trabajo.....	61
Recuadro II.6	Volatilidad del gasto público social	66
Recuadro II.7	Prelación del gasto social	68
Recuadro II.8	Cargas salariales y presión tributaria	72
Recuadro II.9	Pautas para mejorar los ingresos fiscales en la región	74
Recuadro III.1	Intervenciones intersectoriales ante determinantes sociales de la salud	79
Recuadro III.2	Carga de enfermedades y rezago epidemiológico en América Latina y el Caribe	80

Recuadro III.3	Utilización de medicamentos genéricos en América Latina	87
Recuadro III.4	Sistemas integrados de origen: la salud en el Caribe	91
Recuadro III.5	Prestación pública y privada en Brasil	91
Recuadro III.6	La reforma colombiana	93
Recuadro III.7	El seguro popular de salud en México: seguros voluntarios subsidiados para no cotizantes a la seguridad social.....	95
Recuadro III.8	“Descreme” y selección de riesgos en Chile.....	97
Recuadro III.9	Costa Rica: compromisos de gestión	101
Recuadro III.10	Gestión y prestación de servicios de salud en la región de San Miguelito en Panamá	104
Recuadro III.11	Iniciativas recientes de reforma y expansión de la atención primaria	107
Recuadro III.12	Expansión de la atención primaria con énfasis en áreas urbanas en la República Bolivariana de Venezuela	108
Recuadro IV.1	Adultos mayores y familia	117
Recuadro IV.2	El sistema de pensiones colombiano.....	120
Recuadro IV.3	Prevención de la pobreza en la tercera edad en el marco de los sistemas de seguridad social de Canadá y Estados Unidos	121
Recuadro IV.4	Beneficio definido, contribución definida, densidad de aportes y tasas de reemplazo.....	125
Recuadro IV.5	Modelos de cuentas nocionales.....	129
Recuadro IV.6	Costo fiscal de transición de una reforma sustitutiva: el caso de Chile	134
Recuadro IV.7	Responsabilidades fiscales en el sistema previsional argentino después del 2001	136
Recuadro IV.8	América Latina y el Caribe: costo y efecto en la pobreza de otorgar pensiones no contributivas.....	141
Recuadro IV.9	La reforma costarricense al régimen de invalidez, vejez y muerte (2005)	142
Recuadro IV.10	El modelo previsional sueco	146
Recuadro V.1	Dimensiones de la pobreza en la región.....	152
Recuadro V.2	Fomento del desarrollo y protección del capital humano en la infancia y adolescencia	165
Recuadro V.3	Efectividad de la condicionalidad y rentabilidad social de algunos programas de transferencias condicionadas	171
Recuadro V.4	Empoderamiento de las mujeres en programas de transferencias condicionadas	175
Recuadro V.5	Innovación social en la sociedad civil: un registro reciente.....	176
Recuadro V.6	Identificación de beneficiarios y uso de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).....	179

Índice de gráficos

Gráfico I.1	América Latina: tasas de crecimiento per cápita requeridas entre el 2006 y el 2015 para reducir la pobreza extrema a la mitad, bajo distintos escenarios de cambio distributivo.....	24
Gráfico I.2	América Latina y el Caribe: la región con más desigualdad del mundo	24
Gráfico I.3	América Latina: evolución de la indigencia por área geográfica, 1990-2004	27
Gráfico I.4	América Latina (14 países): incidencia de la extrema pobreza de indígenas y afrodescendientes como múltiplo de la incidencia en el resto de la población	27
Gráfico I.5	América Latina (15 países): zonas urbanas, promedio simple	28
Gráfico II.1	América Latina y el Caribe: aportantes a la seguridad social	47
Gráfico II.2	América Latina (17 países): porcentaje de la población ocupada urbana femenina y masculina en sectores de baja productividad del mercado de trabajo (alrededor de 2002).....	47

Gráfico II.3	América Latina (9 países): evolución de cobertura de trabajadores ocupados (alrededor de 1990-2002).....	52
Gráfico II.4	América Latina (9 países): evolución de la cobertura contributiva de algunas categorías de ocupados urbanos (alrededor de 1990-2002)	52
Gráfico II.5	América Latina y el Caribe: crecimiento y desempleo	54
Gráfico II.6	América Latina y el Caribe: crecimiento económico y dinámica de la generación de empleo por categoría ocupacional	54
Gráfico II.7	América Latina y el Caribe (21 países): gasto social como porcentaje del PIB en 1990-1991, 1996-1997 y 2002-2003.....	63
Gráfico II.8	Evolución del gasto social de América Latina y el Caribe por sectores como porcentaje del PIB en 1990-1991, 1996-1997 y 2002-2003	63
Gráfico II.9	América Latina (promedio simple de 9 países): efecto del gasto social en el incremento de los ingresos primarios por quintiles de ingreso primario per cápita de los hogares.....	64
Gráfico II.10	América Latina y el Caribe (20 países): evolución del PIB y del gasto social	65
Gráfico II.11	Comparaciones internacionales de la carga tributaria	69
Gráfico II.12	La carga fiscal en América Latina y el Caribe	70
Gráfico II.13	Ingresos tributarios y PIB por habitante, 2003.....	71
Gráfico II.14	Participación de la seguridad social en los ingresos tributarios, 1990 y 2004.....	72
Gráfico II.15	Composición de ingresos tributarios en América Latina, 2004.....	73
Gráfico III.1	Partos atendidos por personal especializado, alrededor de 2002.....	83
Gráfico III.2	Porcentajes de hogares que declaran estar afiliados al seguro social o a seguros privados de salud.....	84
Gráfico III.3	Gasto público y gasto de bolsillo en salud, 2002	86
Gráfico IV.1	América Latina y el Caribe: relación de dependencia demográfica.....	115
Gráfico IV.2	Clasificación de países de América Latina y el Caribe, según etapa del proceso de envejecimiento, 2000, 2025 y 2050	115
Gráfico IV.3	América Latina: recepción de ingresos por pensiones o jubilaciones	117
Gráfico IV.4	América Latina y el Caribe: evolución de las contribuciones a los sistemas de pensiones en seis países con reformas estructurales	130
Gráfico IV.5	Efecto del Bonosol en la cobertura previsional de Bolivia, 2002	133
Gráfico IV.6	Concentración de las administradoras de fondos de pensiones.....	138
Gráfico IV.7	Focalización gradual de las pensiones no contributivas.....	145



Presentación

Desde comienzos de los años noventa, la CEPAL viene proponiendo un nuevo marco paradigmático del desarrollo, adecuado a un mundo globalizado de economías abiertas. Dicho marco, al tiempo que mantiene la vocación secular de la institución, buscando generar sinergias positivas entre crecimiento económico y equidad social en el contexto de la modernización productiva, destaca la importancia de aumentar la competitividad, y velar por los equilibrios macroeconómicos y por el fortalecimiento de la democracia política participativa e inclusiva. La idea central es que el desarrollo de las economías latinoamericanas y caribeñas requiere de una transformación de las estructuras productivas, que vaya acompañada de un proceso intenso de formación de capital humano.

Desde la perspectiva social, se ha puesto especial énfasis en promover una mayor igualdad de oportunidades por la vía de la educación y sus beneficios para las familias pobres, en abordar y revertir las dinámicas excluyentes de mercados de trabajo caracterizados por la heterogeneidad estructural, en la redistribución de activos por la vía del gasto social y en la promoción del pleno ejercicio de la ciudadanía, fortaleciendo así la democracia pero también sentando las bases políticas para la consolidación de sociedades más incluyentes.

Con el presente documento la CEPAL se propone avanzar un paso más en esta línea, centrando la atención en la protección social. Hoy en día la protección social se encuentra en una inflexión histórica, que reclama un cambio de enfoque ante el nuevo orden global y sus repercusiones en las sociedades nacionales. El principal elemento que lleva a repensar los mecanismos instituidos de solidaridad con fines de protección social es el mercado del trabajo, que no ha demostrado una capacidad incluyente ni en términos de

generación de trabajo decente ni de niveles contributivos. A pesar de la importancia de promover políticas que generen más y mejores empleos, no cabe esperar que a corto o mediano plazo el empleo sea suficiente como mecanismo de protección de la mayoría de la población frente a riesgos relacionados con la falta de ingresos, la salud y el envejecimiento.

El cambio estructural que refleja la situación actual obliga a replantearse la protección social en el marco de una solidaridad integral, en que se combinen mecanismos contributivos y no contributivos. Esto hace necesaria la concertación de un nuevo pacto social que tenga a los derechos sociales como horizonte normativo, y a las desigualdades y restricciones presupuestarias como limitaciones que es necesario reconocer y enfrentar. En otras palabras, se requiere conciliar los imperativos éticos que sirven de marco a un contrato centrado en derechos sociales con las restricciones financieras. Asimismo, es importante realzar la eficiencia en el uso de los recursos, a efectos de ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios, en especial para los sectores de menores recursos.

A través de las propuestas presentadas en este documento se busca tender puentes entre los derechos sociales y los criterios de política destinados a reforzar su exigibilidad en términos de mayor acceso, mejor financiamiento y más solidaridad. Por ello, se presta especial atención a algunos de los principales temas relacionados con la protección social, como los procesos de reforma y diseño de los sistemas de salud y previsión social, tomando como base tanto la dinámica del mercado laboral como las posibilidades fiscales de los países. También se examinan los programas de apoyo a los grupos más pobres de la sociedad. Con estos análisis se procura precisar algunos de los temas que hoy en día debieran formar parte de un nuevo pacto social basado en el derecho a la protección social.

José Luis Machinea

Secretario Ejecutivo

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)



Capítulo I

El desarrollo centrado en derechos y el pacto para la protección social

Universalizar y mejorar la protección social es un desafío que hoy recorre el debate político y académico, ocupa titulares de prensa y ronda como urgencia en la conciencia de latinoamericanos y caribeños. Son muchos y muchas quienes en la región se sienten sacudidos por incertidumbres respecto del futuro laboral, la atención de la salud, la cobertura de la seguridad social y la disponibilidad de ingresos familiares.

Es, pues, indispensable que las sociedades nacionales de la región acuerden caminos para conjugar el desarrollo orientado a los derechos con el diseño de instituciones y políticas que permitan producir y asignar los recursos necesarios para darles un carácter efectivo. Esto implica la construcción de pactos sociales entre los diversos actores del Estado y de la sociedad civil, y una consecuente institucionalidad y autoridad sociales (Machinea, 2005a) que otorguen fuerza y viabilidad políticas para avanzar en esa dirección. En el marco de estos acuerdos, tendrán que establecerse también pactos fiscales para disponer de los recursos que se requieren para dar vida a los acuerdos del pacto social.¹ Todo esto permitirá ampliar progresivamente el acceso, el financiamiento y la solidaridad de los sistemas de protección social.

¹ El concepto de pacto, tanto fiscal como social, no es nuevo en el pensamiento de la CEPAL. Véanse al respecto la propuesta de un pacto fiscal planteado por la CEPAL (CEPAL, 1998 y 2000a) y, más específicamente, la propuesta de un pacto de cohesión social que la CEPAL planteara en el documento del anterior período de sesiones (CEPAL, 2004b).

En el presente documento se parte de este principio, es decir de que la titularidad de los derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, plasmado en acuerdos vinculantes, tanto nacionales como internacionales. Esto exige a su vez un contrato o pacto social que debe materializarse políticamente tanto en la legislación como en políticas públicas. En este sentido, solo la plena institucionalidad democrática asegura el proceso por el cual se construye un pacto y se consagra normativamente en la ley y en su aplicación. Los acuerdos políticos son la forma en que se manifiesta la democracia, y la afirmación de los valores de la democracia y la adhesión a acuerdos y principios éticos globales por parte de los Estados de la región llevan hoy a plantear la protección social en el cruce entre la efectividad de las políticas y la fuerza normativa de los derechos sociales. Vivir protegido o protegida no es solo una conquista social o un logro de gobiernos: es exigible como imperativo de la ciudadanía.

En este marco, conjugar el horizonte ético de los derechos sociales con las opciones viables para avanzar en la consolidación de su titularidad en sociedades caracterizadas por una alta inequidad y escasez relativa de recursos es la motivación que inspira las páginas de esta publicación. En ella se examinan exhaustivamente algunos de los componentes de los sistemas de protección social (salud, previsión y lucha contra la pobreza), y se evalúa su potencial para garantizar derechos sociales en sociedades estructuralmente heterogéneas, entendiendo que se requieren consensos sociales en torno a estos derechos y una institucionalidad que responda a esos consensos.

Es fundamental contar con organismos del Estado competentes, tanto en términos técnicos como en lo político, a fin de que los derechos sean más exigibles, es decir que se garantice la existencia de mecanismos jurídicos y de política pública para que las personas puedan exigir la titularidad de sus derechos. Y también es importante que la universalidad de los derechos sociales sea interiorizada por los distintos actores que participan del mundo del trabajo, de la educación, de la salud, de los poderes centrales y descentralizados del Estado, a fin de que tanto las prácticas cotidianas como las decisiones de política se proyecten en el horizonte de una sociedad centrada en los derechos. Al respecto, los países latinoamericanos han vivido largos episodios autoritarios, caracterizados por restricciones fuertes de derechos políticos y civiles, que se han prolongado hasta hace poco tiempo; también tienen una historia reciente en que, como se verá más adelante, no ha habido una plena aplicación e institucionalización de los derechos sociales. Además, el contexto institucional en que la política pública ha perseguido la titularidad de los derechos en los países de la región no se ajusta a la diversidad de situaciones de empleo, de condiciones de vida y de estructuras familiares que influyen en los perfiles de riesgo social de las sociedades latinoamericanas y caribeñas.

Al mismo tiempo, es indispensable conjugar la voluntad de concertar un pacto social con la evaluación de las restricciones financieras y las formas de superarlas mediante distintos mecanismos de política. En este último sentido, no es solo cuestión de orientaciones técnicas adecuadas que permitan optimizar la producción y el uso de recursos con estos fines. También, y en última instancia, se trata de un desafío de carácter político, un componente decisivo y problemático del cual es la distribución de tales recursos. Las sociedades más igualitarias, y con recursos políticos y técnicos apropiados ostentan mejores logros en protección social. Por lo mismo, pueden hacer más efectiva la ciudadanía social (titularidad efectiva y universal de los derechos sociales) que sociedades con un nivel similar de desarrollo, pero con mayor concentración de los ingresos y los beneficios. Mas aún, una mejor estructura distributiva no solo facilita el financiamiento de una protección social más inclusiva, sino que también acompaña positivamente el diseño de instituciones y políticas apropiadas para ello, en la medida que dispone a los actores participantes a la búsqueda de orientaciones y acuerdos compartidos. Algunos de los aspectos decisivos, pero polémicos, para avanzar en materia de protección social mediante una mejor redistribución de

costos y beneficios son la estructura y la carga tributarias, la expansión y selectividad del gasto social, y en cierta medida la regulación laboral.

Pero el acceso y el financiamiento de la protección social también exigen altos niveles de crecimiento y dinamismo económicos. Los países con distinto nivel de desarrollo ofrecen distintas posibilidades. Es importante, por lo tanto, que el desarrollo centrado en derechos movilice a la sociedad y al Estado tras la generación de mayores recursos financieros, y que el uso de los recursos adicionales que permite el crecimiento económico se vincule a esta perspectiva de desarrollo. Esto no significa, sin embargo, que la ampliación de los derechos sociales deba esperar a que el PIB de los países de la región sea similar al de los países industrializados, pero sí es importante contar con recursos progresivos para garantizar un mayor y mejor acceso a prestaciones, activos y servicios que permitan a los ciudadanos un ejercicio más cabal de sus derechos sociales.

El presente documento se basa en la premisa de que para lograr saltos cualitativos en la cobertura y calidad de los sistemas de protección social se requiere un pacto o acuerdo político respecto de la sociedad que queremos. Este pacto tiene tres dimensiones. En primer lugar, una dimensión ética, pues se rige por principios plasmados en los derechos humanos universales que deben ostentar un carácter vinculante, y según los cuales toda persona debe tener acceso a los recursos necesarios para llevar una vida digna. En segundo lugar, una dimensión procesal, vale decir, mecanismos instituidos que faciliten el diálogo entre actores sociales y políticos, y que permitan traducir los acuerdos logrados en instrumentos normativos y dichos instrumentos en políticas. Y en tercer lugar, una dimensión de contenidos relativos a la protección social, que oriente acciones concretas en los campos donde la población se siente más desprotegida, como la salud, la seguridad social y la fuente de ingresos para cubrir necesidades básicas. En síntesis, el pacto propuesto debe incluir un desglose del derecho en políticas, mecanismos y prestaciones, que a la vez establezca niveles aceptables, ritmos de progresión y ampliación, y acuerdos sobre cómo plasmar la solidaridad en múltiples mecanismos con implicancias redistributivas. El documento que aquí se presenta tiene por objeto aportar, precisamente, al contenido de estos acuerdos, entendiendo que los acuerdos políticos, en el marco procesal de la democracia, permiten reorientar el desarrollo en función de la universalidad de los derechos.

Además, un pacto de protección social centrado en la promoción de los derechos económicos, sociales y culturales debe incluir los tres componentes claves que hacen de la política social un instrumento de fomento de la equidad, a saber universalidad, solidaridad y eficiencia. Tal como lo ha planteado la CEPAL, “la universalidad no exime de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad, y no puede extenderse hasta niveles de protección que no sean financiables; los grados de solidaridad deben ser acordes con las exigencias de integración social y con la estructura de la distribución del ingreso; y la eficiencia no puede leerse solo en los términos del ámbito macroeconómico sino, finalmente, debe entenderse como la capacidad para maximizar los objetivos sociales con recursos escasos” (CEPAL, 2000a, p. 16).

En los capítulos de este documento se examina la forma de hacer extensibles los derechos sociales a toda la sociedad, en una situación estructural como la que vive la mayor parte de los países de la región, con grandes desigualdades, altos niveles de pobreza, y moderado y volátil crecimiento económico. Para responder a esta interrogante es preciso tener en consideración cuánta desigualdad es éticamente tolerable y analizar si a partir de cierto punto es esta desigualdad, y no los bajos ingresos medios de la sociedad, lo que impide avanzar en la profundización de la universalidad y exigibilidad de los derechos, que incluyen la protección social. Esta consideración se aborda en los ámbitos de la salud (capítulo III), la previsión social (capítulo IV), y los programas de alivio de la pobreza (capítulo V). En el capítulo II se examinan las dificultades y los desafíos relativos a la expansión de la cobertura contributiva y no contributiva, desde la óptica de la dinámica del mercado laboral y las finanzas públicas. Los elementos claves que se destacan en el análisis y las propuestas son el umbral de

ingresos y de equidad, la eficiencia y eficacia de las políticas, y el diseño institucional necesarios para aplicarlas con respaldo político y capacidad ejecutiva.

En este primer capítulo se propone el marco general para avanzar en la formulación de las propuestas específicas y sectoriales, que son la sustancia de los capítulos siguientes. Para ello el capítulo se ha dividido en tres partes. En la primera se resume el sentido y algunos antecedentes del desarrollo centrado en derechos, considerando que estos constituyen un cuerpo indivisible de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, pero otorgando particular importancia a los derechos sociales, que son los más relevantes en relación con los sistemas de protección social. En la segunda parte se examinan las restricciones a la plena realización de los derechos sociales, a la luz de indicadores socioeconómicos y de desarrollo humano en la región, y se esbozan los dilemas que se plantean cuando se procura conciliar la ampliación de los derechos sociales con las restricciones distributivas y de recursos. La tercera parte está dedicada a replantear este debate en el contexto histórico e institucional, es decir en el contexto de los modelos del estado de bienestar y sus consecuencias en términos de protección social. En este marco se plantea la necesidad de un pacto social que tenga tanto una dimensión procesal como contenido sustantivo. Como se ha indicado, este resulta indispensable para darle respaldo y viabilidad a las reorientaciones de política requeridas en el marco de un desarrollo con plenos derechos sociales y con sistemas de protección social más universales y solidarios.

Recuadro I.1

LA EXIGIBILIDAD DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Si bien el punto de partida para la titularidad ha sido el referente normativo de los acuerdos y normas internacionales en torno al cuerpo integral de derechos, esta ha estado condicionada por la forma en que esos estándares han sido traducidos en constituciones o leyes, y plasmados luego en políticas y prácticas que democratizan la relación entre el Estado y la sociedad civil, para finalmente pasar del orden de jure al orden de facto en la titularidad de derechos.

Al respecto, Robert Alexy (1993) propone cuatro consideraciones para construir esquemas de modalidades de justiciabilidad. En primer lugar, hay que considerar si los derechos están sometidos o no a control constitucional. En segundo lugar, si las normas consagran deberes objetivos (la obligación general del Estado de proveer programas adecuados) o derechos subjetivos (el derecho personal a reclamar individualmente el acceso a un programa o una prestación). En tercer lugar, si los derechos se formulan como reglas absolutas (que permiten a cada individuo reclamar al Estado lo que la norma establece) o solo como principios (que solo deben aplicarse hasta donde sea jurídica y fácticamente posible), y si la noción de derechos sociales apunta a un máximo o a un mínimo de bienestar.

Combinadas estas variables, se dan distintas formas de protección judicial, en que “el extremo máximo estaría dado por una situación en que los derechos sociales tienen protección constitucional, presentan la forma de derechos subjetivos, tienen una estructura de reglas y son derechos plenos, o mejor, derechos a una cobertura plena”, mientras “en el extremo mínimo de justiciabilidad se ubicarían los derechos sociales carentes de protección constitucional, que no son derechos subjetivos, que expresan deberes objetivos del Estado, estructurados bajo la forma de principios, y que apuntan a establecer mínimos (no máximos) niveles de bienestar” (Vicente de Roux y Ramírez, 2004, p. 20).

Desde el punto de vista de la “justicia global”, los Estados que han ratificado el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales están obligados a proteger, respetar y promover esos derechos. Pero, por otra parte, dadas las implicancias financieras que puede tener la realización plena de los derechos contenidos en el Pacto, se introduce el concepto de progresividad, es decir, se reconoce que se trata de un proceso gradual y se obliga a los Estados a garantizar esos derechos “hasta el máximo de los recursos de que se disponga”, librando entonces a la voluntad política y al juego democrático la decisión sobre las prioridades y los montos.

El concepto de obligación progresiva compromete a todos los Estados partes, independientemente de los recursos del país, a tomar medidas desde un comienzo y de la manera más expedita posible para hacer efectivos esos derechos. En muchos casos tendrán que adoptar, en consecuencia, medidas legislativas para hacer tangibles dichos derechos, por más que la legislación luego tenga que complementarse con medidas reglamentarias, administrativas y judiciales, y decisiones políticas, económicas y sociales que aseguren el goce efectivo de los derechos. Desde el punto de vista del ordenamiento normativo internacional, no puede aceptarse ninguna interpretación que admita que el Estado prolongue indefinidamente la puesta en práctica de la obligación (CEPAL, 2000a y CEPAL/IIDH, 1997).

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

Desarrollo con derechos, derecho al desarrollo

Un enfoque de desarrollo centrado en los derechos humanos²

El enfoque de derechos ha adquirido una importancia creciente, no solo como fundamento ético de las democracias políticas en América Latina y el Caribe, sino también como horizonte normativo y programático del desarrollo social. En la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948 se establecen tres tipos de derechos en un marco doctrinario de indivisibilidad: los derechos civiles, que consagran las libertades de los individuos respecto a la coacción del Estado e incluyen, entre otros, la libertad de expresión y pensamiento, de asociación y reunión, de culto y religión, de propiedad, y el derecho a la justicia; los derechos políticos, a saber, el derecho a participar en el ejercicio del poder político, a elegir a representantes y gobernantes y a ser elegido; y los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), que incluyen derechos al trabajo, la seguridad social, ingresos dignos, descanso y tiempo libre, salud, abrigo y vivienda, y cultura, entre otros.

Cada vez más, los derechos sociales son invocados como criterio fundamental orientador de la política social, “tanto entre los diversos actores políticos como en los organismos internacionales porque, entre otras razones, permiten usar el criterio de universalidad para prestar servicios de asistencia social y bienestar” (Gordon, 2003). A diferencia de los derechos civiles y políticos, el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales demanda mayor progreso e igualdad sociales.³ Reconocido el carácter imperativo de estos derechos, se otorga mayor urgencia y fuerza a los mecanismos de distribución de activos que permiten avanzar hacia formas menos excluyentes de sociedad. Esto no supone una dicotomía entre el desarrollo centrado en derechos y las opciones en las que se otorga prioridad al crecimiento económico; por el contrario, implica la búsqueda de alternativas óptimas que permitan enmarcar el crecimiento económico en políticas que, junto con promover la ciudadanía social, contribuyan a la estabilidad política por el hecho de mitigar los contrastes sociales, a la legitimación de la democracia vinculándola a un aumento general del bienestar y a la mayor formación de capital humano por mejorar el acceso a educación y salud.

Una vez que los derechos económicos, sociales y culturales son consagrados como derechos inalienables y ratificados por los gobiernos, la ciudadanía social ya no puede plantearse ni como posterior ni como secundaria respecto de la ciudadanía civil o política. En este sentido, el sistema de derechos rompe la perspectiva lineal, vale decir, impugna el supuesto de que en primer lugar hay que garantizar los derechos civiles y políticos, y solo una vez que estos se instituyen plenamente correspondería comenzar a prestar atención a los derechos sociales.⁴ Por el contrario, existe un consenso amplio sobre la interdependencia entre el respeto de las libertades civiles, el ejercicio de derechos políticos y el acceso de las personas a bienes, servicios y prestaciones que garanticen o promueven el bienestar.

En la medida que los derechos económicos, sociales y culturales prescriben que es deber de los Estados fomentar una mayor integración al trabajo, a la educación, a la información y al conocimiento, así como a las redes de protección e interacción sociales, permiten mejorar la capacidad de los ciudadanos para participar en instituciones políticas, en el diálogo público, en asociaciones civiles y en el intercambio cultural. Por el contrario, a mayor igualdad en el ejercicio de los derechos políticos y de ciudadanía en el sentido republicano (como participación de los ciudadanos en los asuntos públicos), mayor es la participación de los grupos excluidos en la toma

² En documentos anteriores de la CEPAL se ha procurado establecer una relación entre el desarrollo económico y social de la región y el marco orientador de los derechos, sobre todo los económicos, sociales y culturales. Véanse CEPAL/IIDH (1997) y CEPAL (2000a).

³ Para efectos de este documento se usará indistintamente DESC y derechos sociales, no porque sean sinónimos sino porque la protección social es parte del contenido de los derechos económicos, sociales y culturales como un todo y específicamente de los derechos sociales.

⁴ La concreción de los derechos sociales solo puede ser progresiva y diferenciada según la situación de los países.

de decisiones que influyen en las políticas distributivas y, por tanto, mayores son las posibilidades de traducir la ciudadanía política en ciudadanía social. Se trata entonces de fomentar la dialéctica que vincula la voz pública, el empoderamiento social, el acceso a prestaciones y beneficios de protección social y el desarrollo del capital humano como vehículo que conduce a la igualdad de oportunidades. En este sentido, es necesario revertir la asimetría existente entre quienes consiguen hacer oír su voz porque tienen una posición de mayor poder político y de negociación colectiva y que, por lo tanto, consiguen la tutela y protección de sus derechos, y quienes, por tener menos poder e influencia, no logran hacer efectivos esos mismos derechos. Por lo mismo, un orden basado en derechos sociales tiene que ocuparse de contrapesar la relación de poderes e influencias, a fin de evitar el círculo vicioso en que los más excluidos socialmente sean los más débiles desde el punto de vista político.

Puede entenderse que un desarrollo orientado por el marco normativo de los derechos humanos se oriente a los siguientes componentes de la vida colectiva: el desarrollo productivo con el pleno ejercicio de las libertades individuales; un orden democrático que permita formas auténticamente representativas de arbitrar conflictos, aplicar políticas y distribuir poderes, y que promueva la participación de todos los actores; una estructura distributiva y de provisión de servicios que optimice, conforme al volumen de recursos producidos, la satisfacción de necesidades básicas y la protección de toda la población ante los riesgos que enfrenta; el fomento de un mundo laboral en el que se respete el derecho a un ingreso digno y que opere como mecanismo real de inclusión social, si bien esta debe contar con mecanismos en otras esferas de la vida social; y el pleno respeto de la diversidad cultural, plasmado en instituciones idóneas, que asegure el derecho de todos los individuos y grupos a no ser discriminados por factores culturales o de adscripción, y a gozar de libertad para estructurar la propia vida de acuerdo a sus valores en un marco de pleno respeto de los derechos de los demás.

La aplicación de un enfoque de derechos humanos a dimensiones especiales de la protección social las ubica en el marco de derechos exigibles, cuyos beneficiarios deben ser vistos como ciudadanos que exigen sus legítimos derechos al reclamar la asignación de recursos y la disponibilidad de servicios. Además, en este enfoque se identifica un conjunto de obligaciones estatales que debe considerarse desde una perspectiva dinámica y progresiva y que se relacionan con los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a un nivel de vida adecuado, que supone la provisión de servicios sociales universales e igual acceso a los bienes y servicios pertinentes.

Derechos sociales y ciudadanía: conceptos y dilemas

Un desarrollo basado en la ciudadanía social conlleva, como acuerdo fundamental, la decisión de una sociedad de vivir entre iguales, lo que no implica homogeneidad en las formas de vivir y pensar, sino una institucionalidad incluyente que garantiza a todos las mismas oportunidades de participar en los beneficios de la vida colectiva y en las decisiones que se toman respecto de cómo orientarla. En este sentido, la pobreza no es solo una condición socioeconómica caracterizada por la falta de acceso a los mínimos considerados en una escala de necesidades básicas o la falta de participación en el progreso colectivo debido a la brecha entre el ingreso de los pobres y el ingreso medio de la sociedad; ser pobre o excluido es sobre todo carencia de ciudadanía o condición “preciudadana”, en la medida en que se niega la titularidad de derechos sociales y de participación.

En este marco, estar socialmente protegido es consecuencia de un derecho básico de pertenencia a la sociedad, es decir, de participación e inclusión. Desde esta noción fundamental de pertenencia, se entiende como derecho ciudadano poder disfrutar de condiciones de vida acordes con los niveles de progreso y bienestar medios de una sociedad. La ciudadanía social, entendida como pertenencia a una comunidad, implica por lo tanto un freno a las desigualdades económicas

mediante la acción deliberada del Estado, pues tales desigualdades, más allá de cierto punto, impiden la real pertenencia a esta a muchos miembros de la sociedad.

Dado que los derechos económicos, sociales y culturales requieren de recursos, instituciones y capacidades públicas, su exigibilidad solo puede irse incrementando a lo largo del tiempo y variar de una sociedad a otra; asimismo, requiere de la existencia de un sistema que vaya perfeccionando instituciones, ampliando la provisión de recursos y activos, y avanzando en el procesamiento de las demandas sociales. En este sentido, un pacto social constituido en torno a los derechos económicos, sociales y culturales permite a la sociedad darse un horizonte de sentido y de orientación. Un pacto social de esa índole debe ayudar también a definir con mayor precisión en qué se traducen los derechos sociales, es decir, cuál es el abanico de acceso a prestaciones, activos y beneficios al que todo ciudadano puede aspirar por su condición de tal, y cuáles son los plazos que la sociedad fija para el logro de la plena titularidad.

Pero la gradualidad no dispensa de la obligación, por lo que existen formas institucionales que sirven de base a la acción política y de políticas, y apuntan a darle un carácter universal a los derechos sociales. Dentro de este margen se plantean grandes dilemas éticos y políticos. ¿Quién decide, y cómo se decide, qué prestaciones satisfacen plenamente el derecho social a la salud y la educación, en circunstancias en que las sociedades son dinámicas y la salud cambia de acuerdo con los perfiles demográficos y epidemiológicos, mientras la educación impulsa hacia arriba el umbral mínimo requerido para participar con mayores posibilidades en el mundo productivo? ¿Y cómo garantizar el derecho al trabajo en una economía de la información, que reduce el número de empleados de planta; en una economía volátil que se contrae y expande aceleradamente, o en una inflexión histórica en que no es clara la relación entre el aumento de la productividad y la expansión del empleo?

Por otra parte, la cantidad y calidad de las prestaciones sociales que dan sustancia efectiva a estos derechos dependen de la disponibilidad de recursos financieros y económicos generados por el propio mercado y de la idoneidad de instituciones públicas con la “eficacia fiscalizadora” necesaria para captar parte de esos recursos, darle un uso óptimo para la concreción de los derechos sociales en los ámbitos donde se encuentran más postergados, y facilitar acuerdos que permitan redistribuirlos entre miembros activos y pasivos de la sociedad o entre ricos y pobres. Más aún, las transferencias no solo plantean una disyuntiva entre ricos y pobres, sino también disyuntivas entre pobres e integrantes de las capas medias, o entre un grupo de pobres y otro. Cuando se dispone de recursos limitados que en un momento dado solo permiten hacer transferencias a un grupo (por ejemplo, a los niños en situación de pobreza), implícitamente se excluye de un beneficio posible a otro grupo vulnerable, como puede ocurrir con los adultos mayores o las minorías étnicas.

Además, la exigibilidad en términos de estándares de calidad y logros no es clara, sobre todo cuando se trata de programas sociales cuyos resultados pueden observarse a largo plazo y cuando los umbrales considerados apropiados para la satisfacción de cada necesidad varían históricamente. Tal como hace un siglo una tasa de analfabetismo no superior al 30% o hace medio siglo una cobertura del 80% de educación básica podían considerarse un éxito, hoy se tiende a considerar que el derecho a la educación debe medirse con la vara de la cobertura total preescolar y primaria, al menos un 75% de egreso de la enseñanza secundaria y la erradicación del analfabetismo.⁵ Una esperanza de vida de 65 años podía considerarse como expresión óptima del derecho a la vida en 1960, pero no hoy día.

⁵ En la segunda Cumbre de las Américas (Santiago de Chile, abril de 1998) los Jefes de Estado y Gobierno participantes adoptaron un Plan de Acción en el que en materia de educación se contempla el logro de estos objetivos generales para el año 2010. A esto cabría agregar, como indicadores, las tasas de repitencia y deserción (o a la inversa, el ritmo promedio de progresión), como también los umbrales alcanzados en términos de aprendizaje efectivo, que están más relacionados con la calidad de la educación que con su cobertura.

Desde el punto de vista formal, y tal como lo plantea Gordon (2003), cuando se habla de derecho social hay que distinguir entre la demanda de atención pública, que está garantizada porque se puede recurrir a juicio para exigir su prestación, y la noción de servicio social, “entendida como provisión de asistencia ofrecida por el sistema político en virtud de una exigencia sistémica de integración social, de legitimación política y de orden público” (Gordon, 2003, p. 11). Esta segunda noción define el espacio de las políticas sociales y es objeto de primordial atención en el presente documento, mientras la primera se restringe al ámbito más jurídico de los derechos.

En un sentido similar, debe distinguirse entre demandas individuales de sujetos de derechos que actúan como tales y mínimos colectivos fijados de acuerdo a un criterio de progresividad concordante con la capacidad del Estado para ofrecer las prestaciones correspondientes, aspectos que no solo son de distinta naturaleza, sino que también pueden entrar en conflicto. También pueden plantearse conflictos entre la atención individual y los derechos sociales y la ampliación de su cobertura. Expresado dicotómicamente, “mientras más intensa sea la atención individual, más habrá que sacrificar la universalidad efectiva del respectivo derecho” (Vicente de Roux y Ramírez, 2004, p. 40), sobre todo ante una situación de escasez de recursos, pero también cuando se rediseña la combinación público-privada de la provisión y se redeterminan los beneficios de los servicios de protección social, lo que obliga a replantearse el equilibrio entre atención individual y la universalidad de la atención.

Sobre este último punto se presenta un análisis más extenso en capítulos posteriores de este documento. Cabe mencionar al respecto la necesidad de aplicar criterios de selectividad con respecto a los grupos de menores recursos, con el objeto de ampliar la titularidad efectiva de derechos a quienes se encuentran más privados de ella. Frente a necesidades y derechos considerados universales, el Estado puede apoyar especialmente a quienes no están en condiciones de autofinanciarse y cuya voz es más débil en la deliberación pública. Por consiguiente, la selectividad o la focalización bien entendidas no contradicen el carácter universal de los derechos sociales, sino todo lo contrario: son un instrumento redistributivo que, considerando los recursos disponibles, apunta a la titularidad de un derecho social por parte de quienes se ven más privados de su ejercicio. Pero esto no puede justificar una política según la cual el Estado solo provee servicios o prestaciones a los pobres, dado que este corolario contradice abiertamente el carácter universal de los derechos sociales y deja a una amplia franja de las capas medias de la sociedad en una situación de desprotección o falta de financiamiento de prestaciones, entre otros de servicios de educación y salud.

Finalmente, la lucha contra las desigualdades basadas en las categorías adscriptivas exige el recurso institucional de las discriminaciones positivas en favor de las categorías desfavorecidas. En términos extremos, esto implica subordinar los derechos individuales universales y el principio de igualdad ante la ley al reconocimiento de grupos con derechos o beneficios específicos. En este caso puede esgrimirse el mismo argumento que en el caso de la selectividad, a saber, que al destinar recursos a grupos específicos en condiciones de mayor vulnerabilidad, o que están más privados de la ciudadanía social se amplía la población con titularidad de derechos sociales. Y, dado que las desigualdades en materia de consecución de derechos sociales no solo se corrigen con medidas que fomentan la igualdad de oportunidades, sino también de trayectorias, la selectividad y la discriminación positiva pueden intervenir tanto para que las “oportunidades al inicio” sean más equitativas como para hacer menos desiguales los resultados. Si bien la igualdad de oportunidades constituye el principio que define la equidad, las personas de distintos orígenes y entornos de socialización, o determinados geográfica o adscriptivamente, encuentran mayores obstáculos para aprovechar las oportunidades existentes. Las asimetrías de información, de calidad de la oferta de servicios, de acceso a redes de relaciones, de reconocimiento y de costos de oportunidad marcan diferencias de trayectorias, incluso cuando se fortalece la igualdad de oportunidades en el origen, como podría ocurrir con el acceso universal a la educación básica. Por lo mismo, la selectividad y discriminación positiva son instrumentos útiles para compensar, al menos parcialmente, estas asimetrías.

El ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales exige avanzar en el ámbito de la política, y esto en distintos campos de intervención: la política social, las estructuras impositivas, la orientación y magnitud del gasto público social, y la regulación capital-trabajo; los efectos redistributivos y de expansión de oportunidades de las políticas de formación y preservación del capital humano; la mitigación de los costos sociales con políticas contracíclicas ante la volatilidad económica; la eficiencia en la gestión para optimizar los efectos que tienen los programas y las políticas en los grupos rezagados; las políticas orientadas a la protección de la familia, lo que incluye el cuidado de niños y ancianos, que ofrezcan además mayores posibilidades a las mujeres de incorporarse al mercado laboral; los límites a la especulación y “depredación” financieras, y políticas marcadamente antidiscriminatorias para revertir las desigualdades por adscripción.

América Latina y los derechos económicos, sociales y culturales: grandes rezagos, grandes desafíos

Conforme al horizonte normativo de los derechos humanos, durante las últimas dos décadas la región se destaca por la asincronía en la evolución de los derechos civiles y políticos, por una parte, y los derechos económicos, sociales y culturales, por otra. En el caso de los primeros, los procesos de institucionalización democrática y de recuperación del estado de derecho en muchos países marcan una inflexión positiva. Prácticamente todos los países de la región tienen hoy gobernantes elegidos por votación popular, incluidos presidente, parlamentarios y alcaldes o gobernadores. La libertad de pensamiento, de expresión, de culto y de asociación es casi universal, aunque hay problemas en relación con el funcionamiento idóneo de la justicia, con la corrupción pública, con la falta de participación efectiva en espacios de deliberación y representación políticas, y todavía subsisten situaciones de discriminación por razones de raza, género y lugar de origen. Pero, por sobre todo, destaca el caso de la protección social, ámbito en el que existen verdaderos *lobbies* corporativos, es decir, grupos de interés que ejercen presión para obtener prebendas o mayores prestaciones, y que consiguen ventajas en relación con otros grupos porque tienen mayor poder fáctico, mayor vinculación partidaria con el gobierno o mejores redes de contactos. En general, se observa que los gobiernos, a ritmos e intensidades distintas, toman medidas para mejorar estas situaciones.

Los derechos económicos, sociales y culturales no evolucionan en forma homogénea, al menos en lo que respecta a la pobreza y la distribución del ingreso. En nuestras sociedades y economías persisten factores estructurales de exclusión, como la segmentación en función de la inserción productiva o factores adscriptivos y territoriales, y una acentuada inequidad en términos de acceso a activos y patrimonios. Todo esto perpetúa y refuerza las desigualdades e impide que el progreso tenga un efecto distributivo acorde a lo prescrito por los derechos económicos, sociales y culturales.

Además, sus avances se ven limitados por nuevos riesgos y restricciones relacionados con la volatilidad económica, la vulnerabilidad externa, los cambios en el paradigma laboral y el papel creciente de los poderes fácticos. Junto con dar origen a nuevas demandas de protección asociadas a la vulnerabilidad económica, erosionan también la capacidad de los Estados para responder a las demandas ciudadanas y dificultan aún más la inclusión y protección sociales. La rigidez en la distribución del ingreso, los problemas para reducir el contingente de pobres, la creciente constricción y precarización del empleo, y el carácter procíclico de las finanzas públicas ilustran esta situación.

Destaca en este sentido el efecto social negativo de la volatilidad económica, que dificulta los esfuerzos de los gobiernos por expandir la inversión social en los grupos más pobres, reflejada en el aumento del gasto social durante la última década en casi todos los países de la región y, en gran parte de ellos, en el reordenamiento de dicho gasto para realzar los efectos en los grupos más

pobres. Pero estos esfuerzos se estrellan contra el relativo estancamiento del PIB per cápita entre 1980 y 2003, tendencia caracterizada por una serie de matices, el bajo nivel de inversión, índices de pobreza que no retroceden y un mercado laboral en que la informalidad ha tendido a aumentar.

Lo anterior demuestra una vez más que la materialización de los derechos sociales es compleja y difícil, y que está mediatizada por el crecimiento y las políticas económicas cuyas reformas determinan grandes diferencias en el acceso a los beneficios del desarrollo entre ganadores y perdedores, y tienen consecuencias impredecibles y con distintos efectos a corto y largo plazo. Por ejemplo, una transferencia de ingresos en un programa asistencial tiene efectos a corto plazo, mientras una reforma educacional es de largo aliento. Como se señala en el capítulo V, lo óptimo es conciliar las políticas asistenciales de corto plazo con la formación de capital humano, de efecto a largo plazo.

Siguiendo la tradición de la propuesta de transformación productiva con equidad que ha orientado el trabajo de la CEPAL, en este documento se postula que avanzar en el fortalecimiento de los derechos sociales no implica necesariamente sacrificar crecimiento económico (CEPAL, 1990 y CEPAL/UNESCO, 1992). Aun desde perspectivas que difieren de la tradición de la CEPAL, hoy en día se reconoce cada vez más que una mayor igualdad de oportunidades puede ser complementaria y funcional al crecimiento a largo plazo, dado que el crecimiento sostenido tiende a ser mucho más problemático en sociedades con una acentuada desigualdad. Tal como lo plantean Bourguignon, Ferreira y Walton (2005), si parte importante de la población tiene limitadas oportunidades de inversión e innovación, mientras los que se encuentran en la cúspide social tienen amplias posibilidades de materializar sus intereses privados, esto redundará, debido a efectos dinámicos adversos, en pérdidas importantes en términos de eficiencia. Ha quedado demostrado que hay una relación negativa entre falta de equidad y los procesos económicos, relación que afecta la eficiencia y el crecimiento en dos áreas: “en los resultados ineficientes de la interacción entre imperfecciones de mercado y desigualdad en materia de activos, condición o influencia; y en los efectos de las desigualdades políticas extremas en el diseño de instituciones económicas, que se traducen en la tendencia a crear instituciones que fomentan conductas predatorias, la búsqueda de lucro y la protección de privilegios, sean económicos u otros, en lugar de incentivos de base amplia a la inversión y la innovación” (Bourguignon, Ferreira y Walton, 2005).

Pero también ocurre que las sociedades más influyentes en términos de ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales producen sinergias en la dinámica del desarrollo y en la legitimación de la democracia. En el primer caso, el ejercicio más difundido de estos derechos permite un mayor desarrollo del capital humano gracias al acceso universal a servicios de educación y salud de buena calidad. Esto redundará en una mayor capacidad de la estructura productiva para dar saltos en materia de incorporación de progreso técnico, y con ello impulsa a las economías nacionales a niveles crecientes de competitividad interna y externa. Hace 15 años, ya la CEPAL planteaba que la competitividad auténtica se basaba en recursos humanos más capacitados y una mayor incorporación de progreso técnico, lo que permitía a largo plazo un desarrollo más sustentable y capaz de armonizar crecimiento con equidad (CEPAL, 1990 y CEPAL/UNESCO, 1992). En el caso de la democracia, de acuerdo a diagnósticos basados en encuestas de opinión realizadas en la mayoría de los países de América Latina, la ampliación de los derechos sociales constituye hoy en día el mecanismo más valorado por la ciudadanía como fuente de legitimación de la democracia política,⁶ lo que se traduciría en una mayor gobernabilidad y estabilidad política, un menor nivel de conflicto social y, con ello, una mejor base institucional para la inversión y el desarrollo.

⁶ Véase al respecto PNUD, 2004. En dicho informe, la conclusión es inequívoca: la pérdida de legitimidad de la democracia obedece principalmente a la falta de difusión de los derechos sociales, vale decir, a la percepción que tiene la gente de que la democracia no garantiza el acceso al empleo, ingresos suficientes, mayor igualdad social y menor pobreza.

Derechos sociales y desigualdades

Distribución del ingreso

La profunda desigualdad en la distribución del ingreso que predomina en los países latinoamericanos constituye un problema y un obstáculo en este ámbito, que no se limita a una brecha de ingresos, ya que remite, como causa y como consecuencia, a brechas en materia de bienestar social, capital humano, activos productivos y pleno ejercicio de los derechos ciudadanos. En particular, la desigualdad y la pobreza atentan contra el derecho a un nivel de vida adecuado, ya sea medido en términos absolutos (línea de pobreza) o relativos (comparaciones entre estratos de ingresos).

Aunque muchos países de la región tienen un nivel de desarrollo que podría permitir a una proporción significativa de pobres dejar de serlo, actualmente un 40,6% de los hogares de América Latina se encuentran bajo la línea de pobreza y sin protección social básica, lo que afecta a 213 millones de personas, 88 millones de los cuales viven en condiciones de extrema pobreza (CEPAL, 2005a, cifras proyectadas al 2005). Por tratarse de sociedades muy poco equitativas, aun cuando los indicadores de ingreso per cápita sugieran niveles medios de desarrollo, la incidencia de la pobreza sigue siendo muy alta. El hecho de que un amplio contingente de individuos no logre acceder a un conjunto básico de satisfactores interpela a la sociedad en su conjunto y revela dramáticamente las consecuencias negativas de la desigual distribución del ingreso sobre la titularidad de los derechos sociales.

La falta de equidad es un rasgo que acompaña desde hace mucho tiempo a las sociedades de la región y sintetiza estructuras económicas, sociales, de género y étnicas muy segmentadas, que se potencian entre sí (Machinea y Hopenhayn, 2005). Su manifestación más elocuente es la distribución del ingreso, que es, a la vez, causa y efecto de otras desigualdades, como las que se producen en los ámbitos de la educación y el empleo. De hecho, la distribución del ingreso per cápita de los hogares refleja fielmente la desigual distribución de la educación, del conocimiento, del patrimonio y del acceso al empleo y al financiamiento entre la población. El acceso a estos activos está condicionado por la capacidad de pago para acceder a servicios de educación y salud de buena calidad, así como a fuentes de financiamiento y mercados de trabajo segmentados. Se configura, pues, un círculo vicioso de reproducción de la pobreza, ya que son los jóvenes nacidos en hogares pobres quienes tienen menos acceso a mercados y a activos que les permitirían superar la pobreza.

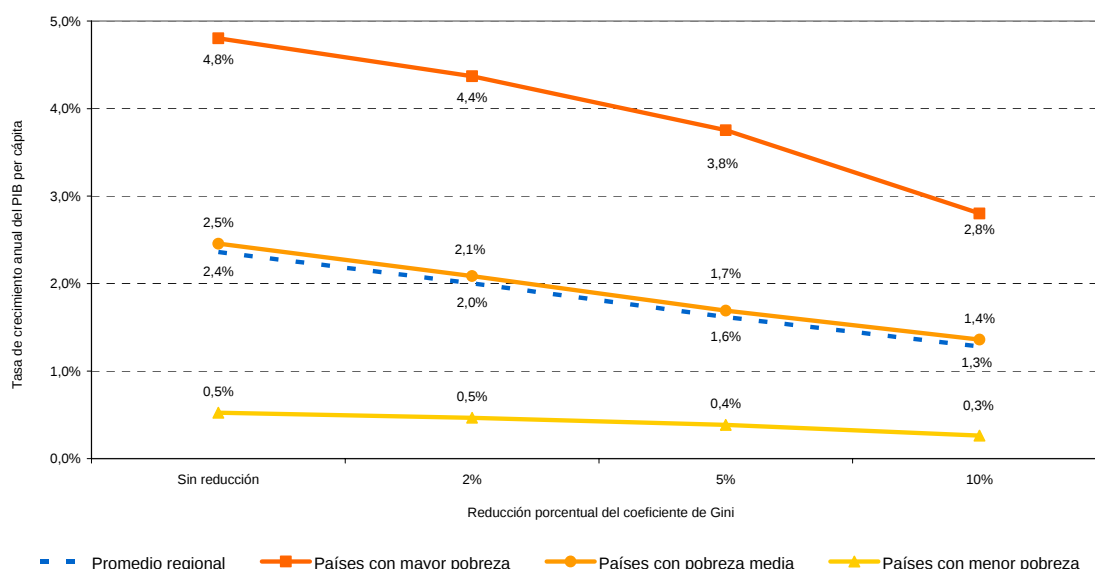
Más dramática aun resulta la violación de derechos derivada de las desigualdades cuando estas determinan la posibilidad de sobrevivencia en los primeros años de vida. También resulta éticamente inadmisibles una mala distribución del ingreso si se considera, por ejemplo, que la región produce suficientes alimentos para garantizar una alimentación adecuada al triple de su población, pero que, pese a ello, hay países en los que la subnutrición, la desnutrición global y la desnutrición aguda se mantienen a niveles altos (sobre todo entre la población que vive en condiciones de extrema pobreza, entre los miembros de minorías étnicas y entre los habitantes de las zonas rurales).

Es así como, manteniendo constante el nivel de ingresos por habitante, una mayor desigualdad en la distribución del ingreso está directamente relacionada con mayores índices de pobreza. Una meta importante vinculada a los objetivos de desarrollo del Milenio de Naciones Unidas es reducir, para el año 2015, la incidencia de la pobreza extrema a la mitad. Se estima que, para concretar esta meta, los países más pobres de la región debieran alcanzar tasas de crecimiento del producto por habitante cercanas al 4,8% anual entre el 2006 y el 2015. En caso de que se introduzcan cambios distributivos equivalentes a una reducción de 10% del coeficiente Gini de desigualdad del ingreso, la tasa de crecimiento necesaria para cumplir con la meta de pobreza disminuiría al 2,8% anual (véase el gráfico I.1).

La mala distribución del ingreso en América Latina queda en evidencia al comparar el índice de Gini de la región con el resto de las regiones del mundo. En la comparación se observa no solo que América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo en términos de distribución del

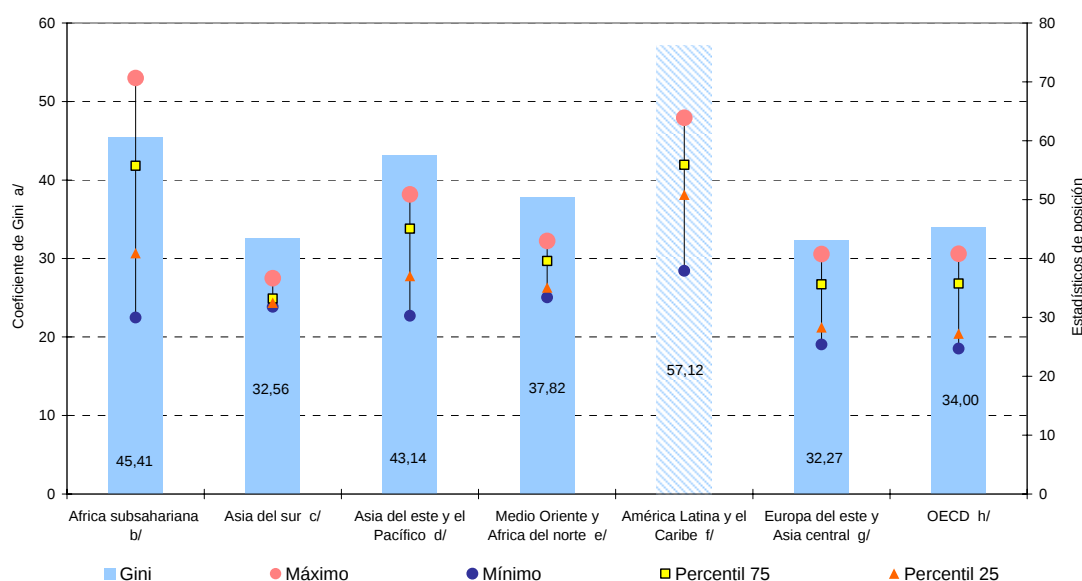
ingreso, sino que además la dispersión de la desigualdad es mucho más alta que en otras regiones (véase el gráfico I.2). Esto muestra claramente que los problemas de desprotección social no están solamente vinculados con la disponibilidad de recursos fiscales, sino que tienen clara relación con la estructura distributiva que recorre el conjunto de la sociedad.

Gráfico I.1
AMÉRICA LATINA: TASAS DE CRECIMIENTO PER CÁPITA REQUERIDAS ENTRE EL 2006 Y EL 2015 PARA REDUCIR LA POBREZA EXTREMA A LA MITAD, BAJO DISTINTOS ESCENARIOS DE CAMBIO DISTRIBUTIVO



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

Gráfico I.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LA REGIÓN CON MÁS DESIGUALDAD DEL MUNDO



Fuente: Banco Mundial, *World Development Indicators* y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a Promedio regional ponderado por la participación de la población de los países en sus respectivos totales regionales. Se utilizó el coeficiente de Gini más reciente de cada país dentro del período 1985-2004. ^b 30 países. ^c 5 países. ^d 12 países. ^e 8 países. ^f 20 países. ^g 27 países. ^h 22 países.

Otros análisis de la CEPAL ilustran que más acentuada aún es la concentración del ingreso en los países de la región cuando se observa la proporción que capta el decil más rico de la población en relación al 40% más pobre. En el 2002 la diferencia más baja entre estos dos grupos se registró en Uruguay, país en que el décimo decil captó el 27,3% de los recursos nacionales y tuvo un ingreso medio 9,5 veces superior al de los cuatro primeros; en el otro extremo se observa que en el 2001 en Brasil el 40% más bajo de la distribución percibía apenas el 10,2% del total del ingreso, en tanto que el decil más rico recibía cerca de la mitad (46,8%), lo que implica un cociente de rentas medias de ambos grupos de 32,2 veces (CEPAL, 2004a). En promedio, el decil más rico recibe el 36,1% del ingreso de los hogares en los países de América Latina (CEPAL, 2004a). Más aún, la tendencia observada indica que la participación del décimo decil ha tendido a aumentar en la última década en la mayoría de los países de la región, lo que refuerza una tendencia histórica regresiva.⁷

El difuso eslabón entre educación y empleo⁸

Como parte de los esfuerzos por reducir la desigualdad para mejorar la protección social de los ciudadanos, los países de la región deben ocuparse de las opciones de empleo de sus educandos. El eslabón entre más años de educación y mayores y mejores opciones de empleo solo parece confirmarse en el caso de una minoría de jóvenes que ostentan los mayores logros. Paradójicamente, los y las jóvenes de hoy tienen más años de escolaridad formal que las generaciones anteriores, pero también presentan tasas de desempleo que equivalen al doble o el triple de las anteriores. Estos jóvenes están más incorporados en los procesos formales de adquisición de conocimientos y formación de capital humano, pero más excluidos de los espacios en que dicho capital humano puede expresarse, es decir el mundo laboral y las fuentes de ingresos. Eso obedece en parte a que el progreso técnico exige más años de educación para poder optar a empleos modernos, lo que equivale a una dinámica de “devaluación educativa”, conforme a la cual un cierto número de años de escolaridad “valen menos” hoy que hace dos décadas; en parte, esto se debe también a que la nueva organización laboral se traduce en una mayor inestabilidad en el empleo, a que la mayoría de los nuevos puestos de trabajo surgen del sector informal, y a que quienes ingresan al mercado laboral lo hacen sin derechos adquiridos y sin experiencia de trabajo.

Habitualmente se considera que la educación es el principal mecanismo de reducción de desigualdades en el futuro y de superación de la reproducción intergeneracional de la pobreza, dados los círculos virtuosos existentes entre mayor educación, movilidad socioocupacional e ingresos más altos. Son bien conocidos los efectos positivos que tienen los mayores logros en educación en lo que respecta a la trayectoria laboral futura de los educandos. Por lo mismo, las persistentes brechas que presenta la educación en materia de calidad y logros educacionales de distintos grupos de ingresos, o en función de factores geográficos, étnicos o raciales, en gran medida reproducen desigualdades entre una generación y la siguiente, entre un grupo social y otro, entre habitantes de zonas urbanas y rurales y entre minorías étnicas y el resto de la población. Visto en este sentido, el derecho a la educación sigue siendo una cuenta pendiente.

Entre los jóvenes pertenecientes a 18 países de la región, por lo menos una de cada cuatro personas de la cohorte de 15 a 19 años pertenecientes al 20% más pobre de los hogares no logró terminar la enseñanza primaria. En el caso de los jóvenes del estrato superior (quintil más alto) la proporción correspondiente es, en promedio, uno de cada 25. Mientras el decil más pobre tiene un promedio ponderado de 3,1 años de escolaridad, el más rico presenta un promedio ponderado de 11,4 años. Esto tiene fuertes repercusiones en materia de equidad social, dado que el nivel educativo

⁷ La participación del 10% más rico en el ingreso nacional da una clara imagen de las desigualdades distributivas, puesto que la altísima concentración en el décimo decil explica en gran medida por qué la región latinoamericana tiene la distribución del ingreso más regresiva de todas las regiones del mundo.

⁸ Educación y empleo son temas que no se abordarán en detalle en el presente documento, puesto que se ha optado por privilegiar los temas más específicos de la protección social, como son la salud, la seguridad social y los programas de asistencia a la población en situación de pobreza. En el capítulo II se analizan algunos aspectos de la demanda laboral, considerados en relación con sus consecuencias en términos de protección social. En el capítulo V se aborda indirectamente la cobertura educacional de niños y niñas de familias pobres en vista del énfasis dado a los programas de transferencias condicionadas a la asistencia escolar.

de los padres tiene enorme influencia en la escolaridad de los hijos. En promedio, si un padre nunca fue a la escuela, los hijos estudian un promedio de 3 años, pero si el padre tiene educación superior, el hijo cursará un promedio de 13 años de estudios (CEPAL/UNESCO, 2005).

Las desigualdades en materia de logros educacionales son causa y consecuencia de desigualdades socioeconómicas. La escasa educación reproduce la pobreza, en un verdadero círculo vicioso, e incluso afecta negativamente otros derechos. Hay dos conjuntos de datos que ilustran esta situación en que el ejercicio parcial del derecho a la educación afecta el grado de garantía del derecho a la vida y la titularidad de los derechos reproductivos. El primero es la correlación negativa entre nivel educativo de la madre y tasa de mortalidad infantil. El segundo es la correlación inversa entre logro educativo y maternidad precoz. De hecho, la maternidad adolescente es una de las situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, pues augura un futuro de hogares uniparentales, encabezados por mujeres jefes de hogar de bajo nivel educacional y con pocas posibilidades de producir ingresos suficientes para salir de la extrema pobreza.

A lo largo de la vida de los individuos, la educación requerida, tanto en términos de calidad como de cantidad, para acceder más tarde a un empleo que asegure un nivel de vida digno aumenta a medida que los logros promedio de una sociedad se van elevando. Ya a mediados de la década pasada la CEPAL estimaba que se requerían entre diez y doce años de educación formal para acceder a empleos que impidieran caer en la pobreza o permitieran salir de ella, aunque estas cifras mostraban algunas diferencias entre países. En el año 2002 el porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años con 10 a 12 años de educación que estaban ocupados en empleos de baja productividad ascendía en promedio al 38,1% en el caso de los hombres y al 45,6% en el de las mujeres (CEPAL/OIJ, 2004).

A la estratificación social producida o perpetuada por estas formas segmentadas de inserción en el mundo laboral, se agrega, como tendencia global de la que la región no está al margen, una propensión a la acentuación de la brecha entre ingresos de profesionales y técnicos y los asalariados del sector formal. Ya entre 1990 y 1997, esta diferencia aumentó un 24% como promedio regional, mientras la diferencia de ingresos entre ocupados más calificados y asalariados de la microempresa se incrementó en un 28% en el mismo período (CEPAL, 2000b). Esto también plantea interrogantes sobre la futura trayectoria laboral de los jóvenes que hoy avanzan hacia la educación secundaria o egresan de ella, pero no siguen estudiando en una institución de educación superior.

Factores geográficos y adscriptivos

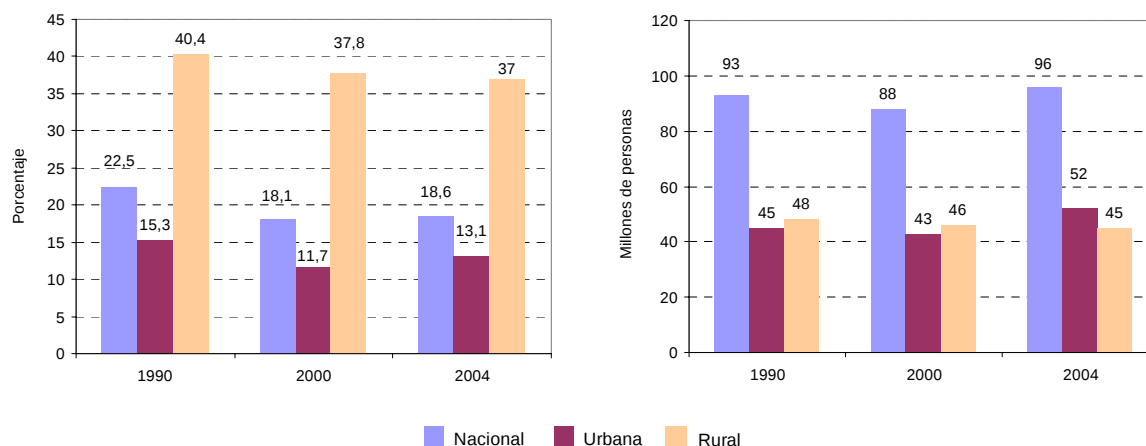
La pobreza y la desigualdad afectan más a los grupos marcados adscriptivamente, sea por distribución espacial, etnia, raza o género. Esto no solo violenta el derecho social a una vida digna, sino también el derecho cultural a la no discriminación.

En lo que respecta a la distribución territorial, la incidencia de la pobreza extrema sigue siendo mucho más alta en las áreas rurales que en las urbanas. En América Latina, el 37% de la población rural vive en condiciones de indigencia y en las áreas urbanas la tasa asciende al 13% (véase el gráfico I.3). No obstante, en gran parte debido a la creciente urbanización en la región, desde el año 2002 el número de indigentes urbanos supera el correspondiente a las zonas rurales. Según las estimaciones realizadas hasta el año 2004, 52 de los 96 millones de personas que vive en condiciones de extrema pobreza en América Latina son habitantes de zonas urbanas.

En relación con la adscripción en función de la etnia o raza, en América Latina los pueblos indígenas, que en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú representan más del 25% de la población, y los afrodescendientes, que constituyen más de un cuarto de la población en Brasil, Nicaragua y Panamá, son en gran medida los más pobres de la región, presentan los peores indicadores socioeconómicos y tienen escaso reconocimiento cultural y acceso a instancias decisorias. Como se puede observar en el gráfico I.4, la incidencia de la extrema pobreza entre indígenas y afrodescendientes supera de 1,6 (Colombia) a 7,9 veces (Paraguay) la incidencia en el resto de la

población, excluidos los casos de Costa Rica y Haití, en los que la condición étnica no parece implicar diferencias en los niveles de indigencia.

Gráfico I.3
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA INDIGENCIA POR ÁREA GEOGRÁFICA, 1990-2004^a
(En porcentajes y millones de personas)^b

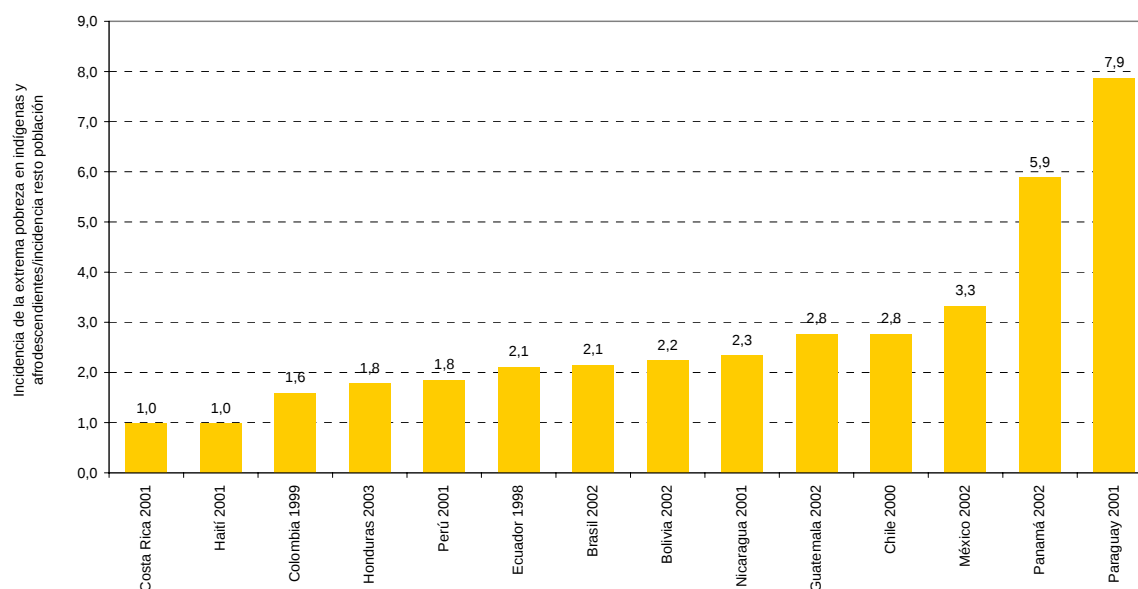


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a partir de proyecciones efectuadas sobre la base de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Estimación correspondiente a 19 países de la región.

^b Las cifras del 2004 corresponden a una proyección.

Gráfico I.4
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA EXTREMA POBREZA DE INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES COMO MÚLTIPLO DE LA INCIDENCIA EN EL RESTO DE LA POBLACIÓN
(Línea de un dólar por día)

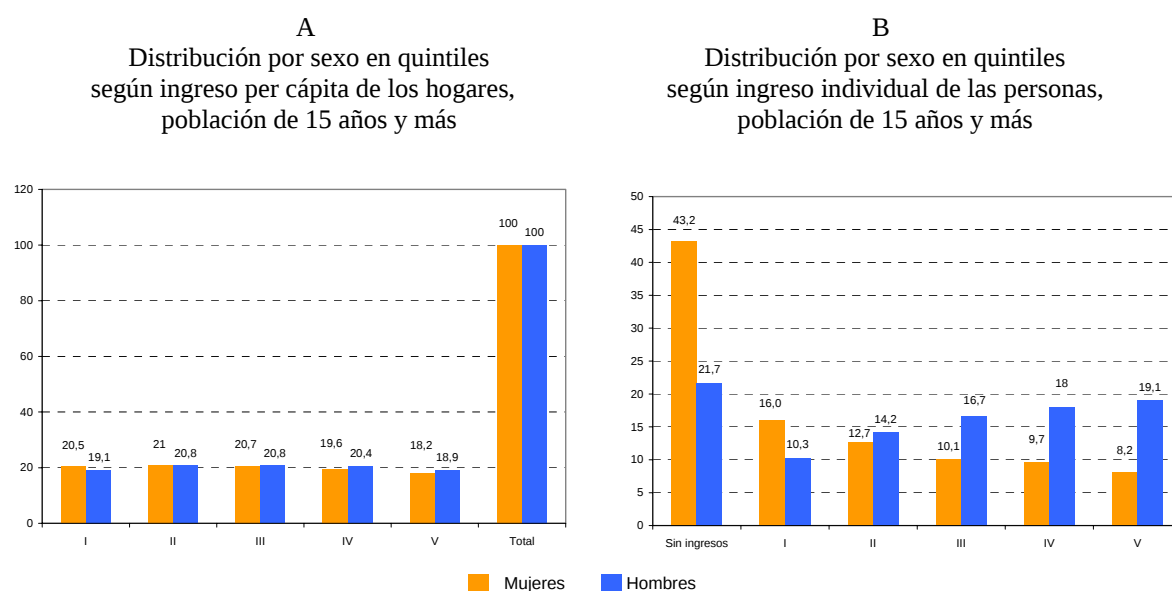


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Las desigualdades en función del sexo en América Latina han sido ampliamente documentadas; estas se manifiestan sobre todo en el acceso al mundo laboral y las condiciones de trabajo, la vulnerabilidad en el hogar, el pleno ejercicio de la ciudadanía y los derechos reproductivos, siempre en perjuicio de las mujeres. Indirectamente, también afectan el acceso a la protección social, dado que en la región la recepción de prestaciones está estrechamente asociada al puesto de trabajo.

En América Latina hay una mayor presencia femenina en los hogares pobres, fenómeno que se manifiesta con mayor intensidad entre las mujeres en edad activa, de 20 a 59 años de edad, grupo en el que el índice de feminidad en hogares pobres asciende a 108 y el de no pobres es de 96.⁹ Además, cuando se distingue entre ingresos per cápita de hogares e individuos, la discriminación en perjuicio de las mujeres se agudiza notablemente (véase el gráfico I.5).

Gráfico I.5
AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): ZONAS URBANAS, PROMEDIO SIMPLE



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

Estas formas históricas de desigualdad no son fáciles de revertir, porque representan una acumulación de desventajas sistémicas y formas de discriminación encarnadas en prácticas cotidianas. Sin embargo, es importante destacar el hecho de que la mayoría de los países de la región han logrado importantes avances durante la última década, tanto en lo relativo a etnia como a género. Tales avances se han dado en los ámbitos de la institucionalidad política, legislación y justicia, y de políticas sociales en las que se considera la variable adscriptiva para focalizar mejor y más eficientemente en grupos cuya vulnerabilidad o desventaja está asociada al género o la etnia. Pero incluso así y pese a ello, subsisten una serie de diferencias sociales muy profundas que condenan a estos grupos a situaciones de mayor pobreza y mayores riesgos que a otros miembros de la sociedad. El paso del de jure al de facto no es inmediato y requiere de cambios culturales profundos.

⁹ Estimaciones basadas en tabulaciones especiales de encuestas de hogares.

Consideraciones matizadas: derechos, accesos, distribución

Las mencionadas deudas en materia de equidad contrastan con grandes logros históricos en otros ámbitos. El más importante de ellos es el notable aumento de la esperanza de vida en la mayoría de los países de la región durante las últimas décadas. De acuerdo a datos de la CEPAL, en el período 1970-1975 el promedio regional de esperanza de vida era de 61,4 años, mientras en el período 2000-2005 se había elevado a 72,0. En Brasil, por ejemplo, la esperanza de vida aumentó de 59,8 años en el período 1970-1975 a 71,0 en el período 2000-2005. En el mismo lapso, Bolivia pasó de 46,7 a 63,8, Perú de 55,5 a 69,0 y Costa Rica de 68,1 a 78,1.¹⁰ Estos datos no solo son importantes porque reflejan una ampliación del derecho a la vida, sino porque la esperanza de vida aumenta en función de la mejora de otros indicadores que también son claves desde el punto de vista de los derechos económicos, sociales y culturales, como el mayor acceso a salud y educación, mejor alimentación, y mayor disponibilidad de servicios de agua y alcantarillado, entre otros. A su vez, el envejecimiento relativo de la población ejerce mayor presión sobre el financiamiento de los sistemas de pensiones y de salud (véanse los capítulos III y IV).

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, las mismas fuentes recién citadas muestran que en el período 1970-1975 era de 80,8 por mil nacidos vivos (defunciones de menores de 1 año) y que en 2000-2005 se había reducido a 27,4 por mil. Pero si bien en promedio la región presenta una reducción mayor que ninguna otra en el mundo de la incidencia de mortalidad infantil entre 1990 y el 2003 (de 42,9% a 25,6%, según datos de las Naciones Unidas), hay países que muestran una incidencia mayor que el promedio general de Asia, del 53,1%; en el caso del primer quintil, estos países se encuentran incluso por sobre el promedio general de mortalidad infantil de África (Naciones Unidas, 2005, pp. 147-151).

Otros indicadores relevantes para la calidad de vida que muestran progresos notables durante las últimas cuatro a cinco décadas en la región son la reducción de la tasa de analfabetismo, el aumento de la tasa bruta de matrícula en educación primaria y secundaria, con igualdad de género, el mayor acceso a agua potable y saneamiento, y el incremento de bienes durables en los hogares. Cabe señalar, por ejemplo, que entre 1960 y el 2000 el promedio de habitantes por médico se redujo de alrededor de 3.000 a 1.717 (promedio simple) y 1.307 (promedio ponderado). En el caso de la tasa de analfabetismo de los mayores de 15 años, se redujo de alrededor del 26,3% en 1970 al 9,5% en el 2005;¹¹ en tanto que la tasa bruta de matrícula en el primer nivel educacional, que cubría a poco más del 77% de los niños en edad escolar en 1970, aumentó al 96% en el 2001 y en la enseñanza secundaria aumentó del 21% en 1970 al 29% en 1990 y al 64% en el 2001; en cuanto a los logros educacionales, estos son incluso mayores en el caso de las mujeres que en el de los hombres en ambos niveles educacionales.¹² Finalmente, el porcentaje de población con acceso a agua potable aumentó de 83% a 89% entre 1990 y el 2002, y en el mismo lapso el porcentaje de población con acceso a servicios de saneamiento se elevó de 69% a 75%.¹³ Pero una vez más, la expansión no es homogénea y en zonas rurales, sobre todo de países más pobres, las condiciones de acceso pueden ser comparables a promedios de países de África, la región más pobre del mundo. Así, por ejemplo, la población rural con acceso a saneamiento en el 2002 no superaba el 35% en países como Perú, Haití y Bolivia, y apenas llegaba a ese índice en Brasil (Naciones Unidas, 2005, p. 203).

¹⁰ Estimaciones y proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm). Véanse también las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas (<http://esa.un.org/unpp/index.asp>) y CEPAL (2004a).

¹¹ Base de Estadísticas e Indicadores Sociales (BADEINSO) de la CEPAL, sobre la base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO.

¹² Base de Estadísticas e Indicadores Sociales (BADEINSO) de la CEPAL.

¹³ Base de Estadísticas e Indicadores Sociales (BADEINSO) de la CEPAL, sobre la base de datos de OMS/UNICEF, Programa conjunto de monitoreo de abastecimiento de agua y saneamiento.

El mejoramiento en estos indicadores ubica hoy a la región, en promedio, muy por encima del resto de las regiones en desarrollo en cuanto a desarrollo humano.¹⁴ Los avances que esto refleja se dan en los campos que son especialmente considerados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, pues entre las metas allí fijadas como “mínimos universales” se cuentan no solo la reducción de la pobreza, sino también de la desnutrición, la mortalidad materna y la mortalidad infantil, la expansión de la cobertura de la educación básica, la igualdad de género en lo que respecta al acceso a educación, y el mayor acceso a agua potable.

Un factor que explica la asimetría en los progresos observados en materia de desarrollo humano (sobre todo en lo que respecta a esperanza de vida y nivel educacional) y estancamiento de la reducción de la pobreza y desigualdad, es que los avances en los primeros reflejan esfuerzos sostenidos a lo largo de décadas, materializados en programas e instituciones estatales consolidados que en general avanzan hacia una cobertura universal, sobre todo en atención primaria en salud, acceso a servicios básicos y a educación formal. Por lo tanto, resulta difícil atribuir tanto fracasos como éxitos a un gobierno actual por situaciones que son producto de una acumulación histórica. Ejemplos claro de esto son los casos de Chile, Costa Rica y Cuba, en los que los sistemas de salud pública, consolidados a lo largo del tiempo y tempranamente orientados a la cobertura universal, permitieron grandes avances en la reducción de la mortalidad infantil y maternoinfantil, y en la extensión de la esperanza de vida.¹⁵ Otros logros, en cambio, pueden darse en períodos más cortos. Un buen ejemplo de esto son los programas eficaces de alfabetización, que reducen drásticamente el analfabetismo adulto en un período muy reducido, como ocurrió en la República Bolivariana de Venezuela a comienzos de la presente década. Del mismo modo, la aplicación masiva de programas de rehidratación oral, de costo relativamente bajo e implementación inmediata, puede disminuir drásticamente la mortalidad infantil atribuible a diarreas en niños de 0 a 2 años.

Al respecto cabe destacar que los efectos de la protección social en la reducción de los niveles de pobreza puede materializarse en plazos muy variables. Así, por ejemplo, una política de transferencias monetarias a los hogares más pobres podrá modificar en plazos breves los indicadores de pobreza o extrema pobreza, pues permite a amplios grupos elevar sus ingresos y superar a corto plazo umbrales de indigencia y pobreza, calculados sobre la base del ingreso de los hogares. No ocurre lo mismo con las políticas orientadas a elevar el capital humano (educación y salud), cuyos efectos, calculados sobre la misma base, pueden reflejarse incluso en la generación siguiente, cuando los actuales beneficiarios de una mejor educación se incorporen con mejores perspectivas de ingresos en el mercado laboral. Lo que ocurre en el campo de la salud es muy ilustrativo al respecto, porque una notable mejora de indicadores sanitarios puede coexistir con una relativa rigidez en la incidencia de pobreza. Esto es atribuible al hecho de que la pobreza se calcula a partir del ingreso de los hogares, por lo que cambiaría si se utilizaran indicadores de necesidades básicas, desarrollo humano o capital social.

Otro aspecto que conviene considerar es la relación entre ritmo de crecimiento económico y nivel de ingreso per cápita, por una parte, y mejoramiento de la calidad de vida por otra. En los países de América Latina se observa una correlación tendencial, pero no concluyente, entre ingreso per cápita e indicadores como la esperanza de vida, la desnutrición global, o la incidencia de la pobreza y la extrema pobreza. La correlación tiene frecuentes excepciones, lo que no solo ocurre en la región: Estados Unidos es el país con más alto ingreso per cápita, pero muchos otros países industrializados lo superan en esperanza de vida y en niveles de aprendizaje en la educación básica. Costa Rica, que es un país de ingresos medios en el contexto regional, tiene la mayor esperanza de vida de América Latina y el Caribe. Por eso podría afirmarse que, además del ingreso per cápita, la

¹⁴ Cabe señalar que todavía quedan sectores pobres, sobre todo rurales y especialmente en los países más pobres de la región, cuyos indicadores de acceso a algunos de estos bienes y servicios muestran niveles propios del perfil de Asia o de África.

¹⁵ La solidez y el alcance a largo plazo de estos programas han producido situaciones paradójicas de mejora de algunos indicadores de educación y de salud aun en períodos de contracción o alta volatilidad económica, como ocurrió durante la década de la “crisis de la deuda”.

estructura distributiva y el nivel y características del gasto público son determinantes del acceso de toda la población a bienes públicos y mejores indicadores de calidad de vida. Si la correlación entre ingreso per cápita y los indicadores básicos de bienestar o calidad de vida no es totalmente lineal, hay margen para reorientar las políticas en función de la expansión de los derechos económicos, sociales y culturales. Al respecto, hay que considerar que la ampliación de esos derechos depende en gran medida de bienes públicos globales como la estabilidad económica, y el acceso a financiamiento y a otros bienes públicos ya mencionados, entre otros la atención de la salud, la educación y los servicios básicos (CEPAL, 2000a y CEPAL, 2002).

En la distribución y cobertura de los derechos sociales pueden incidir en gran medida el peso y la estructura del gasto social. Es claro que hay áreas del gasto social que tienen efectos mucho más favorables para los pobres, como ocurre con la educación básica, la nutrición o los subsidios a viviendas básicas, y otras cuyos efectos se concentran en otros grupos de ingresos, como ocurre con la previsión social. Además, es importante focalizar parte del gasto en grupos más rezagados en materia de acceso a estos bienes públicos, por ejemplo en zonas o escuelas que muestren logros educacionales muy bajos. Por lo mismo, el indicador “incremento del gasto social” tiene que complementarse con el indicador de “forma del gasto” para poder relacionar la política pública con su jerarquización de acuerdo con los parámetros de los derechos económicos, sociales y culturales.¹⁶ Un desafío clave en este sentido es mejorar la protección social en el marco de una política fiscal responsable, lo que implica aumentar la carga tributaria dentro de las restricciones que impone una economía globalizada, y mejorar la eficiencia de las políticas públicas. En el capítulo II se examinan las opciones de carga tributaria, a partir de las marcadas diferencias existentes entre los países en cuanto a la carga impositiva.

En los últimos años se ha otorgado especial importancia al aumento del gasto social. Al respecto, se postula que el factor que más puede contribuir a elevar el bienestar de la población sobre la que recaen los costos de la “deuda social” no es tanto el grado de progresividad de la estructura tributaria sino una política social eficiente, eficaz, focalizada y que transfiera recursos y activos a los más pobres. Si bien el perfeccionamiento del gasto social y el uso eficiente de los recursos constituyen un avance, este argumento no debiera constituir un motivo para descartar la “opción impositiva”, menos aún con el contraargumento de que esta opción tiene efectos negativos en la inversión y la competitividad. Porque lo cierto es que en la mayoría de los países de la región la carga tributaria es comparativa o marcadamente baja, por lo que un desarrollo centrado en derechos sociales debe expandir ambos frentes, el del gasto social y el de la progresividad de la estructura tributaria, sin descuidar la responsabilidad fiscal y el estímulo adecuado a la competitividad.

Un pacto para la protección social

La mayor equidad y ampliación de la protección social tienen efectos positivos sobre la economía en más de un sentido (Bonilla García y Gruat, 2003). En primer lugar, y como ya se señaló, mayor y mejor acceso a educación y salud implica un mejoramiento del nivel medio de capital humano, lo cual es decisivo para el crecimiento sostenible y la competitividad en un mundo que premia cada vez más la inteligencia y la innovación, así como para mejorar el nivel productivo medio de las economías nacionales; estos elementos permitirían pasar de una competitividad espuria, basada en bajos salarios y explotación excesiva de los recursos naturales, a una competitividad auténtica, basada en la incorporación de valor intelectual agregado (CEPAL, 1990; CEPAL/UNESCO, 1992).

¹⁶ Véase al respecto el análisis sobre los efectos redistributivos del gasto social en el *Panorama social de América Latina, 2005* (CEPAL, 2005a).

En segundo lugar, mientras mayor es la protección social y mejor la garantía de los derechos sociales, menor es el nivel de conflictos; en otros términos, mayor es la disposición de los actores sociales a negociar acuerdos para resolver conflictos en las pugnas distributivas, en lugar de operar por otras vías que merman la gobernabilidad. En este sentido, una estructura distributiva menos desigual fortalece la estabilidad política y, con ello, alienta mayores inversiones y mejora el financiamiento, tanto en el plano externo como interno. En tercer lugar, la mayor equidad permite, indirectamente, reducir los altos costos de la pobreza y la desigualdad, en términos de deserción escolar, morbilidad evitable y maternidad no deseada, entre otros. Por último, un sistema de protección social, que ofrezca una cobertura más equitativa contra riesgos y una mayor igualdad de oportunidades en la formación de capital humano, alienta la confianza institucional y la reciprocidad de las relaciones entre los ciudadanos. En este sentido fortalece el capital social, que también es considerado un resorte importante para fomentar círculos virtuosos entre mayor confianza social y mayor dinamismo económico.

Si hay claridad entre los distintos actores sociales respecto de los círculos virtuosos entre equidad y crecimiento, y entre mayor ciudadanía social y mejor gobernabilidad, se facilita la construcción de un pacto o contrato social. Según Devereux (2002), los esquemas de protección social son más sólidos cuando están basados en una noción de comunidad política y solidaridad que estaría comprendida en el hipotético “contrato social” entre el Estado y los ciudadanos. La redistribución requerida para financiar los instrumentos de protección social es más sostenible desde un punto de vista político cuando se sustenta en un entendimiento común de obligaciones y derechos compartidos por todos los ciudadanos lo que incluye el reconocimiento de que todos deben pagar impuestos y respetar los derechos ajenos, que todos están protegidos por igual en épocas difíciles o que haya mayores beneficios sociales (Sen, 2000).

La necesidad de un pacto social queda aun más en evidencia si se considera que no hay una correlación lineal entre ingreso per cápita y los indicadores básicos de bienestar y calidad de vida, lo que hace pensar que hay un margen para reorientar las políticas en función de la expansión de los derechos económicos, sociales y culturales. Dicho de otro modo, es posible ampliar el acceso a bienes públicos, tales como la vacunación infantil, la atención durante el embarazo o la cobertura de la enseñanza básica, sin que para ello se requiera de un aumento sustancial del ingreso por habitante. En la mayoría de los países de la región también existe margen para ampliar las esferas de acción estatal con efectos redistributivos y que pueden contribuir a universalizar la titularidad efectiva de derechos sociales (monto y estructura de la tributación, monto y estructura del gasto público social, focalización, eficiencia del gasto social).

La protección social en los estados de bienestar: modalidades existentes

La primera forma de pacto de protección social fue la que se manifestó bajo la égida del estado de bienestar en países europeos y norteamericanos. Como lo señala Esping-Andersen (1993, 1996 y 2000), puede haber políticas sociales sin estado de bienestar, pero no es posible un estado de bienestar sin políticas sociales. Esa es la diferencia entre los países europeos y de América del Norte, por una parte, y los países latinoamericanos, por otra. Mientras en los primeros el estado de bienestar tiene un núcleo institucional fuerte y estable que guía los cambios, en el caso de América Latina no se ha dado esa articulación de instituciones y programas en torno a un conjunto estratégico de medios y metas sociales a largo plazo (Galiani, 2006).

En Europa, Estados Unidos y Canadá, la aplicación de las políticas sociales responde a un marco doctrinario y de acuerdos sociales y políticos que configuran los regímenes de bienestar respectivos. En América Latina, en cambio, las políticas sociales requieren todavía mayor articulación en un cuerpo doctrinario que establezca su orientación estratégica, y asegure su continuidad y coherencia más allá de los ciclos propios de los sucesivos períodos presidenciales. En

los primeros hay un contrato entre el Estado y la sociedad, que recoge un acuerdo sobre la manera en que históricamente cada país hace posible la vigencia de los derechos ciudadanos. En cambio, en la región las políticas sociales no tienen el rango de políticas de Estado, salvo casos excepcionales de presupuestos sectoriales “blindados”, o bien no existe una autoridad social del mismo rango de la autoridad económica, en el más alto nivel de toma de decisiones.

La conformación de los estados de bienestar que surgieron en el mundo desarrollado entre los años treinta y sesenta del siglo XX, respondió a la búsqueda de sistemas de protección social ante los riesgos propios de la época, vinculados al papel central del trabajo en la definición y satisfacción de los derechos de las personas (véase el recuadro I.2). Pero desde los años setenta del siglo XX en adelante, con los cambios que se fueron dando en la producción y en el trabajo, en los perfiles epidemiológicos y demográficos, en las familias y en los roles de género, quedaron cuestionados los tradicionales Estados de bienestar, contruidos en torno del trabajo (modelo bismarckiano). Esto llevó a plantear con fuerza la necesidad de reformas con vistas a proteger los derechos ciudadanos ante los nuevos riesgos sociales derivados de esos cambios, reformas que deben concebirse con gran cuidado para evitar la exclusión en la protección social (Titelman y Uthoff, 2005).

En este marco, el concepto de seguridad abarca nuevos ámbitos sociales que superan los clásicos y se extiende a la edad y a categorías adscriptivas como género y minoría étnica. El concepto se vincula cada vez más a la ciudadanía, los derechos humanos y la profundización de la democracia. Y entra en conflicto con las nuevas constricciones económicas provenientes del reordenamiento global y la volatilidad financiera.

Recuadro I.2

TRES MODELOS PARADIGMÁTICOS DE ESTADO DE BIENESTAR

En la evolución de los estados de bienestar desde la década de 1930, Esping-Andersen identifica tres tipos de regímenes de bienestar en el mundo industrializado, cada uno de los cuales corresponde a un modelo de solidaridad que recoge la forma en que el estado de bienestar se plantea ante los riesgos.

El régimen liberal de bienestar minimiza el Estado, individualiza los riesgos y fomenta las soluciones de mercado, en el marco del manejo residual del riesgo. El modelo estadounidense es emblemático de este modelo y presenta tres características esenciales. En primer término, es residual (denominación que en América Latina ha sido sustituida por “rol subsidiario” del Estado), en cuanto se restringe a los riesgos inaceptables y orienta sus garantías a quienes están expuestos a ellos. Es propio de las políticas sociales orientadas a la extrema pobreza y cuyo foco está determinado por “la necesidad” y no por “el derecho” de las personas. Todo esto suele conducir a políticas de carácter asistencial cuya aplicación requiere la comprobación de los ingresos como indicación de necesidades (criterio que se observa no solo en Estados Unidos, sino en diversos grados en otros países cuyos estados de bienestar tienen un origen liberal, como es el caso de Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá e Irlanda, entre otros).

El régimen socialdemócrata de bienestar, propio de los países europeos nórdicos, tiene una orientación universalista, igualitarista y comprometida con la noción de derechos. Los derechos se vinculan a los individuos y se basan en la ciudadanía, mientras las pensiones británicas y holandesas se basan en las contribuciones efectivas, en lugar de basarse en una necesidad demostrada o un contrato laboral. Además, busca desmercantilizar el bienestar a fin de minimizar la dependencia del mercado. Hay países que tienen subsidios casi tan altos como los nórdicos (Bélgica e Italia), pero lo que distingue al régimen socialdemócrata escandinavo es la fusión del universalismo y la socialización global de los riesgos con cobertura global y niveles de subsidio generosos.

El régimen conservador de bienestar se distingue por fuertes rasgos corporativistas. El sello conservador se manifiesta de manera más evidente en el reparto de riesgos (solidaridad corporativa) y en el familiarismo. En lo que se refiere al primero, se observa un marcado legado histórico estatista en función del cual se da un trato privilegiado a los funcionarios públicos, y se contemplan beneficios adicionales de la seguridad social que responden a intereses corporativos. Si bien en Alemania las pensiones tienen un escaso peso corporativo, hay miles de fondos de salud específicos, ya sea regionales, por profesiones y por empresas. Italia, en cambio, tiene un sistema de salud unificado, pero más de un centenar de planes de pensiones aplicables a distintas profesiones. Este régimen también puede basarse en el familiarismo, es decir, dar prioridad al carácter central de la familia como dispensadora de cuidados y, en última instancia, responsable del bienestar de sus miembros. Al igual que el modelo liberal, el régimen conservador también es residual, pero mientras el primero cubre ante fallas del mercado, el conservador lo hace ante fallas de la familia. En ambos casos, y a diferencia del sistema socialdemócrata, prima la asistencia (la necesidad) por sobre los derechos.

Fuente: Gosta Esping-Andersen, *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona, Ariel, 2000; *Welfare States in Transition*, Londres, Sage, 1996; *Changing Classes. Stratification and Mobility in Postindustrial Societies*, Londres, Sage, 1993.

Estado social y protección social en la experiencia reciente de América Latina y el Caribe: legado de los años ochenta, balance de los noventa e incertidumbres del siglo XXI

Después de la segunda guerra mundial y a distintos ritmos, los países de América Latina y el Caribe se plegaron a los esfuerzos por forjar un estado social. Sin embargo, en la práctica se dieron trayectorias disímiles en materia de consolidación institucional y de cobertura de los servicios públicos sociales; a esto se suma el hecho de que en los mercados de trabajo la informalidad limitó la cobertura de las prestaciones ligadas al trabajo asalariado. Solo algunos países de la región lograron construir un sistema de políticas sociales con cobertura progresiva y continuidad en el tiempo.

El modelo parcial de estado de bienestar que se planteó como paradigma desde la segunda guerra mundial hasta mediados de la década de 1970 se basaba en la “sociedad del trabajo”, es decir, suponía una situación ideal de pleno empleo, crecientemente formal, a partir de la cual la protección social iría consolidándose mediante prestaciones progresivas a la fuerza laboral y sobre la base de contribuciones del Estado, el empleador y el trabajador, que se regían por el supuesto de que el trabajador, o jefe de familia, aseguraba a toda la familia mediante sus ingresos y su protección social. La ciudadanía social debía vincularse a la ciudadanía laboral, y el Estado era el encargado de aportar una cobertura universal de servicios básicos y educación formal.

Este modelo siempre fue parcial. En primer lugar, porque el alto nivel de informalidad laboral dejó una proporción muy amplia de la población sin la protección social vinculada al trabajo, a lo que luego se sumó el efecto negativo de las crisis y la volatilidad económica en el empleo. En segundo término, en este modelo no se consideraba específicamente a grupos como las mujeres, los pobres y, en general, las familias. En tercer lugar, porque el Estado fue presentando serios problemas de disponibilidad de recursos, sobre todo a partir de la “década perdida” o “década de la deuda”, además de acumuladas ineficiencias en el campo de las políticas, ligadas al burocratismo, el clientelismo y el corporativismo, entre otros.

Lo anterior, unido a la agenda de “racionalización fiscal” que surgió con mucho ímpetu como efecto de las reformas económicas de la década de 1980, replanteó el “Estado social” y las políticas sociales. En la literatura se mencionan, como causas de la transición del Estado social en América Latina y el Caribe, las dificultades para sostener regímenes de prestaciones sociales de carácter universal sobre la base de criterios de solidaridad; ineficiencias en la gestión del aparato del Estado; presiones y demandas cada vez más complejas y difíciles de acoger por su volumen y especificidad; desintegración del paradigma de pleno empleo; cambios en las reglas de los mercados, y cambios sociodemográficos y en las expectativas de la población.¹⁷

Todo ello condujo a amplias reformas del Estado y de la política social que se iniciaron a partir de la década de 1980 y en las que destacan la descentralización de servicios y políticas y de la administración y las decisiones públicas, el incremento de la participación privada en la gestión y prestación directa de servicios, la focalización de programas hacia los más pobres mediante políticas sociales de carácter asistencial, y la racionalización del gasto mediante nuevos instrumentos de gestión, información y monitoreo.

Como se verá más adelante, en los años noventa el gasto social per cápita aumentó en casi todos los países, se perfeccionaron las políticas asistenciales focalizadas de los años ochenta con la adición de nuevos instrumentos destinados a abordar distintas dimensiones de la pobreza mediante fondos sociales (vivienda y condiciones de habitabilidad del entorno, servicios, caminos y obras de infraestructura social básica, microcrédito y equipamiento productivo, entre otros); además, se crearon nuevos servicios orientados a determinados grupos carenciados (mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad, microempresarios, campesinos e indígenas). Las restricciones

¹⁷ Véase Titelman y Uthoff (2005), y el capítulo siguiente del presente documento.

presupuestarias obligaron a los programas a focalizar a subgrupos dentro de estos grupos, adquiriendo el carácter de programas piloto, con algún impacto cualitativo, pero lejos de alcanzar cobertura universal.

En el conjunto de la región, las medidas políticas compensatorias se fueron imponiendo como la política preferida de los gobiernos en los años ochenta y parte de los noventa del siglo pasado, lo que a su vez impidió reestructurar la política social en forma integrada. La tendencia de los países del continente fue otorgarle a las políticas focalizadas un carácter de políticas estables, lo que produjo superposiciones con la institucionalidad estatal, organizada en forma sectorial.

El saldo del “Estado social”, es decir del conjunto de políticas sociales públicas, no es favorable a comienzos del siglo XXI si se evalúa en términos de la pobreza y la distribución del ingreso. Pero sí lo es en lo que respecta al aumento del gasto social, los esfuerzos de reforma de políticas, el avance institucional y el desarrollo de nuevas herramientas de gestión. Además, hoy se reconoce claramente que la salida de la pobreza no ocurre de una vez y para siempre, sobre todo debido a la volatilidad económica, las brechas en capital humano y las restricciones en el empleo, y que el crecimiento no ostenta “automatismos virtuosos” en relación con la pobreza. Es en este contexto que la CEPAL ha planteado la necesidad de un amplio pacto de cohesión social (CEPAL, 2004b) (véase el recuadro I.3).

Recuadro I.3 PACTO SOCIAL Y PACTO FISCAL: LOS PLANTEOS DE LA CEPAL

Ya a inicios de los años noventa la CEPAL planteó la necesidad de lograr una concertación estratégica, un conjunto de acuerdos de largo plazo, tanto explícitos como implícitos, entre el Estado y los principales actores políticos y sociales, respecto de los objetivos instrumentales y de las secuencias de políticas e innovaciones institucionales necesarias para alcanzarlos (CEPAL, 1990). Esta idea se basaba en el razonamiento de que para la formulación e instrumentación de políticas es imprescindible el contexto y soporte institucional propio de este tipo de acuerdos.

Esta idea de contrato o pacto fiscal y social ha sido sostenida de manera recurrente por la CEPAL en los años siguientes. En el documento presentado al trigésimo período de sesiones de la CEPAL, celebrado en San Juan, Puerto Rico, se planteó la necesidad de un pacto de cohesión social para evitar los efectos negativos —en especial en términos de protección social— de la necesaria adaptabilidad de los mercados de trabajo. Dicho pacto sería la base de un conjunto articulado de políticas sociales y económicas activas, que descansaría en cuatro pilares: “la coherencia con los fundamentos de la política macroeconómica, la generación de empleo, la protección social, y la educación y capacitación.” (CEPAL, 2004b, p. 322). En materia específica de protección social, un pacto de cohesión social incluiría seguros de desempleo, invalidez, vejez y muerte y contemplaría el acceso a servicios de salud que provean de cobertura conforme a los nuevos perfiles de riesgos asociados a los cambios de la estructura productiva.

En dicho pacto se debería reconocer que las políticas laborales no bastan para generar empleo, por lo que deben complementarse con una reactivación de la demanda de empleo y medidas de política activas; además, se reconoce y sugiere que si la flexibilidad laboral no va acompañada de un rápido incremento de la demanda se hace necesario dar una cobertura apropiada de seguros de desempleo, y adoptar políticas de empleo público y de apoyo al sector informal. Para estructurar un acuerdo en el que se tome en cuenta el actual estado de desarrollo del sistema de protección social y la formulación gradual de políticas activas destinadas al mercado de trabajo formal e informal, la propuesta debe adaptarse al contexto en que se aplique (CEPAL, 2004b, p. 322).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Desarrollo productivo en economías abiertas* (LC/G.2234(SES.30/3)), Santiago de Chile, junio del 2004; “El pacto fiscal: fortalezas, debilidades, desafíos”, *serie Libros de la CEPAL*, N° 47 (LC/G.1997/Rev.1-P), Santiago de Chile, julio de 1998. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.98.II.G.5.

Además, desde la década pasada se viene planteando enfáticamente la idea de que el beneficiario de servicios y prestaciones es también un ciudadano, un titular con derechos exigibles. Sin embargo, las formas de avanzar en materia de ciudadanía social no están exentas de contradicciones. Un elemento clave de discusión es la focalización de la política social, o de muchos programas sociales, en los grupos más pobres y vulnerables. En este contexto se desarrollan

los “fondos sociales” (de emergencia y de inversión), los programas de empleo de emergencia, los programas de transferencia directa de subsidios monetarios a la población más pobre y los programas educacionales. También se utilizan instrumentos de medición socioeconómica de la población que permiten efectivamente concentrar esfuerzos en los menos integrados a los mecanismos de inclusión social.

El debate entre políticas universales y focalizadas en los grupos más pobres, excluidos o vulnerables, tiene múltiples aristas. En principio, se parte de la base de que la focalización permite llegar a esos grupos con medidas específicas, promoviendo una distribución progresiva de recursos por este medio. Por otra parte, la focalización también implica concentrar esfuerzos y recursos públicos en áreas de la política social que tienen efectos redistributivos más progresivos, tendiendo al autofinanciamiento de los beneficiarios que no son pobres y que cuentan con más recursos para cubrir algunas prestaciones. Ya sea concentrándose en grupos pobres, en zonas geográficas deprimidas o en áreas que ofrecen mayores beneficios a grupos de menores ingresos, la focalización se inspira en el doble propósito de optimizar los recursos empleados y beneficiar a quienes se encuentran en condiciones más precarias o vulnerables.

Pero la focalización puede ser cuestionada cuando deja de ser un instrumento coyuntural y pasa a consagrarse como criterio establecido de política social. En este sentido, la focalización prolongada puede consagrar un modelo asistencialista que refuerza la dependencia de los beneficiarios. Esto contradice el ideal de ciudadanía social, según el cual lo más importante es el desarrollo de las capacidades de los ciudadanos para que participen activamente en la sociedad y puedan constituirse en actores con mayor poder de autodeterminación.

Por lo tanto, a partir de cierto nivel de desarrollo es importante que la focalización no implique confinar a los pobres a vivir de la ayuda estatal, manteniéndolos fuera de los circuitos de integración social, sobre todo de autosustentación mediante el empleo, o que no tenga esos efectos. Los incentivos al trabajo y a la calificación son indispensables para contrarrestar los efectos no deseados de la focalización, entre otros “la trampa de la pobreza”, en virtud de la cual los pobres se perpetúan como dependientes en calidad de beneficiarios de políticas o programas focalizados.

Hay que considerar, además, que a largo plazo las políticas igualitarias han sido concebidas con criterios universalistas, como resulta evidente en las sociedades industrializadas con mayor equidad, donde el modelo más influyente de estado social se ha basado en la provisión de prestaciones de alta calidad a todos los ciudadanos. Dicho de otro modo, el igualitarismo se basa en la universalidad de la ciudadanía social, es decir, en el acceso de todos a prestaciones de buena calidad en los campos de la salud, la seguridad social, la educación, los seguros de desempleo y pobreza, y el cuidado familiar, entre otros. El universalismo tiene la ventaja de activar demandas de las capas medias, que en términos de exigencia de calidad de las prestaciones, operan como un “tiraje hacia arriba” en lo que respecta a los grupos más pobres. Además, establece una correlación más estrecha entre la protección social y la inclusión social, dado que para mantener políticas de protección social universales y de alta calidad se necesitan a su vez políticas muy activas en el mercado de trabajo, puesto que finalmente la protección por vía del empleo “se paga a sí misma”.

La focalización, en cambio, tiene efectos redistributivos a corto plazo pero, en caso de prolongarse indefinidamente, no es la mejor opción para avanzar hacia sociedades más igualitarias. El mayor riesgo es que termine instituyendo un régimen segmentado en cuanto a la calidad de las prestaciones (educación para pobres y para el resto, salud para pobres y para el resto), con lo que se refuerzan desigualdades de trayectoria y de resultado entre los pobres y los demás, por más que se igualen las oportunidades de acceso.

Finalmente, cuando la volatilidad económica, la realización de drásticos ajustes en el mercado laboral o las reformas económicas dan origen a un descenso masivo y generalizado de los ingresos de las capas medias, es más justo poner el acento en programas de mayor cobertura, a fin de evitar que se multiplique el número de “pobres coyunturales” y que finalmente se conviertan en

“pobres estructurales”. Por otra parte, la privatización de los sistemas de salud y de seguridad social, en que se tiende a determinar la cantidad y la calidad de la prestación de acuerdo a la capacidad contributiva del beneficiario, deja a un sector muy amplio de la población en una situación de mayor desprotección e inseguridad. Esto puede conducir a que la focalización en los más pobres, combinada con el autofinanciamiento de otros grupos socioeconómicos, deje en el vacío a una parte importante de las capas medias que no “califican” ni para lo uno (como beneficiarios) ni para lo otro (como aportantes). Además, puede consagrar la prestación de servicios de salud de calidad muy dispar, debido a la mala distribución de recursos.

Junto con lo anterior, no se pueden dejar de considerar las necesarias complementariedades entre focalización y universalidad de las políticas. Frente a necesidades que todos comparten, pero que solo una parte de la sociedad puede satisfacer autónomamente, y dada la escasez de recursos fiscales, sin duda la focalización constituye a corto plazo una herramienta de nivelación del campo de juego ante riesgos y vulnerabilidades.

Hacia un pacto para la protección social

La noción de protección social basada en derechos no se limita a respuestas asistenciales o paliativas, sino que se extiende a políticas de desarrollo del capital humano y prevención de riesgos. Si bien los cambios de las políticas sociales se han traducido en una población más escolarizada y con mejores indicadores de salud, esta se enfrenta a mercados laborales que no controla, volátiles y cambiantes, segmentados y precarios, en tanto que la sociedad se enfrenta a procesos que trascienden las decisiones políticas nacionales, con altibajos en las tasas de crecimiento y en la capacidad de las economías de generar empleos.

En este contexto, las políticas sociales deben apoyar a la sociedad a superar sus indefensiones y a reducir las inseguridades que atemorizan a sus miembros ante situaciones que afectan de distinta manera a las personas de acuerdo a su vulnerabilidad. Esto llama a abordar medidas anticipatorias y correctivas en las áreas de inversión social para el fortalecimiento del capital humano y social, seguridad social asociada al trabajo, y creación de redes de protección y paliativas cuando estas no existen.

Lo anterior también lleva a considerar que en la inflexión histórica actual de la región hay que pasar de un conjunto de políticas sociales a un sistema de protección social integral que las conjugue. Esta transición se enfrenta a problemas de contenido y de procedimiento, partiendo por los conflictos entre derechos, recursos, patrones distributivos y diseños institucionales. Como ya se ha señalado, no hay soluciones universales y en cada país, así como en distintos momentos y coyunturas, no se puede dar un contenido efectivo a los derechos sociales sin considerar los recursos disponibles para distribución y las restricciones de origen exógeno e interno.

Un sistema de protección es más que una estructura institucional; es un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las que desea construir y regular su convivencia. Determina qué derechos se aplican a todos, cómo se garantizan y cómo se hacen viables. Esto supone instituciones, normas, programas y recursos. Además, un pacto social para refundar la protección social sobre la base de derechos universalmente reconocidos no se restringe a las voluntades individuales en su aplicación ni a las meras dinámicas de mercado. Un pacto social de esa índole debe estar respaldado por una decisión de la sociedad.

Para avanzar en este sentido es necesario el respaldo de un acuerdo o pacto social, en el que se debe consagrar, como tarea del Estado y con el compromiso de todos los actores, un proyecto compartido de sociedad a la que se aspira. Al menos dos motivos lo justifican. En primer término, la envergadura de la tarea exige amplios acuerdos nacionales para llevar adelante reformas sociales (innovaciones institucionales, determinación de la magnitud y la asignación de recursos y la forma

en que la solidaridad se plasma en transferencias efectivas).¹⁸ En segundo lugar, para desarrollar políticas e instituciones duraderas, que vayan más allá de la acotada temporalidad de los gobiernos.

Un acuerdo o pacto social (y fiscal) es el principal instrumento político de consolidación de las políticas sociales a mediano y largo plazo. El “blindaje” del segmento del gasto social que se considera más importante cumple un doble propósito. Por una parte, la prioridad recibe el acuerdo político explícito en el ámbito parlamentario y, por otra, se aseguran los recursos fiscales para el financiamiento, lo que permite dar continuidad temporal a los programas pertinentes.

Un pacto social tiene tanto aspectos sustantivos como procesales. Los primeros se refieren al contenido y se relacionan con niveles mínimos, formas concretas de solidaridad y transferencias, progresividad de la cobertura, calidad de las prestaciones y expansión del acceso. Un pacto social con fines de protección debe basarse en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Esto no significa que todo beneficio sea universalizable, sino que la sociedad fija, a través del diálogo entre actores, los estándares de calidad y cobertura que deben garantizarse a todos sus miembros. Además, un pacto de esta naturaleza debe contener reglas claras y de carácter permanente, así como normas sobre gestión. Debe adherir a criterios de estabilidad macroeconómica y apuntar a la socialización de los beneficios y las obligaciones. Solo una economía estable y vigorosa, y un principio efectivo de transferencias solidarias orientado a universalizar la protección social y el desarrollo de capacidades y oportunidades, permitirán conciliar las dos caras del desarrollo: el crecimiento y la equidad.

Los aspectos procesales se refieren a la convocatoria del pacto, quiénes participan, cuáles son los procedimientos de deliberación y representación, cómo se fiscalizan los acuerdos y contabilizan sus aplicaciones, y de qué manera cumple el Estado su rol regulador. En ausencia de acuerdos y pactos, los avances que se logren en este contexto estarán sujetos a los vaivenes de las negociaciones contingentes, sin continuidad cierta en el mediano plazo y con incierta legitimidad social. Esto impide avanzar en la construcción de un sistema de protección social que enmarque dichas políticas y establezca las bases de una articulación coherente y consistente entre estas políticas sociales y las económicas.

Los pactos de protección y cohesión se establecen entre actores organizados en articulación con el Estado. Los actores articulados con el sistema político y el Estado no se restringen a los grupos más organizados del sector productivo, tales como los sindicatos de trabajadores y los gremios de empresarios. Por una parte, las nuevas dinámicas de modernización e inserción global han debilitado al actor sindical y su coordinación con el sistema político; por otra, estos mismos procesos han dado mayor complejidad al mapa de actores sociales, con la irrupción de actores adscriptivos, geográficos y etarios, entre otros. Es necesario incorporar a la mesa de deliberaciones a representantes de los excluidos, sobre todo a los trabajadores informales. Esto plantea otro reto a la democracia: el reto de dar visibilidad a los actores sumergidos, vale decir, nivelar el campo de juego en cuanto a la participación activa de los actores en las instancias deliberativas. Finalmente, dado que la ingerencia de los actores en la vida pública se da cada vez más en los espacios locales (o “locales-globales”), en todo proceso deliberativo que apunte a un pacto de inclusión o cohesión social se debe incorporar también a actores locales, tanto públicos como privados.

Por último, hay que tener presente el rol que juegan los partidos políticos en la estructuración de un pacto, que es clave tanto en sentido crítico como constructivo. En un sentido crítico, porque los partidos han perdido capacidad para representar las demandas de los actores sociales en muchos de los países de la región, y se ven sobrepasados por los poderes fácticos y la proliferación de actores cuyas demandas son cada vez más difíciles de homologar. En sentido constructivo, porque los partidos son la instancia por excelencia que puede mediar y formalizar la relación entre el Estado y la sociedad civil, o entre la lógica dispersa de los actores sociales y la lógica más consistente de las propuestas concertadas de orientación política.

¹⁸ Un análisis serio de la protección social o de un sistema de bienestar en América Latina no puede excluir el debate político centrado en el tema de pacto fiscal. Al respecto, véanse los temas destacados en CEPAL (1998) y CEPAL (2004b).

Tan crucial como es definir las orientaciones, los criterios constitutivos y los instrumentos para la conformación de un sistema de protección social, es promover la estabilidad y el fortalecimiento de la democracia y de sus instituciones. Esta es la base para cristalizar un acuerdo que dé origen a un contrato social en el que se establezca como punto de partida un consenso sobre cómo compartir solidariamente los costos en los períodos de crisis e, igualmente, cómo distribuir los beneficios del progreso de manera más justa y equitativa. Inversamente, para que la democracia tenga legitimidad se deben tomar en consideración los temas de organización económica y social en el proceso deliberativo inicial. El mayor control político y la mayor capacidad técnica deben ser el anverso y el reverso de las políticas económicas y sociales, en aras de imprimirle a la economía un sesgo que responda a los intereses de toda la ciudadanía. En este sentido, el pacto implica contar con el respaldo de actores políticos y sociales para darle solidez a las políticas y garantizar su continuidad y, asimismo, es un eslabón vital entre las políticas de protección social y el fortalecimiento de la democracia (véase el recuadro I.4).

Recuadro I.4 DEMOCRACIA, ECONOMÍA Y POLÍTICA

No es posible una democracia efectiva sin que los temas de organización económica y social sean parte de su agenda. Sustraerle dichos temas a la democracia es dejarla sin uno de sus contenidos fundamentales.

Este tipo de razonamiento tiene tres implicaciones básicas. La primera es que es difícil pensar en buenas democracias sin partidos políticos sólidos que ofrezcan a la ciudadanía opciones alternativas de ordenamiento económico social. Sin esta competencia ideológica, la política se vuelve, en el peor de los casos, clientelismo puro, y en el mejor, competencia electoral entre potenciales “gerentes públicos”. ¿No será que las tendencias que experimenta la política en uno y otro sentido, y su incapacidad de convocar a la gente, están asociados a la sustracción de contenidos básicos de la política? Revertir esta tendencia, cargando, por lo tanto, de mayor contenido a la democracia, es esencial para tener una política que responda más a las necesidades del desarrollo.

En segundo lugar, para lograr estos resultados es necesario garantizar el pluralismo en el debate académico y crear mecanismos que transformen estos debates técnicos en debates sociales. De ahí se deriva la importancia de facilitar la interacción entre los grupos académicos y las distintas organizaciones sociales y de difundir los debates correspondientes a través de los medios masivos de comunicación.

La tercera implicación es que el fortalecimiento de las instancias tecnocráticas y las autoridades económicas autónomas debe estar acompañado de un control político apropiado. Un elemento esencial es el fortalecimiento de la capacidad de las instancias de control político para hacerlo con propiedad. En esta perspectiva, la prioridad es la conformación de cuadros técnicos de apoyo a los parlamentos, a los partidos políticos, a los sindicatos y organizaciones populares y a las organizaciones empresariales, sin lo cual no puede haber una interlocución apropiada con los sectores técnicos de los gobiernos. Esta es una de las prioridades de la agenda democrática a la que se ha prestado poca atención.

Fuente: José Antonio Ocampo, *Reconstruir el futuro. Globalización, desarrollo y democracia en América Latina*, Bogotá, D.C., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Grupo Editorial Norma, octubre del 2004.

Lo que debe estipularse en un acuerdo social y político no es si los ciudadanos son titulares de derechos por definición y si estos deben garantizarse sin ninguna exigencia, cuestiones que no deberían ser objeto de debate, sino cuáles y cuánto de tales derechos deben garantizarse para toda la sociedad, teniendo como referencia el grado histórico de avance de esta y los posibles riesgos que la ciudadanía enfrenta. Esto obliga a que todos los actores adhieran a un principio de solidaridad social, expresado en la distribución intra e intergeneracional de recursos materiales y financieros, de acceso a servicios de salud y educación, de riesgos y oportunidades.

La pregunta que se plantea entonces es qué derechos o qué grado de concreción de estos debe constituir el sustrato de un contrato social que se renueva. En otras palabras, ¿cuál es el contenido específico de un contrato de protección social en un momento histórico determinado? En el caso de América Latina y el Caribe, es improbable, por ejemplo, que los países en los que una alta proporción de la población vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza puedan plantearse absorber en sus políticas de protección a otros segmentos sociales en situación de riesgo. En países que han reducido considerablemente la pobreza puede ser igualmente una opción regresiva el

restringir la protección social a los grupos más pobres, sobre todo si se considera la amplitud de las capas medias que, en caso de no contar con apoyo para hacer frente a los riesgos, se ven afectados por incertidumbre laboral, bajos ingresos o ambos.

Lo anterior significa que los elementos que dan sustancia a un pacto o contrato social basado en derechos no pueden generalizarse a todos los países y en toda circunstancia. Si bien los derechos son universales, los estándares de realización que se consideran adecuados están históricamente determinados. Por lo tanto, en el contrato social se deben considerar las variaciones en el tiempo y el espacio, conforme se expanden o disminuyen los recursos, y aumentan los umbrales mínimos necesarios para salir de la pobreza, mitigar la vulnerabilidad y reforzar la inclusión social. Además, todo pacto debe basarse en el hecho de que los tres principios en juego en los sistemas de protección (solidaridad, universalidad y equivalencia) deben estar en equilibrio, a fin de movilizar incentivos y combinarlos apropiadamente. Ese equilibrio no viene dado: hay que construirlo, legitimarlo y no es fácil llegar a un consenso óptimo entre incentivos al aporte individual y mecanismos de transferencia para plasmar la solidaridad y la universalidad.

En síntesis, el pacto debe apuntar a la construcción de un consenso en el que se contemple lo siguiente:

- Un umbral mínimo de protección social al cual todo miembro de la sociedad, por el solo hecho de ser ciudadano, debe tener acceso, pero que debe ser realista en función del nivel de desarrollo de la sociedad y el margen viable de redistribución y transferencias entre distintos sectores.
- El ritmo de expansión de ese mínimo, y la secuencia y progresividad en la ampliación de esferas de protección y provisión, todo esto considerando un margen para la redistribución de recursos pero también la expansión de recursos mediante el crecimiento económico, conciliando medidas redistributivas con resguardo de la competitividad y sostenibilidad del crecimiento.
- Formas concretas de solidaridad, cuyos mecanismos pueden variar de un país a otro. Precisamente por no existir un modelo único, es muy importante forjar una institucionalidad social que tenga suficiente autoridad y legitimidad (desde el Estado y desde la sociedad) para aplicar las políticas pertinentes. Lo que está en juego es el respaldo que la sociedad confiere a los sistemas regulares de transferencias entre activos y pasivos por razones de edad, género o condiciones de empleo e ingreso; entre aportantes privados y beneficiarios públicos; entre ciudadanos de altos ingresos y ciudadanos de bajos ingresos; entre empleadores y empleados, y entre la población protegida y la población vulnerable.
- Modalidades instituidas de regulación que el Estado hace cumplir y que permiten garantizar que se cumpla la solidaridad descrita. Esta puede consistir en una combinación idónea público-privada para el financiamiento de prestaciones y la provisión de servicios (incluidos entre otros los fondos de compensación); entre aportes individuales y públicos (en que se equilibren los incentivos y las transferencias); de carga y estructura tributaria, y de distribución de costos y beneficios mediante reformas laborales.
- Un esquema progresivo, tanto en materia de gasto social como de carga tributaria, en el que se defina claramente a qué se destinarán los incrementos, que deberán orientarse a la inversión social y beneficiar claramente a los grupos más desprotegidos, junto con tomar medidas concretas para que los recursos no se destinen a otros fines.
- Estándares sobre efectos sociales del incremento de recursos, que el Estado deberá asumir como una obligación derivada del pacto social.

La protección social responde en este caso a dos lógicas: la que relaciona de manera más o menos lineal los aportes (“cotizaciones”) y los beneficios, y la que claramente desvincula los aportes de las retribuciones, recurriendo para ello a los impuestos o subsidios cruzados. En el primer caso, el individuo espera una clara relación entre lo que aporta a seguridad social y los beneficios que recibe. Se trata básicamente de una relación lineal entre aportes y beneficios, cuya expresión más clara son los seguros de riesgo individuales y los sistemas de pensiones que operan por capitalización individual. Esta lógica se basa en un principio de equidad individual.

En el caso de la equidad colectiva, cuya expresión más tangible es la asistencia social, la lógica imperante es distinta. En este caso los contribuyentes hacen sus aportes mediante los impuestos y los beneficios no tienen una relación directa con lo aportado por los contribuyentes. Más aún: lo habitual es que los beneficiarios de la asistencia social sean quienes menos aportan en términos de impuestos durante su vida activa. De allí que la asistencia social funciona como un mecanismo de redistribución, es decir, canalizando transferencias de los que más tienen a los que menos tienen. La precisión de cuáles y cuántos derechos están garantizados y, por lo tanto, de qué riesgos está dispuesta a asumir la sociedad como responsabilidad colectiva, debe conducir a la definición explícita de los bienes de carácter público de los cuales el Estado se hace insustituible e indelegablemente responsable, al margen de si su provisión puede estar a cargo de instituciones públicas o privadas.¹⁹

En este marco, un pacto o contrato social en el que se estipulen los estándares aceptables de protección social de todos los ciudadanos siempre se va a desplazar a lo largo de la línea cuyos extremos son la equidad individual y la equidad social, es decir la relación directa entre aportes y retribuciones, y la optimización social de estas retribuciones a partir de la suma de aportes. El equilibrio ideal es el que permite movilizar de manera eficiente un máximo posible de recursos y, a la vez, lograr o mantener un óptimo distributivo en su uso con fines de protección social.

Un pacto de protección social es, tal como se dijo en un principio, una ecuación en que los derechos sociales son el horizonte normativo, y las desigualdades y restricciones presupuestarias son las limitaciones que es necesario enfrentar. Hay que conciliar los imperativos éticos que sirven de fundamento a un contrato centrado en derechos sociales con las restricciones financieras derivadas de las dinámicas descritas en los capítulos siguientes. Asimismo, hay que conciliar las exigencias de optimizar el uso de recursos para ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios, sobre todo para la población no cubierta o mal cubierta. Las propuestas que se plantean en este documento tienden puentes entre los derechos sociales y criterios de política orientados a lograr simultáneamente mayor acceso, mejor financiamiento y más solidaridad.

Para ello se prestará especial atención a algunos de los principales temas relacionados con la protección social. Al respecto se presentarán en los siguientes capítulos evaluaciones y propuestas relativas a los sistemas de salud y previsión social, basadas en la capacidad incluyente del mercado laboral y los programas de apoyo a los grupos más pobres. Tales contribuciones, que constituyen la esencia de este documento, permitirán avanzar en la definición de los diversos aspectos de lo que hoy debiera constituir un nuevo contrato o pacto social basado en el derecho a la protección social.

Hay temas no tratados en los siguientes capítulos y que son también claves en relación con la protección e inclusión sociales, entre otros la educación, los asentamientos humanos, la infraestructura y la provisión de servicios básicos. Por razones de extensión, y a fin de evitar un exceso de dispersión temática, se ha acotado el alcance de este documento a los ámbitos mencionados. Tampoco se establece en el documento una clara vinculación entre la protección social y los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, lo que se debe a que la CEPAL coordinó ya la preparación del documento sobre el seguimiento de dichos objetivos en América Latina y el Caribe, que se publicó en el 2005 y que reúne los aportes de una amplia gama de organismos del sistema de

¹⁹ Provisión que, por lo demás, debe ser normada, regulada y fiscalizada por el Estado para garantizar que los bienes públicos sean de la calidad estipulada y se distribuyan en las cantidades establecidas a sus destinatarios.

las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2005). Se ha preferido evitar redundancias y hacer un aporte específico en torno a temas de protección social que hoy adquieren particular fuerza política en la región, como son los de salud, seguridad social y transferencias directas.

En los restantes capítulos del documento se hace el camino inverso al planteado en este: en lugar de partir de los derechos para llegar a los datos, se procede inductivamente a partir de la situación actual. Desde ese punto de partida, se examina y dirime qué es posible y dónde, dadas las restricciones, pueden ubicarse los óptimos de protección social. No se pretende con esto negar el valor y carácter vinculante de los derechos sociales, y prueba de ello es que se ha comenzado precisamente por los derechos en este capítulo inicial. Lo que se desea es darle una dimensión histórica a los derechos sociales en los países de la región, a partir de las posibilidades que existen hoy en tales países, dados los márgenes que proveen los recursos disponibles y la posibilidad de redistribuirlos optimizando la protección, sin descuidar la viabilidad, sostenibilidad y competitividad de las economías. Equidad y equilibrio son, pues, dos caras de la moneda que aquí se ha querido acuñar.

Con este documento la CEPAL aspira a hacer un aporte a la dimensión sustantiva de un pacto por la protección social, conjugando las restricciones de recursos con el margen que ofrecen las políticas para orientarlas al bienestar de la población. Así como en este primer capítulo se esbozan los principales “titulares” de un pacto de protección social, en los capítulos siguientes estos se desarrollan en más detalle a partir de diagnósticos estilizados. Con esto se pretende ofrecer alternativas viables para avanzar en la plena titularidad de los derechos sociales de las mujeres y hombres latinoamericanos y caribeños, corrigiendo desigualdades y manejando las restricciones y posibilidades que la actual globalización coloca en el escenario.



Capítulo II

Dinámica contributiva, mercado de trabajo y desafíos para la política fiscal

Introducción

La mejor forma de garantizar la materialización de los derechos económicos y sociales de la población es, sin duda, mediante la provisión de trabajo decente (OIT, 1999). Sin embargo, los mercados laborales de la región no han logrado transformarse en una puerta de entrada universal y dinámica a los esquemas de protección social. De hecho, la cobertura contributiva se redujo en la región entre 1990 y el 2003. Es difícil pensar que la dinámica del mercado laboral se revierta a corto o mediano plazo, lo que lleva a plantear con urgencia la necesidad de desarrollar en forma progresiva sistemas de protección social no necesariamente vinculados al trabajo. De ahí la importancia de potenciar los mecanismos de protección social no contributivos, que hoy en día se encuentran limitados por recursos fiscales generalmente escasos, por lo que amplios sectores de la población quedan en la práctica excluidos de los esquemas formales de protección.

Es por ello que, junto con buscar formas de mejorar la capacidad de las economías nacionales de crear trabajo decente, se debe avanzar en la adopción de medidas para garantizar un financiamiento adecuado y estable a fin de complementar la protección por la vía laboral con mecanismos solidarios de protección no contributiva.

Para potenciar la protección social contributiva, es necesario mejorar el desempeño del crecimiento económico en términos del ritmo y la estabilidad, además de facilitar la formalización del empleo y propiciar políticas que compatibilicen la adaptabilidad laboral con la protección social. Más allá de la importancia de las políticas macroeconómicas destinadas a garantizar el nivel de empleo y su baja volatilidad a lo largo del tiempo, las políticas de desarrollo productivo permiten aumentar la demanda de empleo de manera indirecta, mediante el perfeccionamiento del aparato productivo (CEPAL, 2004b).

Para ampliar el alcance de los sistemas de protección social y responder a la creciente demanda de prestaciones no contributivas hay que desplegar esfuerzos para lograr una reorientación del gasto social o incrementar el financiamiento proveniente de recursos tributarios. Para ello es necesario avanzar hacia un acuerdo político, en el que se ponga el acento en la necesidad de construir un nuevo pacto social y fiscal capaz de aumentar paulatinamente el nivel de ingresos fiscales, pero que no atente contra la competitividad de las economías. Fuera de las dificultades que pueden presentarse, en algunos casos, para instaurar nuevos impuestos o elevar las tasas impositivas, la eliminación o disminución de las exenciones, la reducción de las deducciones y el mejoramiento de la administración tributaria surgen como elementos importantes de la agenda futura.

Si bien la expansión de la cobertura de la protección social está estrechamente ligada a la viabilidad de expandir y formalizar los mercados de trabajo, al mejoramiento de las finanzas públicas y a un manejo adecuado de la política social, hay otros factores que incrementan la presión ejercida sobre los sistemas de protección. Entre otros destacan la transición demográfica y los cambios ocurridos en el ámbito de los hogares.

En el presente capítulo se examina la información disponible en América Latina y el Caribe, en cuanto a la cobertura contributiva de la protección social, y se analizan los desafíos que se plantean tanto en relación con la dinámica del mercado laboral y su expansión como con la naturaleza del gasto social y las posibilidades de ampliar el financiamiento público con fines sociales.

Cobertura contributiva de la protección social

A pesar de la larga trayectoria de los seguros sociales en América Latina y el Caribe, la protección social por la vía contributiva cubre actualmente solo a una fracción de los trabajadores y trabajadoras. Esta situación es particularmente compleja en los sectores rurales y entre los ocupados en el sector informal de la economía; de hecho, ni siquiera los trabajadores insertos en empleos urbanos formales y en sectores de alta productividad cuentan con protección garantizada por la vía contributiva. Asimismo, las construcciones sociales de género que tienden a delegar en la mujer las labores de cuidado doméstico e infantil no remunerado dificultan su inserción laboral, haciéndolas muchas veces dependientes de sus cónyuges para el acceso a servicios de protección social por la vía contributiva. En este contexto, debido a las limitaciones de los sectores más pobres de la región para generar un volumen adecuado de ingresos e insertarse en empleos de alta productividad, la cobertura contributiva está estrechamente relacionada con la ubicación de los hogares en lo que respecta a la distribución de ingresos, es decir, la desigualdad de ingreso se traslada al ámbito de la seguridad social como desigualdad de cobertura contributiva. Esta situación se vuelve aún más compleja, dada la evolución reciente de estos indicadores. En efecto, desde 1990 los sistemas contributivos de protección social han mostrado una baja de los niveles de cobertura de la población ocupada.

Situación actual

En el cuadro II.1 se muestra la fracción de los trabajadores y trabajadoras ocupados que hace aportes a un esquema de seguridad social contributiva en 16 países de la región. Aunque hay notables diferencias entre los países considerados, el promedio simple muestra que solo el 38,7% de los ocupados se encuentra cubierto.¹ Este porcentaje es notablemente inferior en el caso de los ocupados en el sector rural (21,9%), los empleados urbanos de empresas pequeñas y los integrantes

Cuadro II.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
(Porcentaje de los trabajadores ocupados que cotizan)

País	Total nacional	Total zonas urbanas	Total zonas rurales	Sector urbano formal ^a	Sector urbano informal asalariado ^b	Sector urbano informal no asalariado ^c	Total hombres	Total mujeres
Argentina ^d (2002, zonas urbanas)	...	56,0 ^d	...	68,5 ^d	22,7 ^d	...	59,0 ^d	52,5 ^d
Bolivia (2002)	14,5	21,2	4,6	42,8	6,8	10,4	13,8	15,4
Brasil (2001)	47,8	54,3	17,4	78,3	34,4	17,1	48,4	47,0
Chile (2003)	64,9	67,0	48,8	81,6	50,8	20,7	66,6	62,1
Costa Rica (2002)	65,3	68,2	60,5	87,7	43,3	35,0	68,5	59,3
Ecuador (2002, zonas urbanas)	...	32,3	...	57,4	12,8	10,9	32,4	32,0
El Salvador (2001)	32,9	43,4	14,5	78,5	10,9	11,0	30,9	35,9
Guatemala (2002)	17,8	31,1	8,5	63,6	10,0	0,3	18,4	16,7
México (2002) ^d	55,1 ^d	64,8 ^d	30,8 ^d	81,9 ^d	25,5 ^d	...	52,9 ^d	59,1 ^d
Nicaragua (2001)	18,3	25,1	7,6	53,8	7,4	1,3	16,3	21,9
Panamá (2002)	53,8	66,6	29,3	88,4	36,5	26,4	48,6	63,4
Paraguay (2000)	13,5	20,2	5,0	48,9	4,1	0,8	13,1	14,2
Perú (2001)	13,0	18,7	2,6	43,8	3,8	3,2	15,0	10,4
República Dominicana (2002) ^d	44,7 ^d	48,0 ^d	32,7 ^d	52,6 ^d	14,8 ^d	...	43,4 ^d	46,6 ^d
Uruguay (2002, zonas urbanas)	...	63,8	...	88,2	43,9	24,7	63,6	64,0
Venezuela (República Bolivariana de) (2002) ^d	61,5 ^d	...	...	75,5 ^d	19,9 ^d	...	58,0 ^d	67,1 ^d
Promedio simple	38,7	45,4	21,9	68,2	21,7	13,5	40,6	41,7

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

Nota: Las variables utilizadas para la definición del aporte a la seguridad social varían en función de las encuestas de cada país: aporte o afiliación a un sistema de pensiones (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay), a un sistema nacional de seguro social (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá), derecho a prestaciones sociales (República Bolivariana de Venezuela) y trabajo con contrato firmado (República Dominicana).

^a Sector formal: asalariados del sector público y de empresas con más de cinco empleados, trabajadores por cuenta propia profesionales y técnicos, y dueños de empresas de cinco empleados o más.

^b Sector informal asalariado: asalariados de empresas con menos de cinco empleados e integrantes del servicio doméstico.

^c Sector informal no asalariado: trabajadores por cuenta propia no profesionales o técnicos, familiares no remunerados y dueños de empresas con menos de cinco empleados.

^d La tasa corresponde al aporte a la seguridad social de los asalariados, excluidos los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los dueños de empresas.

¹ Los datos utilizados en el análisis empírico que se presenta en esta sección corresponden a personas de 15 a 64 años. Los promedios simples presentados en el cuadro II.1 solo se refieren a los países con encuestas representativas al nivel considerado. Los totales correspondientes a hombres y mujeres son promedios nacionales o urbanos, dependiendo de las características de la encuesta de cada país.

del servicio doméstico (sector informal asalariado, 21,7%), y mucho más bajo aún en el de las personas que se desempeñan como trabajadores por cuenta propia, familiares no remunerados o dueños de pequeñas empresas (sector informal no asalariado, 13,5%). Los trabajadores del sector público y de los sectores urbanos considerados de alta productividad (empresas medianas y grandes, profesionales y técnicos, y dueños de empresas de más de cinco trabajadores) presentan una situación privilegiada en términos de cobertura contributiva. Sin embargo, llama la atención que esta diste de ofrecer una protección universal, con un promedio simple de cobertura del 68,2%; algunos países incluso presentan tasas inferiores al 50%.

La baja tasa de aportes de los trabajadores del sector urbano informal, sobre todo de los no asalariados, es muy importante porque estos representan, en promedio, el 48,6% de los ocupados urbanos de la región (los no asalariados, el 30,8%); esto significa que prácticamente la mitad de los trabajadores urbanos se encuentran insertos en actividades en que menos del 20% participa de la seguridad social contributiva.

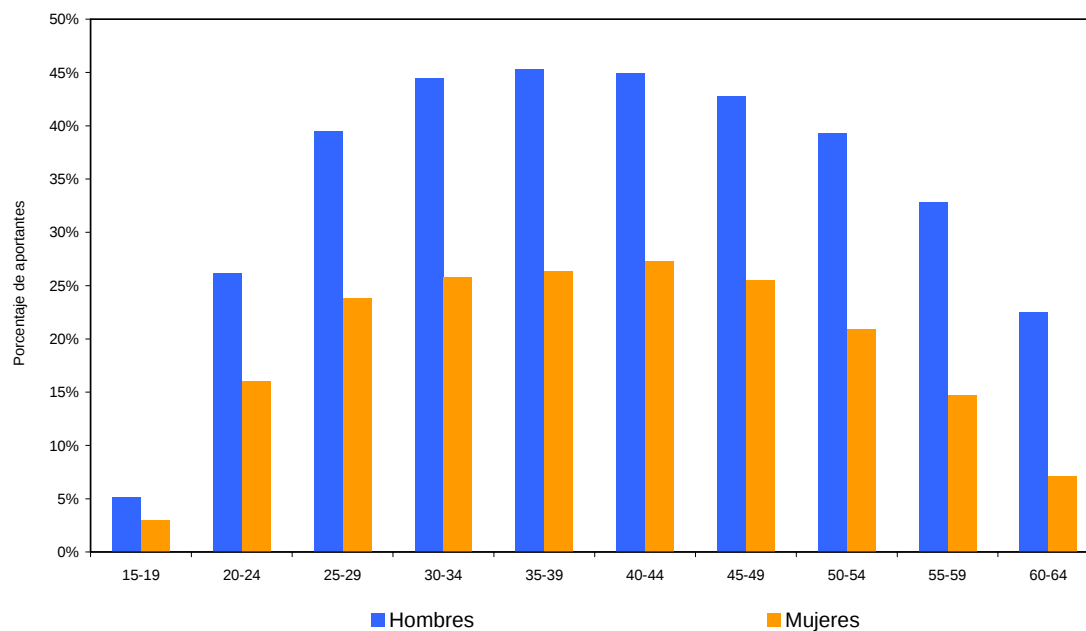
Aunque en promedio se observa una tasa de cobertura contributiva muy similar de todos los ocupados, tanto hombres como mujeres, esta oculta notables diferencias de género relacionadas con las largas lagunas de aporte de las mujeres, generalmente ligadas al cuidado de niños, adultos mayores y personas discapacitadas.² En efecto, al considerar toda la población en edad de trabajar, que incluye tanto a la población activa como inactiva, la brecha contributiva de género en la región es significativa y va en aumento junto con la edad; efectivamente, solo el 19% de las mujeres de 15 a 64 años hace aportes, lo que se compara con el 32% de los hombres que participan de los sistemas de seguridad social (véase el gráfico II.1).³ En términos de actividad, empleo y carga del cuidado familiar, la situación de la mujer en el mercado de trabajo configura un cuadro que limita las posibilidades e incentivos de las más pobres para incorporarse a ese mercado y aportar a la seguridad social (Cruces y Galiani, 2005). Esta situación es fundamental cuando se trata de evaluar el grado de equidad de los sistemas contributivos de pensiones de la región, puesto que la alta proporción de mujeres que se dedica exclusivamente al cuidado de otros, la crianza y el trabajo doméstico suele quedar parcialmente excluida de los sistemas previsionales, salvo que hayan estado casadas o hayan convivido con un varón por largo tiempo y siempre que cumplan una serie de requisitos, entre otros no contraer nuevas nupcias o tener hijos con el cotizante o pensionado. La otra opción que les queda a estas mujeres es aspirar a una pensión asistencial, alternativa que en algunos países es prácticamente inexistente (CEPAL, 2004c).

Independientemente de la mayor dificultad para insertarse en el mercado laboral, el tipo de inserción es un factor más que contribuye a la desprotección de las trabajadoras latinoamericanas y caribeñas: en la mayoría de los países considerados, las mujeres se insertan con mayor frecuencia que los hombres en sectores de baja productividad del mercado de trabajo, que suelen estar ligados a actividades con escasa protección por parte de la seguridad social contributiva (véase el gráfico II.2).

² Cabe señalar que hay marcadas diferencias de género en los países: mientras algunos se caracterizan por una cobertura sustancialmente mayor de los hombres (Costa Rica, Argentina y Perú) otros muestran la relación inversa (El Salvador, México, Panamá y República Bolivariana de Venezuela).

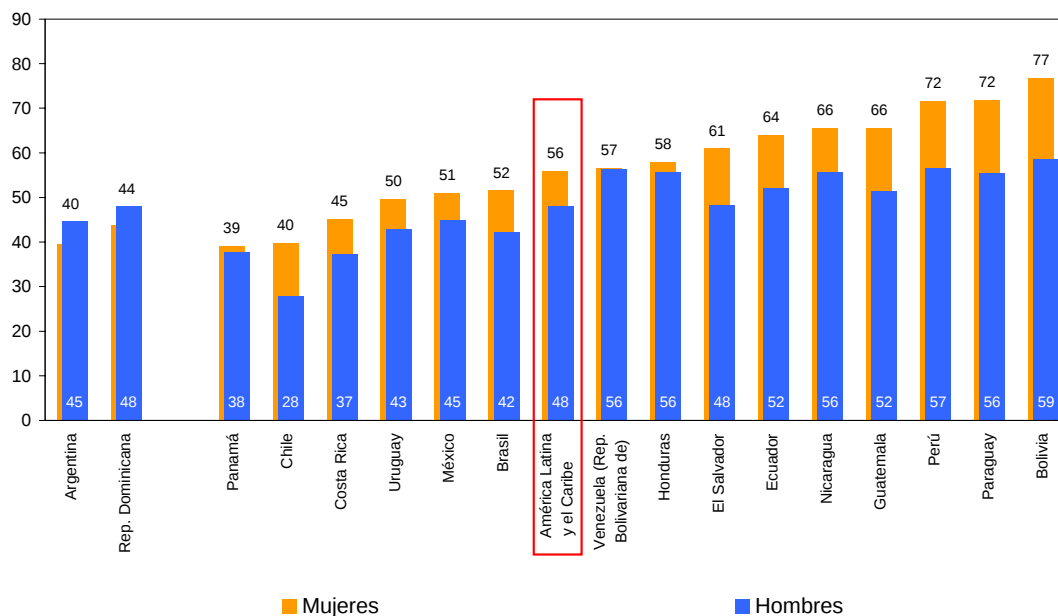
³ Algunos de los factores más importantes que explican este fenómeno se relacionan con las mayores tasas de inactividad entre las mujeres de estratos socioeconómicos bajos. Además de factores de índole cultural, esto podría atribuirse al mayor costo de oportunidad, y a los menores beneficios, que supone para las mujeres la integración al ámbito del empleo. En efecto, la carga que representa el cuidado de los niños en los hogares pobres duplica con creces la de los hogares más acomodados. A su vez, los menores niveles educacionales y de calificación se reflejan en remuneraciones que no compensan el posible costo de dejar a los menores a cuidado de terceros. Por último, las probabilidades de encontrar empleo de las mujeres son inferiores, lo que desalienta su participación en el mercado de trabajo.

Gráfico II.1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: APORTANTES A LA SEGURIDAD SOCIAL
(Porcentaje de la población en edad de trabajar, por edad y sexo)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de hogares de los respectivos países, alrededor de 2002.

Gráfico II.2
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN OCUPADA URBANA FEMENINA Y MASCULINA EN SECTORES DE BAJA PRODUCTIVIDAD DEL MERCADO DE TRABAJO (ALREDEDOR DE 2002)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina, 2004* (LC/G.2295-P), Santiago de Chile, noviembre del 2004. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.

La cobertura contributiva reproduce claramente los patrones del mercado laboral, dado que los trabajadores con más experiencia o más educación e insertos en relación de dependencia laboral en empresas de mayor tamaño o en sectores que se caracterizan por una mayor estabilidad laboral tienen mayores probabilidades de cotizar.⁴ Del análisis econométrico presentado en el recuadro II.1 se concluye que, incluso después de controlar por factores demográficos y geográficos, los factores laborales explican una parte significativa de la probabilidad de hacer contribuciones a la seguridad social. El análisis por sexo, por su parte, demuestra que la influencia de la experiencia y la educación en el comportamiento contributivo es mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres, es decir que el atributo que representan el haber adquirido una mayor educación y la mayor experiencia son más valorados en el mercado laboral, en términos de cobertura contributiva de la protección social, en un varón que en una mujer.⁵

Recuadro II.1
**ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LA PROBABILIDAD DE APORTAR
A LA SEGURIDAD SOCIAL**

El nivel de cobertura contributiva de una persona ocupada está determinado en gran medida por la modalidad de inserción en el mercado laboral. También cuentan su lugar de residencia, el sexo y otros factores demográficos como la edad, la escolaridad y el estado civil, que influyen en la situación contributiva de las personas. A efectos de evaluar estas interrelaciones se realizó un análisis multivariado, basado en microdatos de las encuestas de hogares, de los determinantes de la cobertura contributiva entre los trabajadores ocupados (véase el cuadro presentado a continuación).³ Este tipo de metodología facilita la distinción entre los efectos de variables personales (sexo, edad, educación, estado civil, presencia de niños menores en el hogar), geográficas (urbano o rural) y variables relacionadas con el tipo de inserción laboral (tamaño de la empresa, sector público o privado, sector económico, categoría profesional o técnica).

Las columnas del cuadro II.2 representan distintos modelos. La primera corresponde a un modelo en el que solo se consideran las características no laborales de los ocupados y su lugar de residencia (urbana o rural, cuando la encuesta permite distinguir). La segunda corresponde al modelo en el que se agregan variables descriptivas del tipo de inserción laboral del trabajador. Dadas las diferencias observadas a nivel desagregado entre hombres y mujeres, en la tercera y la cuarta columnas se muestran los resultados del segundo modelo, pero restringido solo a las mujeres o a los hombres de la muestra.^b

En primer lugar, se observa en todos los casos una gran influencia de las variables demográficas en la probabilidad de cotizar en la seguridad social: dicha probabilidad aumenta con la edad, aunque a tasas decrecientes; con el nivel educativo; con la presencia del cónyuge en el hogar (sobre todo entre los hombres) y es mayor en las zonas urbanas.

Al pasar del escenario inicial al modelo 2, que incluye una serie de indicadores relativos al tipo de inserción laboral, se aprecia que parte importante del efecto de algunas variables no laborales disminuye considerablemente. Es así como el efecto de la educación en la probabilidad de cotizar disminuye más del 40%; una disminución similar se observa en los casos de presencia de cónyuge en el hogar y en los hogares de zonas urbanas. Esto sugiere que la importancia de los distintos indicadores de inserción laboral tiende a opacar la influencia de factores como la educación, la presencia del cónyuge y la ubicación geográfica de los hogares, dado que parte significativa del efecto de estas variables se transmite a través del mercado laboral. Por ejemplo, los individuos más educados suelen insertarse en empresas de mayor tamaño, en sectores económicos de comportamiento más estable y en puestos profesionales o directivos, que a su vez están asociados a una mayor propensión a cotizar.

Los resultados sobre inserción laboral del modelo 2 apuntan exactamente en la dirección esperada. La cobertura es sustancialmente inferior en el caso de los trabajadores por cuenta propia (51 puntos porcentuales menos que los asalariados), los empleados del servicio doméstico y los trabajadores en empresas con menos de cinco trabajadores. En segundo lugar intervienen la influencia positiva del trabajo en el sector público y del trabajo profesional o técnico.^c

⁴ Usando datos de 14 países de la región para el período 2000-2003, Rofman (2005) llega a conclusiones similares.

⁵ En este sentido, el sistema de género imperante —en el que operan normas sociales, leyes, instituciones, falta de servicios y de oportunidades— no solo significa que un alto porcentaje de mujeres queda excluido del empleo, sino también que las que logran insertarse en el mercado laboral suelen ser discriminadas.

Recuadro II.1 (continuación)

Los modelos diferenciados por sexo arrojan resultados cualitativamente similares al modelo 2, pero muestran coeficientes sistemáticamente superiores en las variables de edad y educación (respecto del grupo de base, menores de 30 años, con menos de 6 años de escolaridad) en los hombres, en comparación con las mujeres. Esto revela que la rentabilidad positiva de la educación y la experiencia, en términos de participación contributiva, resulta de mayor importancia entre los hombres que entre las mujeres.

En suma, el análisis multivariado confirma la importancia del tipo de inserción laboral en la participación contributiva, además de poner en evidencia importantes diferencias entre los sexos, relacionadas con el valor otorgado en el mercado laboral a la educación y la experiencia de las trabajadoras.

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

^a En la muestra se incluye a los trabajadores ocupados de 15 a 64 años; la variable dependiente corresponde a la cotización (0 o 1) a los sistemas de seguridad social; se incluyen efectos fijos por país (que permiten capturar las diferencias sistemáticas en las formas de medición y marcos muestrales de las distintas encuestas); se estima mediante mínimos cuadrados ordinarios y los errores estándar son robustos en lo que se refiere a problemas de heteroscedasticidad y controlan por la correlación entre errores a nivel de países.

^b Para comprobar que los resultados no estén sesgados por los países de mayor población (Brasil y México), se estimó un modelo similar al modelo 2, en el que se excluyen estos países de la muestra, lo que dio resultados muy similares a los aquí presentados.

^c Los resultados de los indicadores por sector industrial (no presentados en el cuadro pero incluidos en la estimación) muestran mayores tasas de aporte en los sectores de suministros básicos (electricidad, gas y agua), en la industria y la minería, en los sectores financiero e inmobiliario y en el comercio, así como un rezago en la cobertura contributiva de la agricultura y la construcción.

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): REGRESIONES DE LOS DETERMINANTES DEL
APORTE A LA SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LOS OCUPADOS**

Variables independientes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 2 solo mujeres ^a	Modelo 2 solo hombres ^a
Edad entre 30 y 39	0,082 (11,66)***	0,090 (15,65)***	0,079 (12,55)***	0,097 (17,50)***
Edad entre 40 y 49	0,097 (9,03)***	0,116 (14,38)***	0,105 (8,85)***	0,125 (18,48)***
Edad entre 50 y 59	0,094 (3,76)***	0,133 (16,21)***	0,131 (10,30)***	0,137 (17,73)***
[Categoría base: edad entre 18 y 29]				
Educación entre 6 y 9 años	0,147 (6,79)***	0,084 (6,15)***	0,061 (3,22)***	0,096 (9,88)***
Educación entre 10 y 12 años	0,303 (15,69)***	0,165 (15,52)***	0,144 (11,10)***	0,171 (19,16)***
Educación superior a 13 años	0,465 (23,31)***	0,251 (13,12)***	0,221 (8,14)***	0,258 (16,73)***
[Categoría base: educación inferior a 6 años]				
Jefe de hogar: mujer con cónyuge presente	-0,003 (0,32)	0,029 (4,34)***	0,009 (1,89)*	
Jefe de hogar: mujer sin cónyuge presente	0,005 (0,56)	0,023 (4,54)***		
Jefe de hogar: hombre con cónyuge presente	0,053 (6,63)***	0,045 (4,37)***		0,043 (4,51)***
[Categoría base: hombre sin cónyuge presente]				
Niños entre 0 y 4 presentes	-0,004 (0,97)	-0,004 (0,66)	-0,006 (0,81)	-0,001 (0,32)

Recuadro II.1 (conclusión)

Variables independientes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 2 solo mujeres^a	Modelo 2 solo hombres^a
Hogar ubicado en sector urbano	0,156 (4,20)***	0,088 (4,16)***	0,062 (3,36)***	0,099 (4,43)***
Profesional o técnico		0,052 (3,13)***	0,051 (2,88)**	0,045 (2,49)**
Trabaja en servicio doméstico		-0,366 (8,77)***	-0,425 (14,08)***	-0,186 (4,00)***
Trabaja en una microempresa (menos de 5 empleados)		-0,292 (5,54)***	-0,310 (7,86)***	-0,279 (4,73)***
Trabaja por cuenta propia (o familiar no remunerado)		-0,350 (3,22)***	-0,417 (2,87)**	-0,316 (3,46)***
Trabaja como asalariado [Categoría base: patrón]		0,166 (1,97)*	0,176 (1,66)	0,152 (2,06)*
Trabaja en sector público		0,079 (2,32)**	0,049 (1,60)	0,098 (2,63)**
Inclusión de variables de control por sector de actividad económica	No	Si	Sí	Sí
Número de observaciones	528 739	524 787	208 761	316 026
Coefficiente R ² de la regresión	0,22	0,41	0,45	0,39

Nota: Estadísticos t robustos y ajustados por cluster a nivel de país entre paréntesis. * Significativo al 10%; ** significativo al 5%; *** significativo al 1%. Todos los modelos incluyen efectos fijos a nivel de país. Países incluidos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, y República Bolivariana de Venezuela. Las variables independientes son todas “indicadores” iguales a cero o uno.

^a En el “Modelo 2 solo mujeres”, se restringió la muestra a las trabajadoras ocupadas mientras que en el “Modelo 2 sólo hombres”, se estimó el segundo modelo para los varones ocupados de la muestra.

Por último, las diferencias en la cobertura contributiva que obedecen a factores geográficos, educativos, de género y del mercado de trabajo se traducen en acentuadas diferencias de cobertura que dependen de la posición del hogar en la distribución del ingreso. En efecto, en todos los países estudiados se observa una notable correlación entre la posición del hogar en la distribución de ingreso y la tasa de cobertura: los miembros de hogares de altos ingresos suelen presentar tasas sistemáticamente superiores de contribución y cobertura, y hay diferencias de hasta 60 puntos porcentuales entre el primer y último quintil (véase el cuadro II.2).

Cuadro II.2
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS OCUPADOS,
 POR QUINTIL DE INGRESO DEL HOGAR ^a**

País	Quintil 1 (ingreso más bajo)	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5 (ingreso más alto)	Q5 – Q1
Argentina (2002, urbana) ^b	15,2	38,3	57,7	66,4	76,1	60,9
Bolivia (2002)	3,2	6,3	10,3	16,2	30,3	27,1
Brasil (2001)	20,1	36,1	47,2	55,6	63,5	43,4
Chile (2003)	50,3	60,0	64,5	68,1	71,4	21,1
Costa Rica (2002)	49,6	58,2	63,7	66,2	75,1	25,5
Ecuador (2002, urbana)	11,1	18,8	25,1	33,7	54,5	43,4
El Salvador (2001)	11,5	16,8	29,5	36,1	52,9	41,4
Guatemala (2002)	4,7	15,0	17,1	23,3	24,0	19,3
México (2002) ^b	28,9	46,9	51,8	64,2	73,4	44,5
Nicaragua (2001)	6,4	12,0	13,5	23,5	26,9	20,5
Panamá (2002)	22,3	42,7	54,8	61,0	67,0	44,7
Paraguay (2000)	3,1	5,7	11,2	17,2	22,7	19,6
Perú (2001)	2,0	5,7	10,1	15,7	24,9	22,9
República Dominicana (2002) ^b	34,9	40,7	37,5	47,6	51,6	16,7
Uruguay (2002, urbana)	25,6	48,1	62,7	75,9	85,3	59,7
Venezuela (República Bolivariana de) (2002) ^b	36,9	51,9	59,7	68,1	78,9	42,0

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

^a Las definiciones de cobertura se presentan en las notas del cuadro II.1.

^b La tasa corresponde al aporte a la seguridad social de los asalariados, excluidos los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los dueños de empresas.

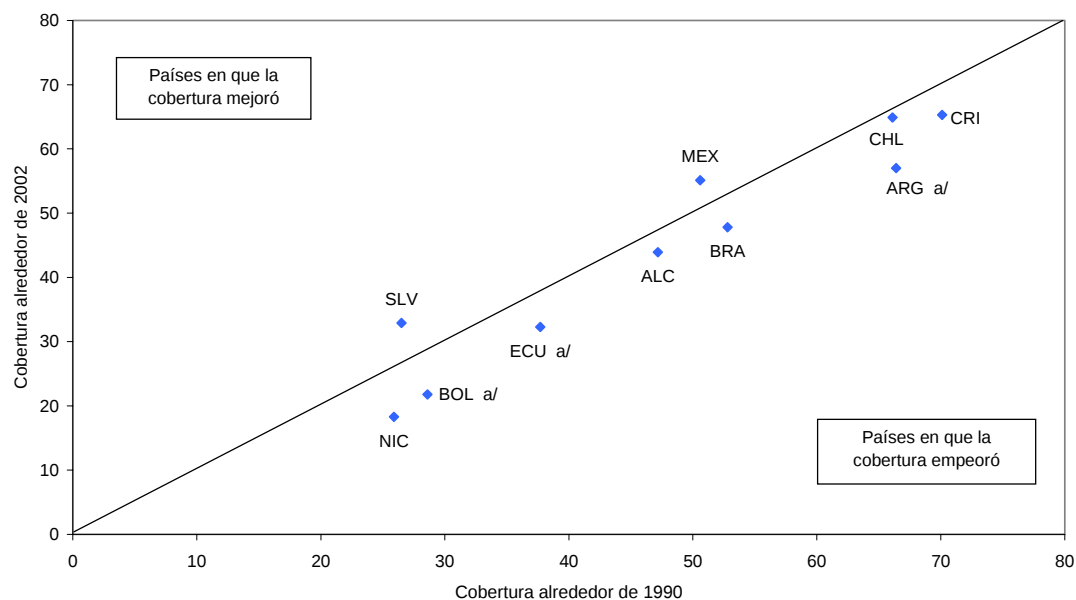
Evolución reciente

En el gráfico II.3 se presenta la evolución de la cobertura contributiva de los trabajadores ocupados entre 1990 y el 2002 en nueve países de la región.⁶ Con la excepción de México y El Salvador, todos los países considerados registraron una disminución de la fracción de los trabajadores ocupados que aportaban a la seguridad social.

Como se verá más adelante, este fenómeno puede atribuirse al débil y volátil crecimiento económico, así como a los procesos de cambio ocurridos en el mercado laboral, que condujeron a una baja del empleo formal y a una precarización de los distintos tipos de empleo, lo que a su vez se tradujo en un menor grado de cobertura de la seguridad social contributiva. Como se puede apreciar en el gráfico II.4, la disminución de la cobertura contributiva de la región se dio en todas las dimensiones del mercado laboral, independientemente de la ubicación geográfica, el sector (formal o informal), el sexo y el tipo de inserción (trabajadores del sector público y privado y por cuenta propia).

⁶ La elección de países y muestras responde a la disponibilidad de encuestas de hogares y variables comparables entre ambos períodos. Los países incluidos son Argentina (Gran Buenos Aires, 1990-2002), Bolivia (ocho ciudades principales, 1989-2002), Brasil (1990-2001), Chile (1990-2003), Costa Rica (1990-2002), Ecuador (urbano, 1990-2002), El Salvador (1995-2001), México (1989-2002), y Nicaragua (1993-2001). "LAC" representa el promedio simple de los nueve países considerados.

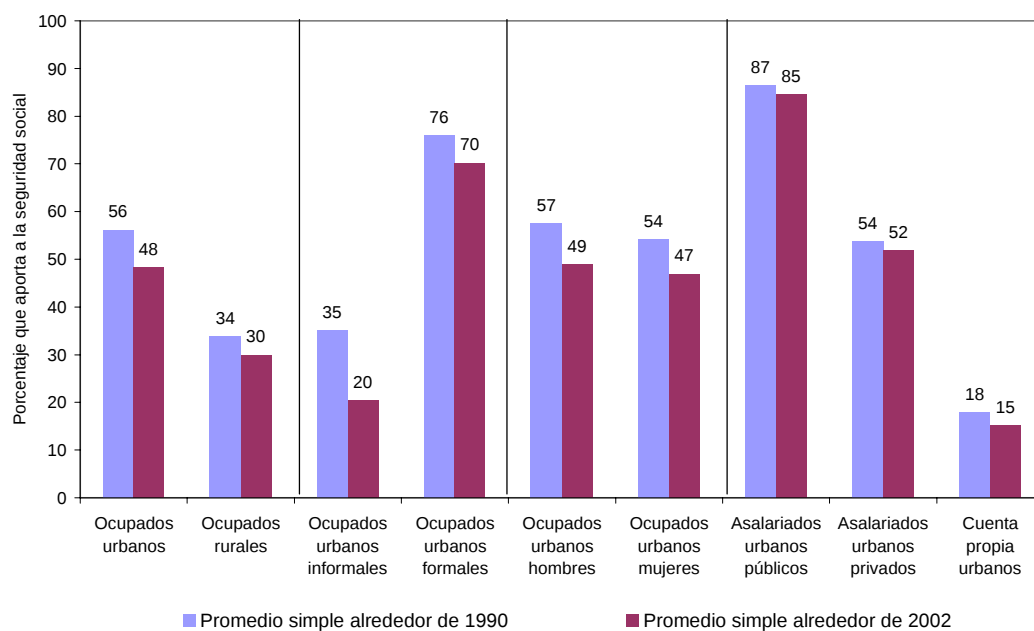
Gráfico II.3
**AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE COBERTURA DE TRABAJADORES
 OCUPADOS (ALREDEDOR DE 1990-2002)**



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

^a Países con encuestas urbanas.

Gráfico II.4
**AMÉRICA LATINA (9 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA CONTRIBUTIVA DE
 ALGUNAS CATEGORÍAS DE OCUPADOS URBANOS (ALREDEDOR DE 1990-2002)**



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

Evolución del mercado laboral

Las posibilidades de ampliar la cobertura de la protección social mediante esquemas contributivos se han visto restringidas, tanto por el aumento de las tasas de desempleo como por los cambios en la estructura del mercado laboral. En efecto, los problemas en la creación de empleos reflejan, entre otros factores, las moderadas tasas de crecimiento económico de los países de la región, así como su volatilidad. Asimismo, la dinámica laboral de la región se ha caracterizado en los últimos años por una mayor inestabilidad ocupacional, por la informalización y la precarización del empleo, por un proceso de desregulación del mercado laboral y por una mayor participación de la mujer. Estos factores han afectado negativamente la cobertura de protección social, puesto que se han traducido en el paso de ocupaciones que suponen un mayor grado de protección a otras menos protegidas.

Crecimiento económico, generación de empleo y desempleo

América Latina y el Caribe completará en el 2006 cuatro años consecutivos de crecimiento a una tasa media de alrededor del 4% a 4,5%, un hecho auspicioso desde el punto de vista de la historia de los últimos 30 años. Sin embargo, esta tasa, además de ser inferior a la del conjunto de países en desarrollo, es insuficiente para corregir los desequilibrios que aquejan a los mercados de trabajo regionales. La población económicamente activa aumenta a tasas cercanas al 2,4% anual, por lo que un incremento del PIB como el señalado no deja mucho margen para reducir la tasa de desempleo teniendo en cuenta cierto aumento de la productividad.⁷

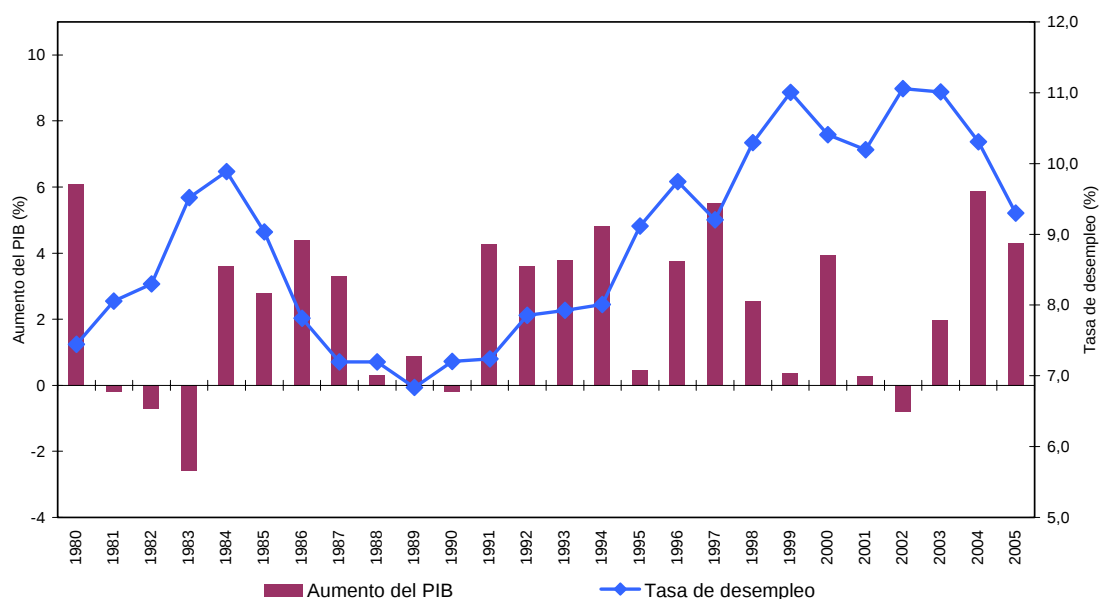
La persistencia y el aumento de la tasa de desempleo abierto es un fenómeno que ha cobrado fuerza a partir de los años noventa, y constituye un hecho nuevo y significativo en la región. Como se aprecia en el gráfico II.5, durante los años ochenta se observa un alto desempleo que coincide con la crisis del primer quinquenio, y reducciones paulatinas hasta comienzos de la siguiente década. El nivel de desempleo posterior a 1990, que en la mayoría de los casos fluctúa entre el 7% y el 11%, representa un salto importante con respecto a las tasas cercanas al 4% del período 1950-1970.

La baja expansión del trabajo asalariado ha afectado negativamente la protección social por la vía del empleo. Si bien entre 1995 y el 2004 la economía regional creció en promedio a tasas anuales del 2,6%, el empleo asalariado se elevó a un 2% anual, tasa que además es inferior a la expansión de la población económicamente activa (cercana al 2,4% por año). Del gráfico II.6 se desprende que, con pocas excepciones, el trabajo por cuenta propia creció más que el empleo asalariado.⁸ Si bien esta expansión no pudo suavizar los cambios en la tasa de desempleo abierto, ha contribuido a una creciente informalidad del mercado laboral, ligada a menores tasas de aporte a la seguridad social y, por lo tanto, a una mayor desprotección.

⁷ Esto sugiere que una de las principales causas del desempleo en la región es la debilidad y volatilidad del ritmo de crecimiento, más que el llamado “crecimiento sin empleo” (CEPAL, 2005b).

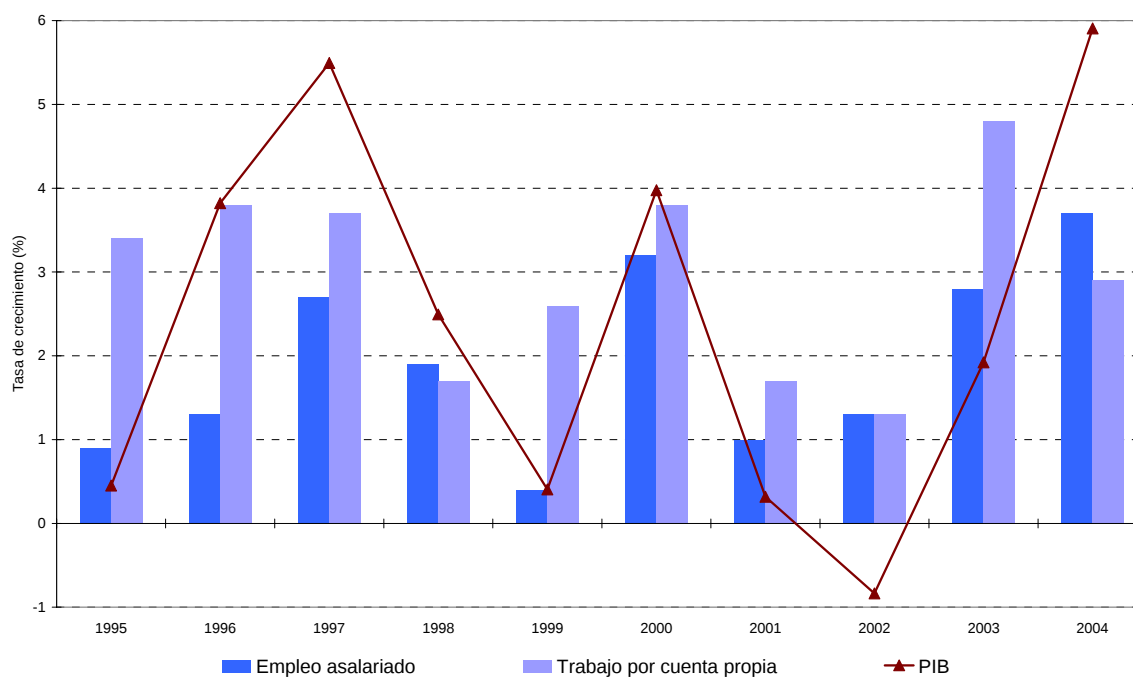
⁸ El trabajo por cuenta propia constituye la categoría más importante dentro del sector informal, aunque no todo el trabajo de este tipo es informal.

Gráfico II.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO Y DESEMPLEO



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005* (LC/G.2279-P/E), Santiago de Chile, agosto del 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.2.

Gráfico II.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CRECIMIENTO ECONÓMICO Y DINÁMICA DE LA GENERACIÓN DE EMPLEO POR CATEGORÍA OCUPACIONAL



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005* (LC/G.2279-P/E), Santiago de Chile, agosto del 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.2.

Si bien la volatilidad y la debilidad del crecimiento económico en la región han influido significativamente en la tasa de desempleo, esta también se ha visto afectada por otros factores. La mayor inflexibilidad de los salarios reales, como consecuencia de la reducción de los niveles de inflación, ha implicado que los ajustes del mercado laboral ante variaciones del ciclo económico se hagan principalmente a través del nivel de empleo. La transformación del desempleo abierto en un mecanismo de ajuste se ha visto facilitada por las reformas realizadas durante los años noventa y orientadas a dar mayor flexibilidad a la relación laboral mediante la introducción de nuevos contratos laborales.

Los procesos de privatización también influyeron en el nivel de empleo. El traslado de empleo desde el sector público al sector privado significó en primera instancia una restricción a las remuneraciones y, posteriormente, una reducción de personal.⁹ El aporte del sector público a la creación neta de puestos de trabajo, que en los años ochenta fue de 15 de cada 100 nuevos puestos creados, disminuyó a un 12% entre 1990 y el 2003. La reducción del empleo público contribuyó en parte al aumento del desempleo y a una migración de trabajadores al sector privado. El empleo público se ha caracterizado, y en gran medida continúa caracterizándose, por un régimen estatutario de inamovilidad contractual y plena protección social, lo que en parte compensa las remuneraciones inferiores a las del sector privado en el caso de algunos segmentos. El traslado al sector privado ha significado mayor inestabilidad y menor protección social, particularmente para los que no encuentran empleo en las empresas de mayor tamaño (Tokman, 2005).

Además de influir negativamente en el bienestar de los hogares, la baja del empleo y el consecuente aumento de la tasa de desempleo abierto han afectado la protección social contributiva, debido a que los países de la región no cuentan con esquemas de seguro de desempleo capaces de compensar la baja en los ingresos laborales (véase el recuadro II.2).

Recuadro II.2 SEGUROS DE DESEMPLEO EN AMÉRICA LATINA

Son pocos los países latinoamericanos que incluyen en sus sistemas de seguridad social la institución del seguro de desempleo: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay. La baja cobertura de estos esquemas se debe a que cubren únicamente a los trabajadores formales.

Los sistemas mencionados presentan diferencias en materia de financiamiento. El seguro de Uruguay se financia con cargo a las rentas generales. El financiamiento de los demás programas proviene de aportes de empleadores y trabajadores y, en los casos de Argentina y Brasil, incluye exclusivamente los aportes del empleador. En todo caso, es común que por las características de los mercados de trabajo estos seguros muestren una alta dependencia de los ingresos estatales, ya que rara vez se logra equilibrar los ingresos y gastos.

La cobertura se limita a los trabajadores dependientes, a los que se les exigen aportes o contribuciones anteriores, y los beneficios se definen como una proporción de los salarios anteriores a la pérdida del empleo.

En la presente década se han realizado dos reformas. En Ecuador, en el 2001, se instituyó un programa de cuentas individuales de indemnización administradas por instituciones de ahorro y en el 2002 se creó en Chile un seguro de cesantía, en el que se establecen cuentas de ahorro individuales y un fondo de cesantía solidario, que operan en forma complementaria.

Fuente: M. Velásquez, “La protección frente al desempleo en América Latina”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

⁹ Este traslado se vincula principalmente a la orientación de las reformas económicas que introducen la privatización, tanto para disminuir el déficit fiscal existente, como para proporcionar incentivos a la inversión privada, principalmente extranjera.

Restricciones impuestas por la inestabilidad y la precariedad del mercado laboral

Además de los crecientes niveles de desempleo abierto y de informalidad en la región, otra restricción que conviene considerar en términos de la cobertura contributiva es la existencia de nuevas modalidades que han acentuado la precariedad del empleo. Junto con una modesta creación de empleo asalariado en los últimos años, se observa en la región un deterioro de la cobertura de la seguridad social de los asalariados; de hecho, el tener un empleo asalariado formal no garantiza que se cotice. Como se señaló anteriormente, aunque la cobertura es mucho mayor entre los asalariados formales que entre los informales, entre 1990 y el 2003 disminuyó en ambos grupos.

Cabe observar que el nivel relativo de cobertura de los asalariados suele bajar en un período de crisis, ya que muchas empresas tratan de reducir costos sustituyendo los contratos formales por informales, mientras en etapas de crecimiento, se observa, por el contrario, un proceso de “blanqueo” de los empleos existentes.¹⁰ Esto se traduce en un notable aumento del número de puestos inscritos en instituciones de seguridad social y ministerios del trabajo que, en algunos casos, puede incluso superar la tasa de creación de empleos en su conjunto.

En muchos países de la región interesados en mejorar la eficiencia se han introducido reformas tendientes a incrementar la flexibilidad laboral. Sin embargo, cuando estas reformas se ponen en práctica en un contexto de bajo crecimiento y sin prevenir sus efectos en términos de protección laboral, el resultado es una mayor precarización del empleo. Algunos de los factores que han contribuido a este fenómeno son la adopción de contratos laborales atípicos y el debilitamiento de la fiscalización del trabajo. En efecto, los cambios en materia de legislación laboral han permitido el uso de contratos de muy variada naturaleza, con el fin de inducir una evolución de los contratos de duración indeterminada con miras a dar mayor flexibilidad a las relaciones laborales. Esta modalidad era la predominante en las relaciones laborales antes de la reforma y era coherente con la idea de estabilizar al trabajador en su puesto, penalizando el despido. Se introdujeron contratos “promocionales” de variadas características, que abarcaban desde contratos a plazo fijo, temporales, a tiempo parcial, para jóvenes, para mujeres y para jefes de hogar cesantes, entre muchas otras modalidades, y muchos de ellos sin cotizaciones para salud y pensiones o solo con beneficios parciales. Las nuevas modalidades contractuales se caracterizan por una menor estabilidad y permiten a los empleadores realizar ajustes mediante despidos de trabajadores de manera más rápida y con menores costos.

Junto con la diversificación de contratos, se produce un aumento de los trabajadores sin contrato, situación que transgrede todas las obligaciones legales relacionadas con la relación laboral, lo que puede atribuirse principalmente a tres factores. En primer lugar, se debe a falencias de la legislación en lo que respecta al establecimiento de responsabilidades y a las debilidades de los organismos encargados de la fiscalización existentes en la mayoría de los países de la región. En segundo lugar, este fenómeno también es, en gran medida, consecuencia de la incapacidad de pago de las empresas. En tercer lugar, sin embargo, cabe señalar que el aumento de los empleos sin contrato también puede obedecer a la percepción que tenían los empleadores del objetivo de las reformas laborales. En efecto, en el discurso predominante en la etapa de reformas se destacaban las rigideces del mercado de trabajo y se enviaban fuertes señales de flexibilización mientras, en la mayoría de los casos, se actuaba con mayor tolerancia en lo que se refiere a fiscalización en un ambiente institucional que de por sí era débil. Las reformas y el discurso que las acompañaba transmitían, conscientemente o no, un mensaje que apuntaba más a la desregulación que a la flexibilización laboral.

¹⁰ Como promedio anual, en el 2004 el número de asalariados contribuyentes a los sistemas de seguridad social aumentó un 10,5% en Argentina, un 5,1% en Brasil y un 7,0% en Nicaragua. Durante los primeros nueve meses del 2005, se elevó un 5,2% en Costa Rica y un 7,4% en Chile (CEPAL, 2005b y 2005c).

Cambios en la estructura familiar y ampliación de la población económicamente activa

Asimismo, deben considerarse los cambios demográficos y culturales que se reflejan en la composición de los hogares. El diseño tradicional de la seguridad social se orientó a proteger al jefe de familia, según el modelo tradicional de familia nuclear biparental. Los integrantes de la familia se incluyeron subsidiariamente en dicha protección, pero la titularidad de derechos correspondía al jefe de hogar. Más aún, la definición formal de los miembros dependientes estuvo tradicionalmente basada en el establecimiento de vínculos familiares formales. Sin embargo, las familias nucleares que corresponden al modelo tradicional de familia nuclear, constituida por el padre y la madre e hijos y en la que la cónyuge realiza las tareas domésticas, ya no son mayoría en América Latina (CEPAL, 2003a y Arriagada, 2004). En el 2002, constituía el 36% de las familias y su participación en los años noventa había disminuido 10 puntos porcentuales. La evolución reciente de la región indica que la proporción de familias formales tiende a disminuir debido a las tasas de nupcialidad decrecientes y el aumento de las uniones consensuales, las tasas de divorcio y nulidades, y la edad exigida para contraer matrimonio por primera vez.¹¹ Estos cambios denotan la necesidad de redefinir las bases de reconocimiento de los dependientes cuya titularidad se determina, en gran medida, en función de los vínculos familiares formales, lo que exige cambios en las políticas de protección social y en la legislación sobre las familias (Rodríguez Vignoli, 2005b).¹²

Junto con estos cambios en la estructura familiar, se produce en la región una creciente incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo. Entre 1990 y el 2002, la tasa de participación de las mujeres en las zonas urbanas aumentó del 37,9% al 49,7% en América Latina (CEPAL, 2004a). Aunque se redujo la diferencia entre la participación de estas y de los hombres, sigue existiendo un diferencial de 30 puntos porcentuales. Asimismo, la tasa de participación femenina es mucho menor en los hogares pobres que en los demás. Mientras en el 2002 el 55% de las mujeres de hogares no pobres de la región participaba en el mercado de trabajo, en los hogares pobres dicho porcentaje era del 43%. Cabe señalar que las mujeres están sujetas a una tasa de desempleo mayor que los hombres y que cuando acceden al empleo reciben una remuneración un 35% inferior. Esta situación se traduce en pensiones también inferiores a las de los hombres a partir de los 65 años, equivalentes al 77% en promedio. A pesar de estas diferencias, el aporte de las mujeres al total de ingresos del hogar, sobre todo en los hogares pobres, permite reducir la incidencia de la pobreza de manera significativa. En promedio, dicha contribución hace posible una reducción de la tasa global de alrededor de 10 puntos porcentuales (CEPAL, 2004a).¹³

Otra tendencia de la participación laboral que se ha manifestado en los últimos años es la debilidad de la inserción laboral de muchos jóvenes, que se expresa en altas tasas de desempleo abierto, elevada informalidad y precarias condiciones contractuales. Esta débil inserción no solo afecta el bienestar actual y futuro de los jóvenes, sino que además limita la capacidad de ahorro para la vejez de los padres que deben seguir manteniendo a sus hijos por un período prolongado.

¹¹ En Argentina, por ejemplo, el porcentaje de uniones consensuales aumentó del 7% al 18% entre 1960 y 1991; en la ciudad de Buenos Aires este incremento fue aún mayor: del 1,5% de las uniones al 21% entre 1960 y el 2001. En Brasil las uniones consensuales se elevaron del 18% al 28,3% entre 1991 y 2000 y en Chile del 6,3% al 16,1% entre 1982 y 2002 (IBGE, 2004; Rodríguez Vignoli, 2004; Jelin, 2005).

¹² Como señala Jelin (2005), las expectativas sociales sobre los deberes y las responsabilidades que suponen estos nuevos vínculos están cambiando. No se trata de legislar sobre el amor y el afecto, sino de establecer algunos parámetros que incorporen estos vínculos como posibles depositarios de responsabilidades para proteger a las personas vulnerables que lo necesiten.

¹³ En algunos casos, los efectos son aún mayores. En Uruguay, el aporte de las cónyuges reduce la incidencia de la pobreza del 30% al 10% (CEPAL, 2004a).

Orientaciones de políticas para aumentar la cobertura contributiva en el mercado laboral

El aumento de la cobertura contributiva exige influir de manera sistémica en la ecuación trabajo-protección social. Por las razones expuestas, el crecimiento sostenido de las economías y la mejora de la inserción laboral y productiva son condiciones necesarias pero no suficientes para perfeccionar la protección social. En forma similar, las políticas que se limitan a abordar las imperfecciones del sistema de protección social serán insuficientes mientras la inestabilidad y la precariedad sigan predominando en el mercado de trabajo y entorpezcan la creación de empleos. A continuación se describe una serie de desafíos que, desde la política laboral, se deberán sortear para aumentar la cobertura contributiva mediante el fomento de trabajo decente, políticas activas aplicables al mercado de trabajo y esfuerzos en términos de incrementar la formalidad de la mano de obra.

Para estimular la demanda laboral se puede recurrir a políticas macroeconómicas, horizontales, sectoriales, territoriales y, sobre todo, a políticas destinadas a expandir el empleo mediante programas específicos y a incentivar la contratación en el sector privado. Fuera de la importancia de las políticas macroeconómicas destinadas a garantizar el nivel de empleo y su baja volatilidad a lo largo del tiempo, las políticas de desarrollo productivo aumentan la demanda de empleo de manera indirecta, puesto que perfeccionan el funcionamiento del aparato productivo (CEPAL, 2004b). En este ámbito, destacan en especial las políticas orientadas a mejorar la situación de las pequeñas y medianas empresas, el desarrollo regional de algunos complejos productivos y los incentivos a las actividades que suponen un uso intensivo de mano de obra, como el turismo y la construcción de viviendas económicas.

Asimismo, las políticas de creación de empleo productivo suponen el desarrollo de nuevas formas o aspectos de la adaptabilidad laboral que permitan el ajuste del mercado de trabajo a las nuevas condiciones de la estructura productiva (véase el recuadro II.3). Esto contribuirá a un mayor crecimiento del empleo y a un descenso del desempleo, por reducir la duración de los períodos de ajuste. Sin embargo, la flexibilidad de los contratos laborales no debe jamás dejar de lado la protección social completa ni confundirse con la desregulación de los mercados. Debe, además, ser compatible con los incentivos para invertir en innovación y capacitación como medios para elevar la productividad.

Por otra parte, el objetivo de las políticas activas aplicables al mercado de trabajo es contribuir a la reinserción laboral a corto plazo y, con ello, atenuar los efectos del desempleo y la inestabilidad. Estas políticas cobraron más relevancia en la última década, en la que se produjeron importantes cambios, en especial en materia de formación profesional, de intermediación y de programas de empleo directo (Weller, 2004).

En cuanto a las innovaciones en términos de formación profesional, se destaca la diversificación de los capacitadores, dándoles una participación creciente a instituciones privadas y concentrando el financiamiento y la regulación de la actividad en el sector público.¹⁴ Además, se ha intentado adaptar las actividades a las pautas de la demanda, en muchos casos mediante la capacitación continua del personal ya calificado pero esencial para la competitividad de las empresas. También se han desarrollado programas especializados de formación profesional para grupos de desempleados con problemas específicos, entre otros jóvenes y mujeres con escasa educación, y para trabajadores que realizan actividades de baja productividad y que aportan bajos ingresos (trabajadores por cuenta propia y microempresarios, entre otros).

¹⁴ Sobre los cambios recientes en la formación profesional puede consultarse a Gallart (2001) y Labarca (2003).

Recuadro II.3

MEDIDAS PARA ELEVAR EL EMPLEO COMPETITIVO Y ESTABLE

1. Reorientar la política de flexibilización. Se sugiere imponer límites a la utilización de los contratos atípicos y concentrarse en la ampliación de las posibilidades de flexibilización del contrato a largo plazo.^a La adopción de medidas de flexibilización en forma exagerada ha tenido altos costos económicos y sociales, ya que ha erosionado los contratos a largo plazo e introducido una innecesaria inestabilidad y desprotección laboral. Ambos afectan a los trabajadores y los incentivos al aprendizaje, la innovación y el aumento de la productividad.
2. Flexibilizar combinando la reducción del costo de despido con el traslado de la protección del puesto al trabajador. Esto último permite facilitar el traslado de la protección y los derechos acumulados ante cambios de trabajo aun cuando estos sean producto de decisiones voluntarias.^b
3. Flexibilizar el horario de trabajo. Sin afectar los límites de duración de las jornadas establecidas en los códigos de trabajo, se puede permitir distribuirlos durante un período más largo. Con ello se facilita la adaptación del horario de trabajo a las necesidades de las empresas, lo que permite reducir costos y elevar la productividad.
4. Flexibilización de los salarios a nivel microeconómico. Se propone vincular las remuneraciones al incremento de la productividad o a las utilidades de las empresas. El efecto puede ser doble. En primer lugar, podría permitir el traspaso a los salarios de parte de los ajustes que se realicen ante contracciones de la demanda y, por ende, reducir su efecto en el nivel de empleo. Y en segundo término, daría incentivos al aumento de la productividad.
5. Desarrollar una nueva agenda de negociación colectiva. Hasta ahora esta agenda se ha centrado en las reivindicaciones salariales, dada la historia inflacionaria de los países latinoamericanos. Con buenos fundamentos, la principal prioridad de los sindicatos ha sido la recuperación y la elevación de los salarios, pero esto suele potenciar los conflictos y no crea las condiciones necesarias para la consolidación progresiva de aspectos importantes para la modernización productiva, como el aumento de la productividad y la participación de los trabajadores en los beneficios de este proceso. La inclusión en la agenda de negociación de temas como la capacitación y el alza de la productividad permitirían hacer un uso más adecuado de los recursos disponibles, y tomar en consideración las preferencias y el conocimiento acumulado de los trabajadores.
6. Prestar atención a la situación de grupos más vulnerables y a la nueva distribución de roles dentro de la familia. Los contratos con horario flexible son un buen instrumento para combinar el trabajo con otras actividades, como el estudio y el cuidado de niños y ancianos. En este sentido, es importante fomentar la adopción de contratos laborales en los que se prevea cierta flexibilidad del horario laboral, ya sea mediante la distribución de horas o días laborales, horarios especiales, la definición acordada de períodos de vacaciones y el trabajo en días feriados, entre otros mecanismos posibles.

Fuente: Víctor Tokman, “Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre del 2005, inédito.

^a Esto es lo que ha ocurrido en países como España, pionero en la flexibilización laboral mediante contratos atípicos en 1981, que adoptó una contrarreforma en 1997 subordinando su introducción a la negociación colectiva.

^b Algunos ejemplos de incremento de la disponibilidad de las indemnizaciones son los casos de Perú, Colombia, Panamá y Brasil, países en que se transformaron en depósitos a nombre del trabajador en lugar de constituir pasivos exigibles a las empresas.

Asimismo, la intermediación fue revalorada como un instrumento potencialmente efectivo y de bajo costo. Se han realizado importantes esfuerzos por ampliar su cobertura, mediante la incorporación de nuevas tecnologías y el establecimiento de diferentes modalidades de cooperación público-privada. Para aprovechar mejor su potencial, se ha tratado de integrar en mayor medida la intermediación con las políticas activas y, en los casos pertinentes, también con políticas pasivas (véanse el recuadro II.4 y Mazza, 2003). Por último, cabe destacar que el aumento del desempleo a fines de los años noventa despertó un renovado interés en los programas de generación de empleo directo. Un sistema novedoso que se ha aplicado en la región, aunque aún en forma limitada, es el subsidio a la contratación de mano de obra.¹⁵

¹⁵ En el capítulo V se examinan en mayor detalle los programas de empleo de emergencia.

Recuadro II.4
**INTERACCIÓN DE POLÍTICAS LABORALES PASIVAS Y ACTIVAS:
 EL EXITOSO CASO DE DINAMARCA**

Un claro ejemplo de la articulación de políticas activas y pasivas se encuentra en el sistema de compensación por desempleo existente en Dinamarca. Todo trabajador afiliado al seguro de desempleo tiene derecho a percibir beneficios equivalentes al 90% de su ingreso anterior por un periodo máximo de cuatro años, incluidos periodos de reincorporación a la vida laboral. En el caso de los trabajadores de bajos ingresos, el seguro se combina con otras transferencias, lo que suma una tasa de reemplazo de un 90%. Para enfrentar los posibles desincentivos de esta alta tasa de reemplazo, el sistema exige a los desocupados una activa búsqueda de trabajo y la reincorporación a tiempo completo después de seis meses de desempleo a los menores de 25 años y de 12 meses a los demás. Desde 1979 a 1993 el seguro se complementó con políticas activas de oferta de trabajo, capacitación y apoyo a la creación de empleos por cuenta propia. Los deficientes efectos de estas políticas condujeron a una reforma general a partir de comienzos de 1994.

Esta reforma consistió en redefinir las políticas activas y reducir progresivamente los plazos de vigencia del seguro. Se introdujeron dos periodos de beneficios con uno inicial de cuatro años pasivo y un subsiguiente de activación de tres años. Se cambió la asignación de los beneficios, pasando de un sistema regulado sobre la base del desempleo a un sistema basado en las necesidades del trabajador afectado. Asimismo, se descentralizó el manejo del seguro, transfiriéndolo a consejos regionales tripartitos, con la flexibilidad para adaptarlos a las necesidades locales. Se eliminó el componente de capacitación, por el que se recibía un complemento del subsidio de desempleo, y se introdujeron tres tipos de permisos con percepción de sueldo proporcional al beneficio de desempleo para cuidado infantil, educación y año sabático, con el objeto de fomentar la rotación laboral. A partir de 1994 se fue reduciendo progresivamente la vigencia del seguro, de cuatro años a dos en 1996 y de dos a uno en 1999; el plazo se restringió a seis meses en el caso de los menores de 25 años. Gracias a estas medidas, en el 2000 Dinamarca cumplía con los dos primeros lineamientos sobre empleo de la Unión Europea, que recomiendan la rápida reincorporación de desempleados jóvenes y adultos.

Debe señalarse que, incluso después de estas modificaciones, Dinamarca es el país que destina la proporción más alta del PIB a la aplicación de políticas laborales; concretamente, un 4,5% del producto (un 3% a políticas pasivas). También cabe destacar que la tasa de desempleo disminuyó de un 10,2% en 1993 a un 5,2% en 1999, lo que coincidió con el periodo de reforma.

Fuente: P.K. Madsen, "The Danish model of flexicurity: A paradise with some snakes", *Labor Market and Social Protection Reforms in International Perspective: Parallel or Converging Tracks?*, H. Sarfati y G. Bonori (eds). Ashgate, 2002; y "Security and flexibility: friends or foes? Some observations from the case of Denmark", *The Future of Work, Employment and Social Protection. The Dynamics of Change and the Protection of Workers*, Peter Auer y Bernard Gazier (eds.), Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2002.

Además del fomento del empleo y de las políticas activas, en una estrategia sistémica destinada a fortalecer la ecuación trabajo-protección social no se puede dejar de abordar la problemática específica del sector informal. Las políticas aplicadas a este sector en la región han fluctuado entre ignorar, perseguir o blanquear el empleo informal, dependiendo de la orientación de los gobiernos y del poder de los posibles afectados por su competencia. Estas respuestas constituyen aproximaciones parciales a un problema mayor, que es el de facilitar el paso de la informalidad a la modernidad.

Los integrantes del sector informal operan, con el fin de evitar costos, fuera del ámbito de la regulación, pero pierden oportunidades de incorporarse plenamente al proceso de modernización. Esta exclusión no es absoluta, pero sí se da una integración a medias, como consecuencia de una estrategia que reduce a un mínimo las posibles sanciones por incumplimiento de las leyes y normas.

Debe considerarse que, en muchos casos, las regulaciones han sido concebidas para empresas grandes y sectores bien organizados. Puede considerarse la adaptación de los requisitos de formalización a las posibilidades de cumplimiento de los trabajadores informales, sin que esto represente la adopción de un sistema dual, sino una adecuación del sistema de regulación existente y una convergencia dinámica hacia su cumplimiento pleno (véase el recuadro II.5).

Recuadro II.5
**ELEMENTOS DE UNA ESTRATEGIA DE FORMALIZACIÓN DEL
 MERCADO DE TRABAJO**

1. Aceptación de un marco normativo único, reconociendo las diferencias inherentes a los trabajadores informales para cumplirlo plenamente. Se reconoce la existencia de casos de incumplimiento, pero se toleran y se fomenta el avance hacia el cumplimiento pleno.
2. Adaptación de los requisitos de formalización a las posibilidades de los trabajadores informales. Esto suele referirse a los costos que supone la observancia de las normas vigentes, a los procedimientos y a los mecanismos de formalización. La simplificación de los procedimientos disminuye también las barreras de acceso. En muchos países se están adoptando regímenes simplificados de registro, reducción y unificación de trámites y procedimientos, con el fin de reducir costos y demoras.
3. Modificación de la orientación de los mecanismos de formalización. Se trata, en esencia, de facilitar el reconocimiento de la formalidad antes de exigir el cumplimiento de las obligaciones que ella impone. Esto puede aplicarse al reconocimiento del patrimonio y a la constitución de sujetos reconocidos en la esfera comercial, laboral y tributaria, entre otros.

Estas orientaciones conducen a una concepción diferente de la formalización como instrumento para facilitar la incorporación de los trabajadores informales al proceso de modernización. La extensión de la formalización se justifica, no ya desde la perspectiva de los sectores organizados sino, por el contrario, en función de los beneficios que el acceso a la formalidad puede significar para el desarrollo de actividades y para las personas ocupadas del sector informal.

Fuente: Victor Tokman, “Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre del 2005, inédito.

Es importante traspasar a los derechos la importancia primordial que se otorga actualmente a las obligaciones, creando círculos virtuosos mediante la extensión de la cobertura del marco de regulación, para que los ciudadanos cumplan con las obligaciones y a la vez se beneficien. En este contexto, la formalización permite establecer un vínculo con la protección social contributiva, lo que puede aportar el incentivo necesario para que los propios trabajadores informales sean los principales interesados en hacer este esfuerzo de formalización y transformación. No obstante, si lo que se desea es evitar la adopción de posiciones voluntaristas, deberá reconocerse que se trata de un proceso de reformas prolongado y no exento de dificultades.

Síntesis

La evolución del mercado de trabajo no ha facilitado la ampliación de la cobertura de la protección social. De hecho, como se observa en el gráfico II.3, la cobertura contributiva se redujo en la región entre 1990 y el 2003. A esa baja contribuyeron tanto el aumento del desempleo como la escasa expansión del empleo asalariado, el incremento del empleo informal y la precarización laboral; esta última se refleja en el hecho de que la condición de asalariado ya no garantiza la cotización a la seguridad social.

Es por ello que si bien la aceleración del ritmo de crecimiento es esencial para potenciar la capacidad contributiva de los trabajadores y dinamizar el mercado laboral, no basta por sí sola para lograr esos objetivos, por lo que debe complementarse con políticas laborales que incentiven la protección social de los trabajadores. A su vez, esto exige que las políticas de adaptación laboral no sean contradictorias con la protección social. Para avanzar en esta dirección se debe garantizar la cobertura social del trabajador, compensarlo en períodos de desempleo y apoyarlo en la reinserción laboral. Esto plantea la necesidad de fomentar la capacitación con fines de innovación y aprendizaje, a fin de facilitar la rápida adaptación a los cambios de la demanda del mercado laboral, limitar el uso de contratos atípicos, desarrollar seguros de desempleo con componentes de financiamiento público solidario, condicionado a la búsqueda de alternativas de capacitación y trabajo, y elaborar políticas sobre empleo y familia que concilien el trabajo en el hogar, de hombres y mujeres, con el acceso a la protección social (CEPAL 2004a).

Pese a los esfuerzos que se hagan en este campo, es difícil pensar que esta situación se revierta en el corto y mediano plazo, lo que plantea la urgente necesidad de avanzar en el desarrollo de sistemas de protección social no vinculados al trabajo. Con tal objeto, es necesario analizar la viabilidad fiscal de aplicar mecanismos de protección social financiados con recursos públicos, tema al que están dedicadas las siguientes secciones de este capítulo.

Evolución y perspectiva del gasto público en protección social

Como se ha señalado en este capítulo, la cobertura de prestaciones contributivas se ha estancado en la región y no se vislumbra una reversión de ese proceso a corto plazo, por lo que cobran particular importancia las políticas tendientes a ampliar la cobertura de la modalidad no contributiva. El financiamiento de esos programas exigirá grandes esfuerzos para incrementar el gasto social. A continuación se examinan algunos de los rasgos más destacados del gasto social en la región, en especial los referidos a su nivel, evolución, estructura y vulnerabilidad. Cabe destacar que no todos los países de la región responderán de la misma manera a las demandas de mayor gasto social; mientras en algunos países las medidas destinadas a mejorar la cobertura de la seguridad social se centrarán en la composición del gasto público, en otros estarán estrechamente ligadas a la búsqueda de políticas que permitan un incremento de los recursos fiscales.

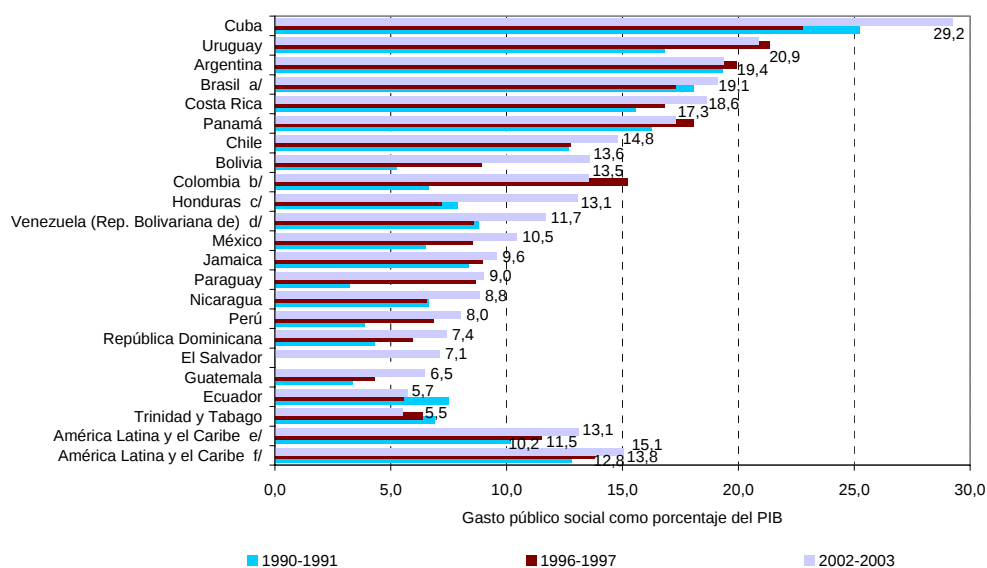
Estructura y dinámica del gasto social

El alcance del gasto público social de los países de la región es sumamente heterogéneo y ha mostrado un importante crecimiento durante los últimos 15 años. Como se aprecia en el gráfico II.7, este aumentó como porcentaje del producto interno bruto de manera generalizada durante la primera mitad de los años noventa. Aunque durante la segunda mitad de esa década la evolución en este ámbito varía de un país a otro, en los primeros años del presente siglo el gasto social tendió a subir en la mayoría de los casos, alcanzando un promedio ponderado cercano al 15% del PIB.

El nivel del gasto social no es la única dimensión relevante; también es importante su composición. En este sentido, es importante garantizar que los aumentos del gasto sean un reflejo de las necesidades de cada sociedad, no de la inercia presupuestaria o la presión de grupos de interés. Como se observa en el gráfico II.8, el incremento del gasto público social en la región durante los últimos 15 años es atribuible en su mayor parte a la dinámica de las erogaciones destinadas a seguridad, asistencia social y educación.

En cuanto a su efecto distributivo, el gasto social ha influido positivamente en el ingreso de los hogares más pobres (véase el gráfico II.9). En el conjunto de los hogares el gasto social eleva un 17% el ingreso primario y en el quintil más pobre este incremento asciende a un 86%. Como aporte proporcional, la contribución del gasto social al ingreso de los hogares más pobres equivale a cinco veces la que recibe el total de los hogares y a diez veces la del quintil superior. Esta relación entre los aportes al ingreso primario de la población correspondiente al estrato inferior y superior de la distribución es más o menos homogénea en todos los países.

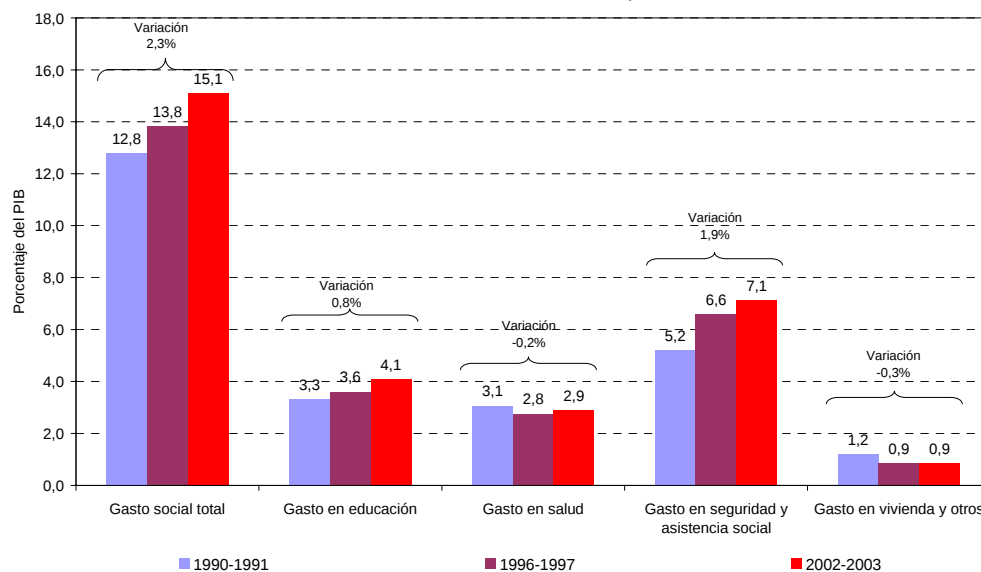
Gráfico II.7
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (21 PAÍSES): GASTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB EN 1990-1991, 1996-1997 Y 2002-2003
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos de gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

^a Las cifras para 2002-2003 corresponden a una estimación del gasto social en las tres esferas del gobierno (federal, estadual y municipal) a partir de información sobre gasto social a nivel federal. ^b Las cifras para 2002-2003 corresponden al promedio 2000-2001, y no están consideradas en los promedios. ^c Las cifras para 2002-2003 corresponden al 2004 y no están consideradas en los promedios. ^d Las cifras de República Bolivariana de Venezuela corresponden al gasto social acordado (presupuesto y sus modificaciones a fines de cada año). ^e Promedio simple de los países, con la excepción de El Salvador. ^f Promedio ponderado de los países, con la excepción de El Salvador.

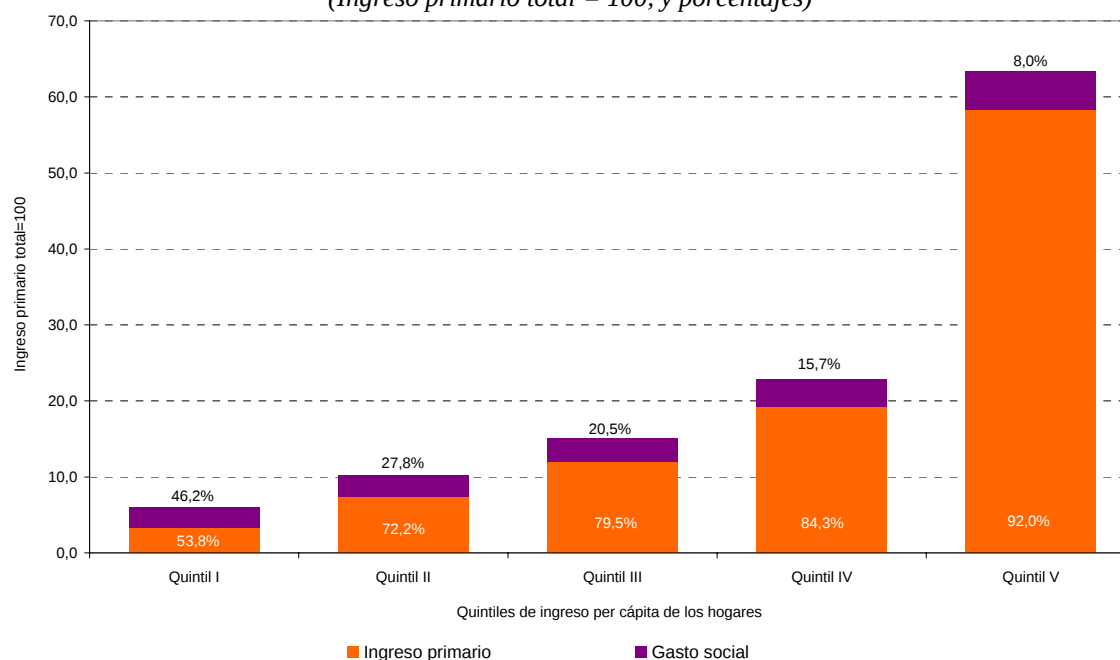
Gráfico II.8
EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE POR SECTORES COMO PORCENTAJE DEL PIB EN 1990-1991, 1996-1997 Y 2002-2003^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información proveniente de la base de datos de gasto social de la Comisión. Las cifras están actualizadas al segundo trimestre del año 2005.

^a Promedio ponderado por PIB de los países con información sobre gasto social, excluido El Salvador. Debido a que las cifras se presentan redondeadas, los porcentajes no necesariamente suman el total correspondiente.

Gráfico II.9
AMÉRICA LATINA (PROMEDIO SIMPLE DE 9 PAÍSES): EFECTO DEL GASTO SOCIAL EN EL INCREMENTO DE LOS INGRESOS PRIMARIOS POR QUINTILES DE INGRESO PRIMARIO PER CÁPITA DE LOS HOGARES^a
(Ingreso primario total = 100, y porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estudios nacionales proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo. Promedio simple de nueve países de América Latina.

^a No incluye gastos en vivienda, agua y alcantarillado.

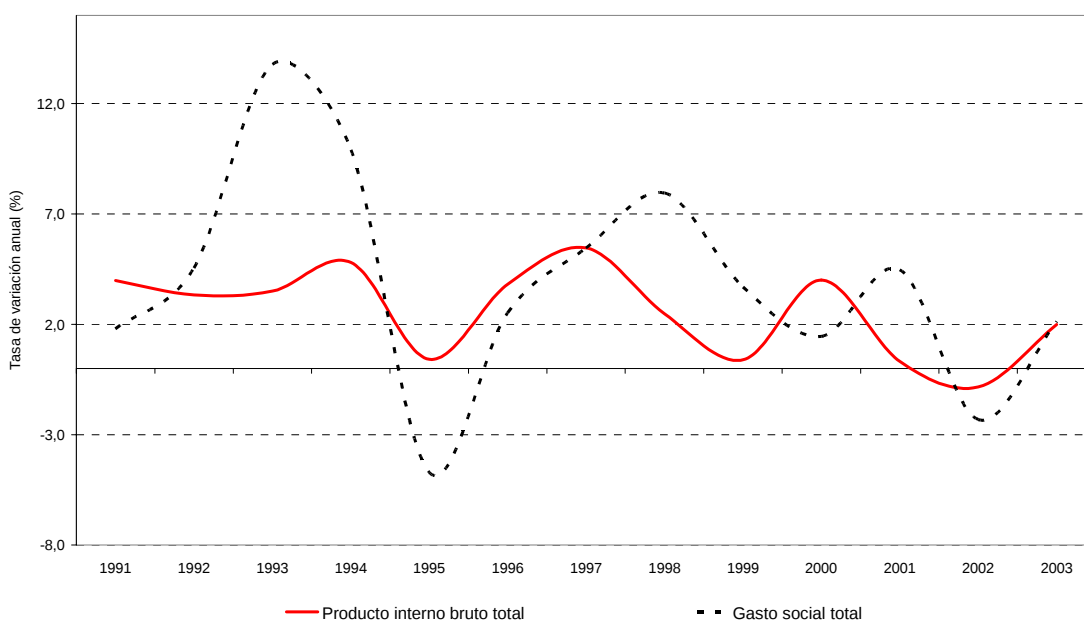
En cuanto a la redistribución intergeneracional que implican las distintas partidas del gasto social, debido a las diferencias en la distribución etárea de los beneficiarios de los programas, se ha concluido que las transferencias públicas no siempre son altamente redistributivas y que tienden a favorecer a algunos grupos generacionales más que a otros. Frecuentemente, tienen un efecto reductor de la pobreza mucho más alto entre los adultos mayores que entre los niños, como se ha observado en Brasil, El Salvador y México, que han mantenido o aumentado su participación relativa en la población pobre en varios países de la región (Uthoff y otros, 2005).¹⁶

¹⁶ En cambio, el efecto redistributivo de las transferencias privadas es en ciertos casos progresivo, ya que compensa a las personas con menores ingresos, como ocurre en El Salvador y México, pero en otros casos al parecer beneficiarían a quienes ya son relativamente más favorecidos, provocando por lo tanto, una reproducción generacional de la pobreza y la riqueza (Uthoff y otros, 2005).

Ciclo, vulnerabilidad y prelación del gasto social

Existe un cierto grado de consenso de que en el pasado reciente las políticas fiscales han sido procíclicas en América Latina (véase el gráfico II.10).¹⁷ A fin de revertir este fenómeno, es importante aprovechar los períodos de crecimiento para establecer o reforzar mecanismos capaces de garantizar una consistencia intertemporal del gasto público. En especial, debe evitarse la vulnerabilidad del gasto social, dado que es más procíclico que el resto del gasto público en la región (véase el recuadro II.6), aunque lo ocurrido en el pasado demuestra que es sumamente complejo dar al gasto social un carácter prioritario.

Gráfico II.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (20 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PIB Y DEL GASTO SOCIAL
(Tasas de variación anual)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005* (LC/G.2279-P/E), Santiago de Chile, agosto del 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.2.

¹⁷ Véase, entre otros, Martner y Tromben (2004), en el que se presenta un análisis reciente de la situación.

Recuadro II.6
VOLATILIDAD DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL

Utilizando diversos métodos, en Hicks y Wodon (2001) y CEPAL (2005b) se presenta información sobre el carácter procíclico del gasto público social en la región. A continuación, se describen los resultados de un ejercicio econométrico destinado a estimar la elasticidad del gasto público total, y del gasto social en particular. En la primera columna se observa que el promedio simple de la elasticidad del gasto social en América Latina y el Caribe es de 1,87, lo que pone en evidencia un alto grado de prociclicidad. Esto no ocurre en todos los países. El valor más bien parece depender del punto de partida; la elasticidad es mayor en los países en que el gasto social era menor a principios de los años noventa (como Bolivia, Colombia, Guatemala, México, Paraguay y Perú). Esto también podría explicar la elasticidad más baja observada en Argentina, Brasil y Chile, países que tenían un nivel de gasto social inicial más elevado.

En la tercera columna se compara la elasticidad estimada del gasto social y el gasto público total. Un valor superior a uno de este indicador significa que el gasto social ha sido más procíclico que el resto del gasto público; esto es lo que ocurre prácticamente en todos los países, con la excepción de El Salvador, aunque solo en algunos casos el indicador es significativo (Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras y Perú). En estos países, el gasto social ha aumentado mucho más que el gasto agregado en períodos de expansión y ha disminuido mucho más que el gasto agregado en períodos de recesión.

ELASTICIDAD DEL GASTO PÚBLICO CON RESPECTO AL PIB EN ALGUNOS PAÍSES

	Elasticidad del gasto social (1)	Elasticidad del gasto total (1)	Relación (1/2)	Número de observaciones
Argentina	0,91	0,82	1,11	15
Bolivia	2,95	1,90	1,55 ^a	15
Brasil	1,56	1,16	1,34 ^a	15
Chile	0,93	0,73	1,27	25
Colombia	2,12	2,02	1,05	22
El Salvador	1,57	1,99	0,79	9
Guatemala	1,84	0,99	1,86 ^a	25
Honduras	1,56	0,97	1,61 ^a	21
México	1,78	1,58	1,13	15
Paraguay	3,31	3,17	1,05	25
Perú	2,41	1,02	2,36 ^a	15
República Dominicana	1,60	1,46	1,10	25
Uruguay	1,82	1,64	1,11	15
Venezuela (República Bolivariana de)	N.S. ^a	N.S. ^a	-	25
América Latina	1,87	1,50	1,38	

Fuente: Eduardo Aldunate y R. Martner, “Política fiscal y protección social”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito, sobre la base de datos de gasto social de la Comisión.

Nota: las estimaciones se hicieron utilizando la siguiente ecuación: $\text{Log } G_i = \alpha \text{ Log } G_{i-1} + \beta \text{ Log } \text{PIB}_i + \gamma$, donde G corresponde al gasto total o al gasto social, y el PIB corresponde al producto interno bruto de cada país i , ambas variables medidas en términos constantes. Se muestran las elasticidades a largo plazo $\beta/(1-\alpha)$.

^a Coeficiente no significativo.

Si bien es cierto que las leyes de responsabilidad fiscal aprobadas durante la última década han permitido morigerar la dinámica de crecimiento de la deuda pública en algunos países, hay pocos casos en que el objetivo explícito de las reglas macrofiscales sea contracíclico.¹⁸ Un aspecto interesante de la política fiscal contracíclica es la regla sobre superávit estructural aplicada en los últimos años en Chile y conforme a la cual el aumento del gasto público se determina en función del

¹⁸ Las limitaciones legislativas impuestas al aumento del gasto público (3,5% al año en términos reales en Ecuador y Perú, por ejemplo) tienden más bien a imponer una trayectoria descendente al gasto expresado como fracción del PIB, si el crecimiento tendencial de la economía es superior a la cifra establecida y, por lo tanto, no se pueden calificar como intertemporalmente neutras. En el caso de Chile, las políticas contracíclicas de los años noventa, en que se combinaron altas tasas de crecimiento con fuertes reducciones de la deuda pública, permitieron generar un “dividendo social”, consistente en que los aumentos del gasto social son inversamente proporcionales a la reducción del pago de intereses durante largos períodos.

PIB de tendencia, independientemente de las fluctuaciones del PIB efectivo. De esa manera se garantiza, al menos teóricamente, una trayectoria estable y neutral del gasto, junto con reducir la probabilidad de correcciones bruscas, y otorgando en la práctica una cierta certidumbre a la ejecución plurianual de proyectos y programas públicos.¹⁹

Aunque es evidente la importancia de asignar recursos a la protección social, no es aconsejable hacerlo en desmedro de otras categorías, que también hacen un aporte clave al desarrollo económico y social.²⁰ La tarea de reorientar el gasto público al ámbito social ha sido abordada en la región mediante distintas herramientas, entre las que destacan el uso de reglas legislativas y operativas para dar prioridad a los propósitos del gasto social (véase el recuadro II.7) y el desarrollo de un marco de gastos públicos de mediano plazo (plurianual), que puede facilitar las necesarias reasignaciones entre categorías (Schick, 2002; Blondal, 2005). De hecho, en el caso de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), este instrumento ha permitido dar prioridad a las metas de inversión en educación y de aumento de la productividad global (Comisión Europea, 2004).

En América Latina, los países que han establecido marcos plurianuales suelen fijar metas agregadas para el horizonte de programación. Esto supone disponer de proyecciones confiables de las condiciones macroeconómicas, los ingresos y gastos, y la repercusión de los cambios de política en los presupuestos futuros. Es esencial realizar un escrutinio permanente de la vigencia de estos supuestos, ya que de ellos depende la aceptación por parte de los actores involucrados y la utilidad para los gobiernos de la región de los presupuestos plurianuales.²¹

Además de reducir la volatilidad y la dependencia del ciclo del gasto público social, también es fundamental elevar su nivel, lo que exige más recursos públicos, cuando no hay un gran margen para reasignaciones. Este es el tema que se desarrolla a continuación.

¹⁹ Los fondos de estabilización fiscal (Perú) o de materias primas (Chile, Ecuador, México, República Bolivariana de Venezuela) son de hecho políticas anticíclicas explícitas. En Perú, los recursos del Fondo de Estabilización Fiscal (el superávit fiscal que registra el sector público al final del ejercicio anual) se destinan al pago de deuda cuando superan el 2% del PIB; en Ecuador, el 70% de los recursos ingresados al Fondo de estabilización del petróleo se destinaron a la recompra de deuda y la cancelación de pasivos con el Instituto de Seguridad Social; en Chile, los ingresos no previstos del cobre van al Fondo de Compensación, cuyos únicos objetivos son la acumulación de reservas y los pagos anticipados de deuda externa (véanse ILPES, 2004 y Jiménez y Tromben, 2005, en los que se presenta información más detallada).

²⁰ Los organismos internacionales han realizado ingentes esfuerzos por promover presupuestos que favorezcan a los pobres. Así como hace algunas décadas los objetivos del desarrollo se planteaban en general en términos de crecimiento y equidad, en los años recientes se ha dado prioridad a la reducción de la pobreza. La iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (conocida como HIPC, por su sigla en inglés) representó en tal sentido una oportunidad única de reorientar el ahorro en intereses proveniente de la reducción de la deuda externa al gasto social. Como parte de la condicionalidad asociada, los donantes alentaron a los países beneficiados a definir sus prioridades de gasto. Según estudios del Banco Mundial (2003), en un total de 26 países el 65% de los recursos disponibles se destinó a gasto social, sobre todo a educación y salud, y el resto a agricultura, redes sociales, infraestructura y medidas de gobernabilidad, entre otros.

²¹ Los errores de previsión no pueden atribuirse solamente a los gobiernos. De hecho, en la evaluación de los programas de ajuste fiscal ejecutados con apoyo del Fondo Monetario queda en evidencia como elemento recurrente la tendencia a un excesivo optimismo en las proyecciones de crecimiento de las economías (FMI, 2003).

Recuadro II.7 PRELACIÓN DEL GASTO SOCIAL

En el artículo 350 de la Constitución de Colombia de 1990 se establece que “el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación” y que el gasto social debe aumentar de año en año. En la cláusula final del primer inciso de la definición incluida que dispuso la ley 179 de 1994 se contemplan, además de actividades específicas, “(...) las tendientes al bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población”. El problema es que muchas veces estas reglas son de carácter exclusivamente enunciativo, por el hecho de aplicarse a todas las categorías que estén relacionadas con el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Una segunda opción es “etiquetar” parte del gasto social, es decir asignar con antelación un cierto monto de recursos del presupuesto público. En muchos países de América Latina se establecen, por ejemplo, mínimos de gasto en salud o educación, generalmente expresados como porcentaje del PIB. El problema es que, independientemente de las buenas intenciones de los legisladores, este tipo de mecanismos no elimina el sesgo procíclico del gasto público, pues permite que el gasto social disminuya en caso de que el PIB se reduzca. Además, en muchos casos estos mínimos no se respetan, pues simplemente no se dispone de los recursos necesarios y no se ejecutan los presupuestos aprobados. “Etiquetar” el gasto público no soluciona el problema, porque no ataca la raíz del problema: la insuficiencia crónica de recursos públicos en épocas de crisis.

Una tercera alternativa es “blindar” parte del gasto público social, lo que es adecuado, por ser un reconocimiento de que las autoridades son capaces de establecer prioridades en la asignación de recursos y de hacerlas cumplir a pesar de las múltiples presiones que se producen en este proceso. Varios casos recientes demuestran que es posible definir un “núcleo duro” del gasto social, lo que por cierto contribuye a la gobernabilidad de todo el sistema, aunque persisten los problemas de clasificación que dificultan esta tarea y le restan transparencia.

Por supuesto, cada situación amerita respuestas diferentes, aunque es evidente que las estrategias de mediano plazo deben apuntar al desarrollo de mecanismos explícitos de protección del gasto público, para atender las enormes necesidades que surgen en las épocas de recesión.

Fuente: Eduardo Aldunate y R. Martner, “Política fiscal y protección social”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Evolución y perspectivas de los ingresos públicos

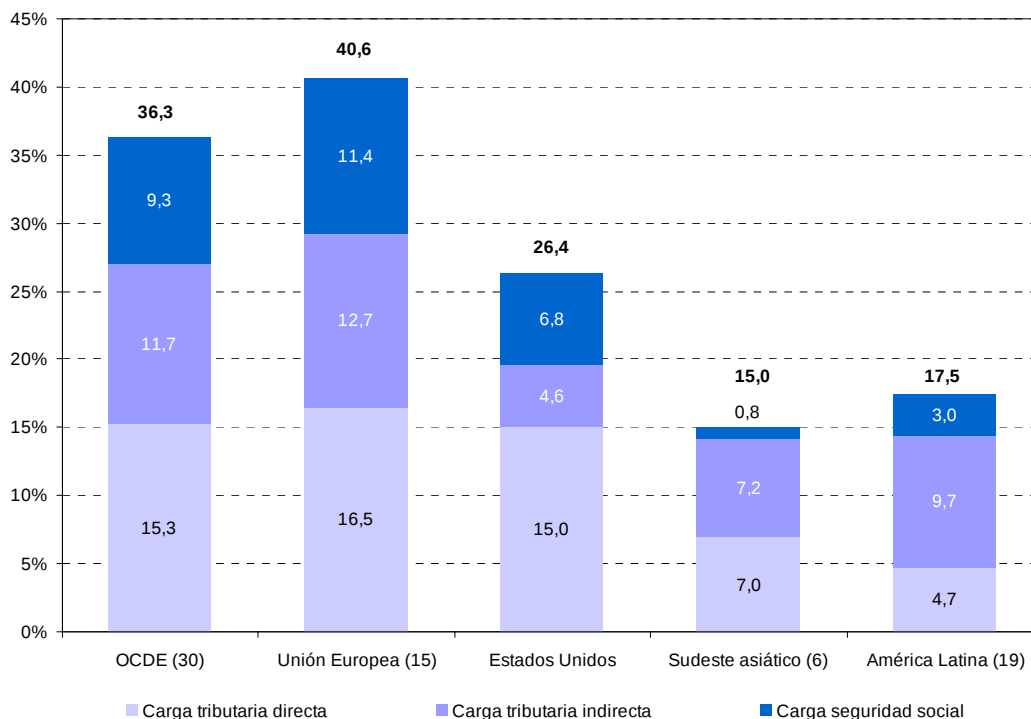
La necesidad de ampliar los alcances de los programas de protección social implica una creciente demanda de prestaciones no contributivas, lo que exige esfuerzos para lograr un mayor financiamiento proveniente de recursos tributarios. El aumento de estos exige trabajar en múltiples direcciones simultáneamente, de acuerdo con prioridades definidas en función de la situación específica, y las fortalezas y debilidades de cada país. Con tal fin, es imprescindible la adopción de un acuerdo político que ponga el acento en la necesidad de establecer un nuevo pacto fiscal que refleje la existencia de consensos duraderos en cada sociedad, en relación con la necesidad de sustentar nuevos y más sólidos esquemas de protección social.

La diversidad que se observa en la región en términos del nivel y la composición de los ingresos fiscales no permite formular recomendaciones únicas y homogéneas para el financiamiento de los programas de protección social. En general, lo que se propone es incrementar paulatinamente los ingresos fiscales, hasta llegar a un nivel que garantice la solvencia fiscal junto con mantener una estructura impositiva que no atente contra la competitividad de la economía.

Carga tributaria, nivel y fuentes de los ingresos fiscales

Los países de América Latina y el Caribe presentan una carga tributaria cercana al 18% del PIB, cifra mucho menor que la de los miembros de la OCDE y cercana a la de las naciones del sudeste de Asia. En cambio, la importancia relativa de las contribuciones a la seguridad social es superior a la de los países del Asia sudoriental, pero inferior a la que presentan los países más desarrollados (véase el gráfico II.11).

Gráfico II.11
COMPARACIONES INTERNACIONALES DE LA CARGA TRIBUTARIA
 (Porcentajes del PIB)



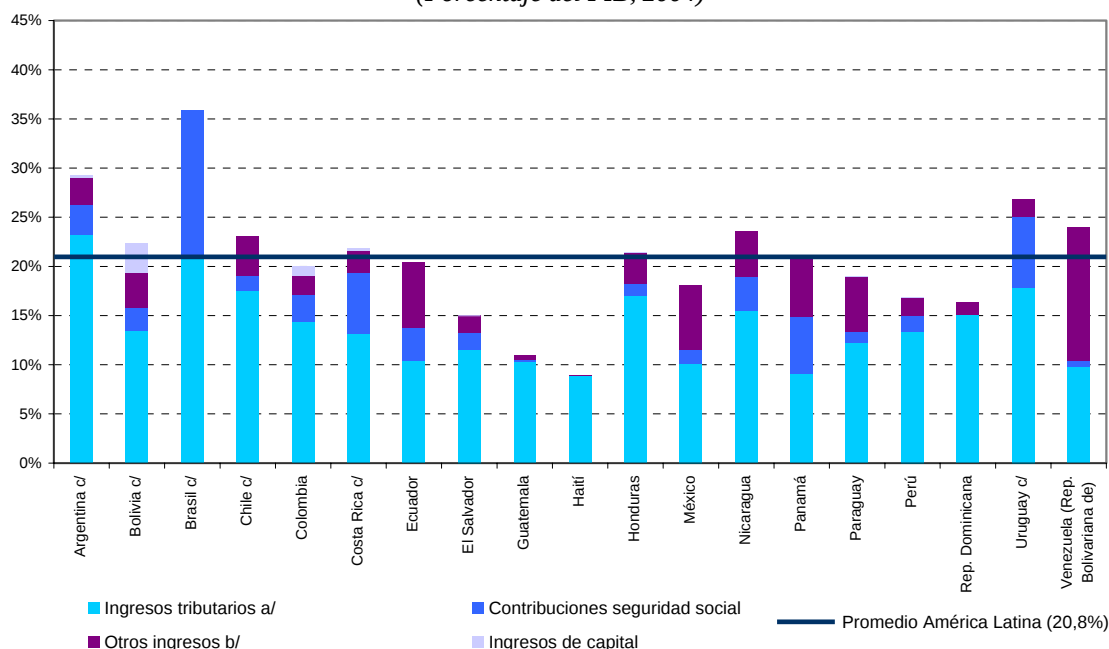
Fuente: Países de la OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), *Revenue Statistics of OECD Member Countries*, París, 2003; países del sudeste asiático: Fondo Monetario Internacional (FMI), *Government Finance Statistics*, 2003, Washington, D.C.; países de América Latina: elaboración propia sobre la base de cifras oficiales de cada país.

Nota: Las cifras de la OCDE se refieren al gobierno general, al igual que las de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Panamá.
 Los datos de los países de América Latina corresponden al año 2003.
 Los datos de los países de la OCDE corresponden al año 2002, así como los de Filipinas, Singapur y Tailandia.
 Los datos de Singapur pertenecen al año 2002 y los de Indonesia y República de Corea son del año 2001.

La heterogeneidad de la situación fiscal de los países de la región se manifiesta en la dispersión de los ingresos fiscales, que fluctúan entre un 35% del PIB en Brasil y alrededor de un 10% en Guatemala. Las fuentes de ingreso fiscales también difieren de un país a otro, aunque en general, con la excepción de Colombia, los ingresos de capital representan un bajo porcentaje de la recaudación de los gobiernos. En varios países, los ingresos tributarios constituyen prácticamente la única fuente de ingresos corrientes de los gobiernos centrales, mientras que en otros los ingresos tributarios se complementan con recursos provenientes de las rentas aportadas por recursos naturales.²² En un número reducido de países, las donaciones externas también son una fuente significativa de ingresos (véase el gráfico II.12).

²² En Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras y Uruguay, los ingresos tributarios constituyen prácticamente la única fuente de ingresos. En Bolivia, Chile, Ecuador, México, Perú y República Bolivariana de Venezuela, los ingresos tributarios son complementados con recursos aportados por recursos naturales. En los casos de Nicaragua, El Salvador y República Dominicana las donaciones son muy importantes.

Gráfico II.12
LA CARGA FISCAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
 (Porcentaje del PIB, 2004)



Fuente: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), sobre la base de cifras oficiales.

^a Los ingresos tributarios son netos de devoluciones.

^b Las donaciones recibidas se incluyen en "Otros ingresos". En El Salvador representan un 0,5% del PIB; en Nicaragua, un 3,3% y en República Dominicana, un 0,2%.

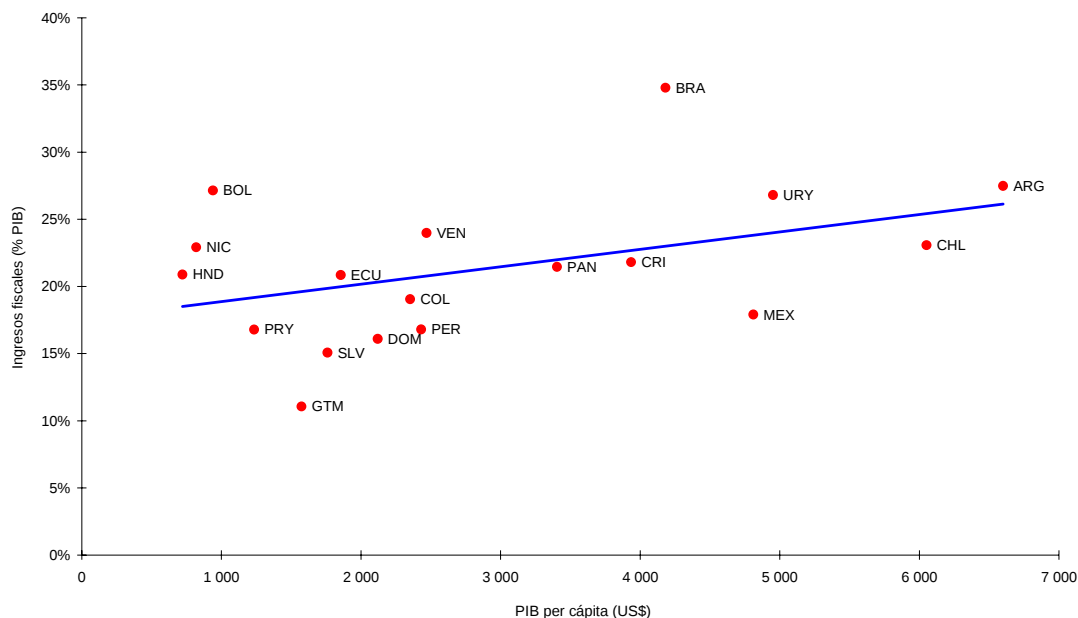
^c Para Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Costa Rica se han utilizado las cifras del gobierno general. En los demás corresponden al gobierno central.

La heterogeneidad observada en lo que respecta a los ingresos fiscales responde en parte a la amplia dispersión del ingreso per cápita en la región y reproduce el patrón habitual según el cual los ingresos fiscales aumentan junto con el desarrollo económico (véase el gráfico II.13).²³ Esto también plantea dificultades, ya que los países con mayor necesidad relativa de protección social, los de menor ingreso por habitante, son los que presentan una menor capacidad de financiamiento.²⁴

²³ Con el objeto de reflejar la capacidad tributaria de un país, y a partir de la relación entre ingresos y desarrollo económico, se suelen hacer regresiones de panel que permiten calcular la presión tributaria "óptima" para cada país y compararla con la tasa efectiva. Véanse Tanzi y Zee (2000), en el que se presenta una descripción del método, y Barreix, Villela y Roca (2005), en el que se analizan estimaciones recientes de la capacidad tributaria en el Mercosur.

²⁴ Otra característica de la diversidad de situaciones que se observa al analizar los ingresos fiscales en la región es la capacidad de los gobiernos subnacionales para administrar y gestionar recursos. La complejidad de esta situación se acentúa cuando se considera la existencia de jerarquías intermedias con atribuciones tributarias propias, que compiten con las nacionales y las de los gobiernos locales. Esto es lo que sucede en los países federales, aunque también ocurre en varios países unitarios en proceso de descentralización. Un buen ejemplo de la importancia relativa de la recaudación de los gobiernos subnacionales en el nivel general de presión tributaria es el caso de Brasil, país en el que los estados y municipios recaudan más del 30% del total; en Argentina, Colombia y Uruguay los gobiernos subnacionales representan alrededor del 20% de la recaudación total y en Perú, Nicaragua y Honduras cerca del 10% (Cetrángolo, 2006).

Gráfico II.13
INGRESOS TRIBUTARIOS Y PIB POR HABITANTE, 2003



Fuente: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), sobre la base de cifras oficiales de cada país para ingresos tributarios.

Nota: El PIB se expresa a precios constantes de 1995.

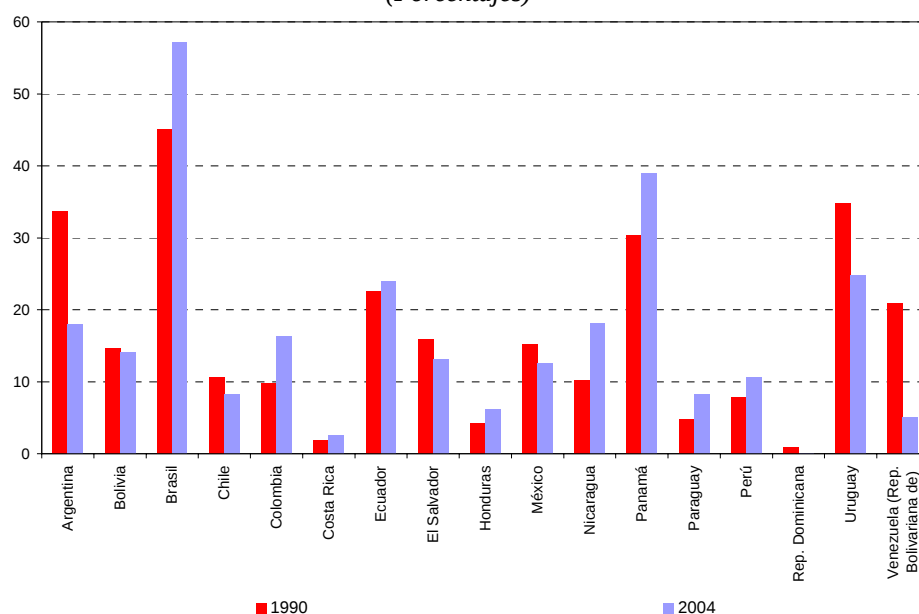
Los datos de ingresos tributarios incluyen contribuciones a la seguridad social y tienen cobertura de gobierno general en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Panamá.

Los datos de México y Panamá corresponden al año 2000.

Heterogeneidad de la participación de las contribuciones a la seguridad social

Históricamente la importancia de las contribuciones a la seguridad social ha variado mucho de un país a otro de la región, dependiendo del grado de desarrollo de cada sistema de prestaciones. Durante los últimos años, y como consecuencia de la privatización total o parcial de los sistemas de pensiones, y en algunos casos de salud, en nueve países las cotizaciones perdieron importancia relativa como fuente de recaudación, aunque se observa un aumento en otros ocho países (véase el gráfico II.14). Cabe destacar que en el 2004 en cinco países (Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Uruguay) las contribuciones a la seguridad social representaban 20% o más de los ingresos tributarios y más del 10% en Argentina, El Salvador y Nicaragua. En este contexto sobresalen los casos de Brasil, donde más del 55% de los ingresos del gobierno central provienen de la seguridad social (14,4 puntos de PIB), y de Panamá, cuyos ingresos fiscales por concepto de cotizaciones superan el 30% del total. Los procesos de privatización parcial de los sistemas de seguridad social realizados en algunos países de la región han dado origen a una discusión sobre cómo se deben contabilizar los ingresos fiscales en estos casos. No existe un criterio único para la inclusión de estos ingresos en las cuentas fiscales. En el recuadro II.8 se presentan algunas consideraciones al respecto.

Gráfico II.14
PARTICIPACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS INGRESOS TRIBUTARIOS,
1990 Y 2004
 (Porcentajes)



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

Recuadro II.8 **CARGAS SALARIALES Y PRESIÓN TRIBUTARIA**

En relación con las reformas de los sistemas de prestaciones y su financiamiento, cabe plantear una serie de consideraciones sobre la conveniencia de considerar las cargas salariales como parte de la presión tributaria. Si bien es difícil establecer lineamientos precisos, grosso modo se distinguen cinco situaciones, determinadas por el carácter de los aportes (obligatorios o voluntarios), la naturaleza de las instituciones a cargo de las prestaciones y el efecto redistributivo de su financiamiento:

1. Si los aportes son obligatorios, el sistema está a cargo de instituciones públicas y las prestaciones cumplen una función redistributiva, es evidente que se las debe considerar como parte de la presión tributaria y el gasto pertinente debe considerarse público. Ejemplos de estos casos son los sistemas de pensiones de Brasil, Costa Rica, Panamá y Paraguay, los sistemas de salud de Costa Rica, el Fondo Nacional de Salud de Chile y el Fondo Solidario de Redistribución para obras sociales en Argentina.
2. Si los aportes son obligatorios y el sistema está a cargo de instituciones públicas pero las prestaciones no cumplen una función redistributiva sino que se organizan según el “principio del beneficio”, el gasto es público pero los recursos no tendrían carácter tributario. Un ejemplo de esta situación especial sería un sistema puro (sin redistribución) de cuentas nocionales.
3. Cuando los aportes son obligatorios y financian prestaciones con criterio redistributivo pero a cargo de instituciones privadas, no debieran considerarse parte del gasto público ni sus recursos debieran formar parte de la presión tributaria; sin embargo, por el hecho de financiar gastos sociales deben considerarse en el análisis de las políticas sociales. Los sistemas de salud de Colombia y Uruguay están organizados de esta manera.
4. Si los aportes son obligatorios y captados por instituciones privadas que organizan sistemas de prestaciones sin objetivos de redistribución, no debiera considerarse que las prestaciones pertinentes son gasto público y su financiamiento no debiera formar parte de la presión tributaria, ya que se trata del financiamiento de bienes meritorios asimilables a los cinturones de seguridad o las primas de seguro automotriz. Ejemplos de esta modalidad son las administradoras de fondos de pensiones de los sistemas de Chile y Argentina, así como las ISAPRES del sistema de salud chileno.
5. Por último, los aportes voluntarios evidentemente no forman parte de la presión tributaria.

Es evidente que cada país tiene un sistema propio de organización de las cuentas públicas y presenta la información de acuerdo con las exigencias que supone.

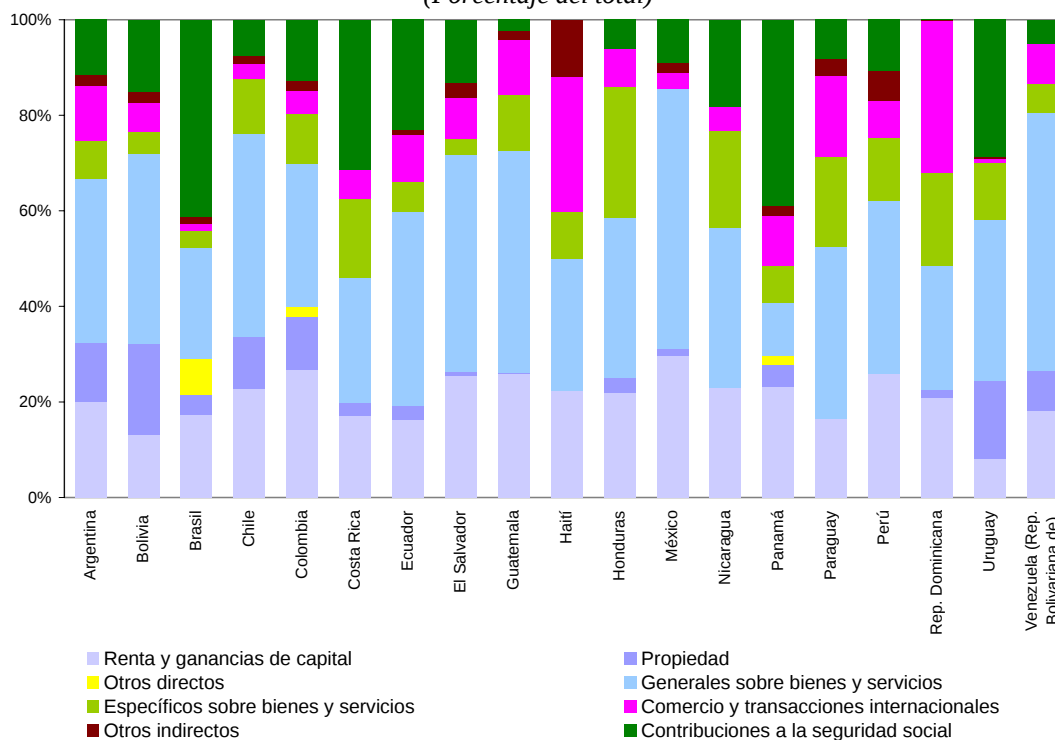
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Orientaciones de políticas para aumentar la presión tributaria

Además de la heterogeneidad de los países de la región en cuanto a su estructura tributaria, hay una serie de rasgos presentes en la mayor parte de los casos que ayudan a reflexionar sobre los problemas en materia impositiva y definir las posibilidades de fortalecimiento de esa estructura. Como se observa en el gráfico II.15, en América Latina y el Caribe los sistemas tributarios se basan principalmente en impuestos indirectos y la recaudación directa es inferior a la de otras regiones.²⁵ Asimismo, con respecto a la evolución reciente cabe destacar la pérdida de importancia de los impuestos al comercio exterior, el fortalecimiento del IVA, la falta de avances sustantivos en la tributación sobre las rentas, la concentración de los sistemas en menos impuestos y el desarrollo de modalidades de tributación sobre bases extraordinarias o de emergencia (Gómez Sabaini, 2005).

A partir de estas características comunes, en el recuadro II.9 se formulan algunas recomendaciones que, en mayor o menor medida, pueden ser contempladas por un amplio número de países. Fundamentalmente, se sugiere ampliar en forma progresiva las fuentes de tributación, fortalecer las bases imponibles, y mejorar los efectos redistributivos del sistema tributario.

Gráfico II.15
COMPOSICIÓN DE INGRESOS TRIBUTARIOS EN AMÉRICA LATINA, 2004
(Porcentaje del total)



Fuente: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), sobre la base de datos oficiales.

Nota: Las cifras corresponden al gobierno central en todos los países, salvo Argentina, Bolivia, Brasil y Chile, cuyos datos corresponden al gobierno general. Los datos sobre Bolivia, Brasil y Chile corresponden al año 2003.

²⁵ La situación es distinta en los países del Caribe de habla inglesa, que presentan una mayor proporción de impuestos directos en los ingresos tributarios. Al respecto véase CEPAL (1998).

Recuadro II.9
PAUTAS PARA MEJORAR LOS INGRESOS FISCALES EN LA REGIÓN

A partir de las buenas prácticas en materia de tributación en América Latina y el Caribe, se pueden extraer una serie de recomendaciones:

1. Fortalecer las bases imponibles en general.
2. Siempre que sea posible, ampliar la base del IVA, manteniendo exenciones solamente en los casos justificados por razones de equidad o administración tributaria. Es también preferible la exención del IVA que la imposición de tasa cero a las actividades internas, ya que esto dificulta la administración tributaria. Asimismo, no debería utilizarse el IVA como instrumento de política económica.
3. A fin de ampliar el efecto redistributivo del sistema tributario, se recomienda combinar el IVA con impuestos selectivos, en lugar de introducir una gran variedad de alícuotas.
4. Reconociendo que en muchos países resulta difícil que el IVA siga siendo la principal fuente de recursos adicionales, recurrir a otras fuentes de tributación.
5. En relación con los impuestos sobre las rentas, modificar la estructura de rentas para darle una mayor ponderación a los tributos sobre las personas físicas en lugar de las sociedades.
6. Dado que es difícil elevar las alícuotas más allá de cierto límite, debe tenerse en cuenta que en la región el impuesto sobre las personas físicas depende excesivamente de los ingresos salariales. Por consiguiente, se recomienda gravar las rentas de personas físicas actualmente exentas (rentas financieras, ganancias de capital y otras).
7. Mientras no se tomen las medidas pertinentes, lo que no ocurrirá en un plazo muy corto, se recomienda mantener el impuesto a la renta societaria para evitar la disminución de la recaudación. No obstante, se reconoce que la apertura financiera y comercial dejó este impuesto expuesto a importantes maniobras elusivas (precios de transferencias, deducción de intereses y otras) y que esas fallas deberían superarse a corto plazo.
8. También resulta justificable como alternativa transitoria o de emergencia la introducción de diversas modalidades de imposición sobre bases presuntas. Mientras no se modifique la administración tributaria de tal manera que complemente la definición de los nuevos sistemas tributarios más maduros que garanticen la solvencia fiscal, este tipo de tributación de emergencia deberá ser mantenido, cuidando de evitar efectos no deseados en lo que respecta a la competitividad de la economía y la equidad. Estos sistemas también pueden ser útiles para incorporar a segmentos de la economía informal, que tradicionalmente han evadido el pago de impuestos.
9. Los gobiernos deberán incrementar los impuestos sobre el patrimonio, pero reconociendo la competencia de los niveles subnacionales.

Estas recomendaciones fueron desarrolladas por el grupo de expertos de la región en el marco del “Taller sobre tributación en América Latina” realizado en el ámbito de la Secretaría Ejecutiva de la CEPAL en el 2005.

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

La consolidación de una presión tributaria más alta a mediano plazo exige el fortalecimiento de la administración tributaria y de un marco institucional y disposiciones acordes a sus funciones y objetivos. En los últimos años el reconocimiento de esta realidad ha permitido adoptar reformas administrativas que elevan la jerarquía de las instituciones de administración tributaria y se han logrado importantes avances en su fortalecimiento institucional, mediante la creación de estructuras legales que les asignan diversos grados de autonomía funcional, administrativa, técnica y financiera; eso es lo que ha ocurrido en Argentina, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Perú y República Bolivariana de Venezuela, entre otros.²⁶ Para que la administración tributaria sea eficaz debe contar con un presupuesto estable, un ejercicio de su función que no se vea influenciada por presiones externas y un marco institucional que le dé sostenibilidad a las reformas, protegiéndolas de los vaivenes políticos, y fortalecer la capacidad del sistema judicial para respaldarla. En muchos casos, la adopción de medidas tendientes a mejorar la administración crea demandas de recursos presupuestarios, ya que requiere de la consolidación de sistemas tributarios estables y predecibles, a fin de evitar sucesivas modificaciones de las reglas del juego. Un sistema estable y predecible facilita la labor de administración y fiscalización de la autoridad tributaria, y tiende a mejorar el cumplimiento voluntario de los contribuyentes, disminuir el costo del

²⁶ La conducción de las instituciones de administración tributaria ha quedado a cargo de funcionarios con el rango de viceministro en Costa Rica y Cuba, de subsecretario en México, de secretario en Argentina y Brasil, y de superintendente en Perú y República Bolivariana de Venezuela.

cumplimiento para los contribuyentes y reducir las posibilidades de corrupción.²⁷ Asimismo, los cambios en la economía mundial, en especial la creciente globalización e integración económica, impone la necesidad de establecer sistemas administrativos modernos que sean consistentes con su evolución y posibiliten la lucha contra la creciente complejidad del fraude fiscal.

Síntesis

La heterogeneidad de la región se refleja en muy variados desafíos en lo que respecta a la expansión de la cobertura no contributiva. Las necesidades y posibilidades de reorientar el gasto social o, cuando esto no es posible, de aumentar la carga tributaria, presentan distintos matices en cada país. En términos generales, es factible incrementar la recaudación tributaria, sobre todo cuando el entorno macroeconómico es favorable. En algunos países, las tasas son comparativamente bajas, especialmente las del IVA y de impuestos específicos, y existen también exenciones que pueden reconsiderarse. En un contexto caracterizado por crecientes dificultades para instaurar nuevos impuestos o elevar las tasas impositivas, la eliminación de exenciones y la limitación de las deducciones tributarias podrían convertirse en importantes fuentes de recursos fiscales en el futuro. Asimismo, las mejoras en materia de administración tributaria pueden jugar un papel importante.

Lejos de proponer soluciones simples y generales, se plantea que se trata de instrumentar una serie de reformas en forma sostenida, con el fin de crear un sistema fortalecido y maduro de financiamiento estatal. Ello será indispensable para lograr la consolidación de políticas públicas que garanticen los derechos económicos y sociales a la población de los países de la región. Sin duda, la construcción de consensos duraderos es esencial para que estas iniciativas fructifiquen.

En el proceso de concertación de acuerdos sobre la adopción de un pacto fiscal que permita reforzar el financiamiento de la protección social es imprescindible tomar en cuenta, entre otras cosas, lo siguiente: i) las dificultades políticas e institucionales a las que se enfrentan las reformas destinadas a mejorar el nivel de solvencia de los sectores públicos y a posibilitar una distribución más equitativa de la carga tributaria; ii) las restricciones impuestas por las condiciones macroeconómicas en la medida que, como ha quedado de manifiesto a lo largo de las últimas dos décadas, la estabilidad macroeconómica, entendida como la combinación de crecimiento alto y estable y baja inflación, es la principal condición para una mayor recaudación tributaria, y iii) las prioridades de la política fiscal en materia de gasto, en respuesta a la amplia gama de demandas no necesariamente vinculadas a la protección social.

²⁷ Muchos países han logrado resultados positivos mediante la segmentación de los contribuyentes, definiendo estrategias administrativas diferenciadas y simplificando los procedimientos cuando es posible. La utilización de nuevos sistemas informáticos de gestión es un desafío para casi todos los países de la región. Por otra parte, dependiendo de la organización institucional de cada país, puede ser importante el fortalecimiento de las administraciones tributarias regionales o locales.



Capítulo III

Protección social y sistemas de salud

Introducción

El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad.

En el contexto de los países de América Latina y el Caribe, las políticas de salud deben hacer frente a nuevos y viejos desafíos. Al igual que en el mundo desarrollado, los primeros obedecen a cambios de la demanda, producto de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requieren y permiten nuevas prestaciones y tratamientos, lo que incrementa los costos de los servicios de salud y el gasto en estos. Los segundos reflejan las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros y los problemas de articulación de los sistemas. El imperativo de avanzar hacia la prestación universal de servicios de salud es, sin duda, un factor adicional de presión sobre la demanda y el gasto en el sector.

En definitiva, la agenda de reformas de salud de la región debe perseguir un doble objetivo. Por una parte, es preciso avanzar en lo que respecta a los mecanismos de solidaridad necesarios para brindar un acceso equitativo a servicios de salud a toda la población, independientemente del ingreso o riesgo de las personas. Por otra parte, se debe procurar contener los costos y mejorar la eficiencia en materia de asignación de los escasos recursos disponibles, de manera de responder de la mejor manera posible a los cambios tecnológicos, demográficos y epidemiológicos que se están produciendo en la región.

Las políticas que permiten acercarse a la consecución de estos objetivos comprenden intervenciones en muchos aspectos de las políticas públicas, incluidas las referentes al sector de la salud —como la regulación de la industria de medicamentos y la educación en materia de prevención e higiene— y a la infraestructura pública, obras de saneamiento y agua potable, e iniciativas de vivienda, entre otras. Aunque se reconoce la importancia de estos factores, la necesidad de acotar el análisis llevó a que en este capítulo se preste especial atención a las reformas relacionadas con la organización del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud.

Desde el punto de vista del financiamiento, se propone avanzar hacia la integración de los sistemas públicos y de seguridad social, con el fin de reducir las inequidades que suelen acompañar la existencia de esquemas segmentados y de desvincular el acceso a servicios adecuados de los riesgos médicos y de la capacidad de pago de las personas. Desde el punto de vista de la organización de la prestación, se sugiere propiciar la separación de las funciones de financiamiento y prestación, sobre la base de mecanismos de contratación de servicios que incentiven la racionalización del uso de los recursos. Se plantea además la conveniencia de priorizar un conjunto claramente definido de prestaciones, que irían en aumento de acuerdo con las posibilidades de financiamiento de cada país, otorgándoles carácter de cobertura explícita, garantizada y universal. También se consideran políticas de expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados, orientadas a mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud.

A continuación se examinan algunos hechos estilizados en materia de salud en América Latina y el Caribe, referentes a las necesidades sanitarias y perfil epidemiológico de la región, y a la cobertura, la organización y el nivel de gasto de los sistemas de salud. También se analizan los desafíos que enfrentan los procesos de reforma, de acuerdo con la heterogeneidad propia de las realidades nacionales. Por último, se recomienda la integración de los sistemas de aseguramiento, la separación y contratación eficiente de la prestación de servicios, el establecimiento de paquetes explícitos de cobertura universal y garantizada, la expansión de los sistemas de atención primaria y la coordinación de sistemas descentralizados.

Hechos estilizados

La gama de reformas a los sistemas de salud en la región se ve condicionada por la organización, el nivel de cobertura, la forma y capacidad de financiamiento de estos y la evolución demográfica y epidemiológica de la población. Si bien a efectos de este capítulo el análisis se centra en la organización del financiamiento y la prestación de los servicios de salud, no debe olvidarse que la salud depende de una amplia gama de factores relacionados con las condiciones económicas y sociales en que viven las personas. Tal como se plantea en el análisis sobre el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio en la región (Naciones Unidas, 2005), una política global de salud debe considerar las interacciones entre diferentes áreas de la política pública (véase el recuadro III.1).

Recuadro III.1
**INTERVENCIONES INTERSECTORIALES ANTE DETERMINANTES SOCIALES
 DE LA SALUD**

La salud es un tema multidimensional, que requiere de intervenciones intersectoriales, integradas en estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza. Por lo tanto, para lograr mejoras en el campo de la salud se debe incidir más ampliamente en las políticas sociales, trascender la concepción de compartimientos estancos y reconocer los niveles de interdependencia de las metas. Asimismo, es preciso aprovechar la sinergia entre las políticas públicas y las intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales orientadas a los grupos más vulnerables y a las zonas y países caracterizados por mayores desventajas.

De acuerdo con los datos disponibles, es posible incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna mediante un trabajo conjunto en los ámbitos de la salud y la educación. Los distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva exigen también respuestas concertadas, en las que participen los sectores vinculados al trabajo y la justicia, entre otros, y medidas orientadas a la potenciación de las personas y las comunidades, sobre todo de las adolescentes y las mujeres.

Por otra parte, la alta correlación existente entre la proporción de la población con acceso a agua potable y las tasas de mortalidad infantil corrobora la necesidad de ejecutar programas intersectoriales destinados a transformar el entorno en que se desenvuelve la vida de las personas, dirigidos a los más vulnerables y que tengan como unidad articuladora a la familia, la escuela, la comunidad, los segmentos organizados de la sociedad civil y los municipios. También es preciso establecer estructuras organizativas intersectoriales.

La estrategia de “municipios saludables” constituye un ejemplo de enfoque multidimensional de la problemática de salud. Sus objetivos son mejorar las condiciones de salud en las poblaciones más vulnerables e impulsar la sostenibilidad de los programas que se ejecutan en un municipio. La estrategia responde a un enfoque del desarrollo local, que involucra a la población en la toma de decisiones y en la puesta en práctica de los programas.

Fuente: Naciones Unidas, *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.

Necesidades sanitarias, perfil epidemiológico y beneficios universalizables

Como se señaló en los capítulos I y II, los recursos limitados de financiamiento de la protección social llevan a cada sociedad a la necesidad de establecer prioridades en cuanto al conjunto y calidad de los beneficios que se desea brindar a toda la población. En términos de la protección de la salud dicha tarea se traduce, como se plantea en este capítulo, en definir paquetes de cobertura universal. Las necesidades sanitarias básicas de una población —entendidas como el conjunto de patologías que representan un mayor riesgo en términos de mortalidad y morbilidad— deben ser las primeras en incluirse en este paquete.¹

La situación de América Latina y el Caribe en materia de necesidades sanitarias es muy diversa y en algunos casos, preocupante. Mientras que a nivel agregado, la región se acerca rápidamente a los países desarrollados en cuanto al efecto de enfermedades no transmisibles, no se ha resuelto aún de manera satisfactoria el problema de las enfermedades ligadas a un menor grado de desarrollo, como las transmisibles y las maternoinfantiles (véase el recuadro III.2). Este fenómeno, usualmente denominado “rezago epidemiológico”, determina un doble desafío para los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. Asimismo, la heterogeneidad subregional se manifiesta en un rezago epidemiológico marcadamente más acentuado en los países de menores ingresos y que afecta en mayor medida a su población infantil.

¹ La alternativa, que en muchos países se aplica de manera implícita, corresponde a responder a los patrones de consumo y oferta de servicios de salud. A nivel internacional se ha demostrado que estas medidas suelen no reflejar directamente las necesidades sanitarias. De hecho, los prestadores tienen la capacidad de favorecer la demanda de sus servicios mediante la oferta y las familias de mayores ingresos tienden a demandar servicios de salud más complejos y en mayor cantidad.

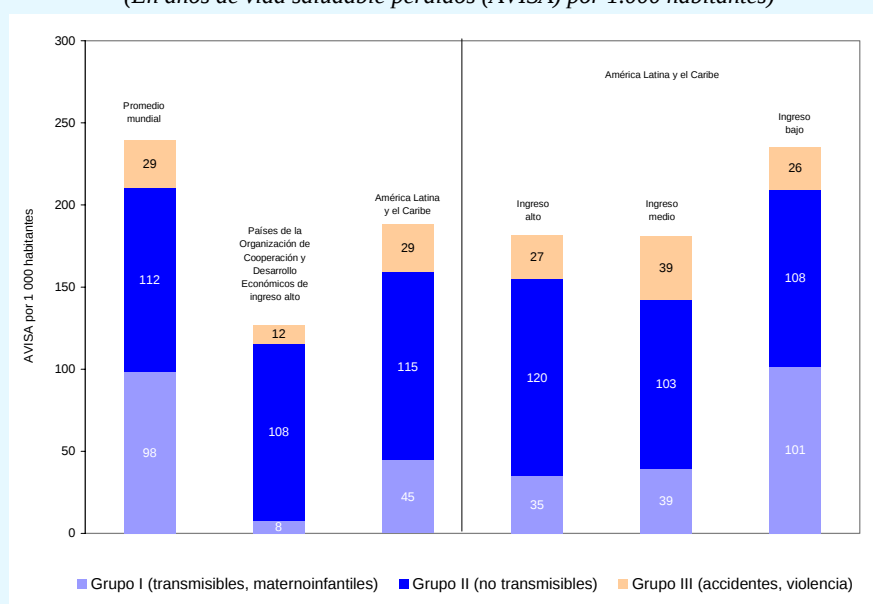
Recuadro III.2

CARGA DE ENFERMEDADES Y REZAGO EPIDEMIOLÓGICO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En el gráfico siguiente se muestra una estimación de los años de vida saludables perdidos (AVISA) por grupos de causas y regiones. Se trata de un indicador de “carga de la enfermedad” comúnmente utilizado para resumir las necesidades sanitarias de una población, que permite jerarquizar los principales problemas de salud en distintos países, esto es, la importancia relativa de distintas enfermedades en términos de muertes prematuras y años vividos con discapacidad. Allí se descompone el total de años de vida saludables perdidos por 1.000 habitantes en tres grandes grupos de enfermedades, de acuerdo con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud. El grupo I comprende las enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias), maternas, perinatales y nutricionales; el grupo II está compuesto por las no transmisibles (entre las que se destacan el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neuropsiquiátricas); y por último el grupo III considera los problemas de salud originados en accidentes y actos de violencia.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO: INDICADORES DE CARGA DE LA ENFERMEDAD, 2002

(En años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1.000 habitantes)



Fuente: Datos proporcionados por el proyecto de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

Los países de la región se dividieron en tres grupos de acuerdo con su PIB per cápita.

El nivel general de AVISA de la región es sustancialmente menor al promedio mundial, pero es casi un 50% más alto que el de los países de alto ingreso de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. La desagregación de estos datos por tipos de causas y grupos de países permite ilustrar mejor la heterogeneidad y la complejidad de la situación de salud en la región. En términos agregados, los países de menor ingreso relativo enfrentan una mayor carga de enfermedad, que se ubica muy cerca del promedio mundial. La heterogeneidad regional se manifiesta más drásticamente en la descomposición de los AVISA por grupos de causas de enfermedad. En los países de ingreso medio y alto, la importancia relativa de las enfermedades transmisibles —que se considera que reflejan la mayor parte de las enfermedades ligadas a menores niveles de desarrollo— es significativamente menor que en los países de ingresos bajos. En el cuadro siguiente puede apreciarse el efecto diferencial de la carga de la enfermedad de acuerdo con la composición demográfica y de género de la población. Como cabe esperar, la carga de enfermedades no transmisibles se concentra en el grupo de edad más avanzada, tanto para hombres como para mujeres, mientras que las enfermedades transmisibles y afines son la mayor causa de morbilidad y mortalidad para el grupo de 0 a 14 años de edad. Por último, otra característica de la región es la gran incidencia, en términos relativos, de las muertes por violencia y accidentes, especialmente en el grupo de hombres adultos.

Recuadro III.2 (conclusión)

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE CARGA DE LA ENFERMEDAD POR GRUPO ETARIO, GÉNERO, CAUSA Y GRUPO DE INGRESO, 2002
(En años de vida saludable perdidos (AVISA) por 1.000 habitantes)

	Ingreso alto				Ingreso medio				Ingreso bajo			
	Grupos de causas			Todas las causas	Grupos de causas			Todas las causas	Grupos de causas			Todas las causas
	Transmisibles	No transmisibles	Accidentes		Transmisibles	No transmisibles	Accidentes		Transmisibles	No transmisibles	Accidentes	
Población total	34,8	120,0	26,6	181,4	39,3	102,8	38,5	180,5	101,3	108,0	25,8	235,1
0-14	79,6	66,0	20,6	166,2	69,4	57,9	24,3	151,6	170,7	65,9	22,4	259,1
Hombres	15,9	127,0	59,3	202,2	28,1	105,4	90,5	224,0	54,3	115,4	55,2	225,0
60+	21,9	323,9	14,3	360,1	25,1	275,9	18,7	319,7	46,0	312,2	19,5	377,7
Total	35,8	123,7	44,0	203,5	41,2	102,5	64,0	207,7	99,2	107,5	40,4	247,1
0-14	67,8	66,3	10,8	144,9	59,8	59,3	13,3	132,4	161,6	67,6	11,8	241,0
Mujeres	15,9	113,7	10,1	144,3	28,5	103,3	13,7	145,5	71,9	113,2	11,4	196,5
60+	18,3	282,8	5,1	306,2	19,0	262,1	6,9	288,0	42,5	295,4	6,0	343,9
Total	33,7	116,3	9,8	159,9	37,4	103,0	13,0	153,4	103,5	108,5	11,2	223,1

Fuente: Datos proporcionados por el proyecto de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

Este complejo cuadro epidemiológico se traduce en un escaso margen para realizar mejoras “rápidas” en términos de salud en la región. Si bien en algunos países es fundamental lograr una mayor inversión en salud pública y eficacia del servicio para reducir los altos niveles de incidencia de enfermedades transmisibles y maternoinfantiles, la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles hace que no sean suficientes las soluciones económicas, como las “redes contra mosquitos” en África (Sachs, 2005; Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005).

Por otra parte, el envejecimiento previsto de la población determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará indefectiblemente en el tiempo, por lo que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo. La necesidad de cubrir el rezago epidemiológico, las transiciones demográficas y el avance en materia de cobertura suponen inequívocamente el incremento de las necesidades de financiamiento de los sistemas de salud de la región. De ahí que cualquier política de salud debe intentar compatibilizar la ampliación de la cobertura y la equidad de acceso con políticas de contención de costos y eficiencia de la asignación de los recursos.

Cobertura de salud

El concepto de cobertura en salud es más difuso que en otras áreas de las políticas sociales. En primera instancia, debe distinguirse la cobertura legal de la efectiva. Mientras que la primera refleja una disposición legal y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, la cobertura efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados.² En el contexto regional, las constituciones, leyes de salud y seguridad social de virtualmente todos los países establecen el derecho a la cobertura de salud, usualmente con carácter universal para toda la población, a través del sector público. En muchos casos, sin embargo, la cobertura legal no está acompañada de los mecanismos para aplicarla plenamente y el acceso efectivo a los servicios requeridos se restringe en la práctica mediante listas de espera o se segmenta mediante múltiples esquemas de aseguramiento.

Una primera aproximación a la medición de la cobertura efectiva de los sistemas de salud corresponde al uso de indicadores acerca de los resultados de las políticas de salud pública en el área maternoinfantil. En el cuadro III.1 se presentan las tasas de inmunización de menores contra el sarampión, así como la proporción de nacimientos atendidos por personal especializado, en diferentes grupos de países y regiones. En términos generales, América Latina y el Caribe supera,

² Véase en Madies, Chiarveti y Chorny (2002) un análisis sobre la cobertura “real” (o efectiva) y la “teórica” (o legal) en la región.

en estos indicadores, el promedio de los países en desarrollo, con tasas de inmunización superiores al 90% y un 82% de los partos atendidos por personal especializado. Estos resultados brindan testimonio del importante esfuerzo que ha realizado la región en términos de política sanitaria, especialmente en el área maternoinfantil.

Cuadro III.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y
RESULTADOS DE SALUD PÚBLICA**

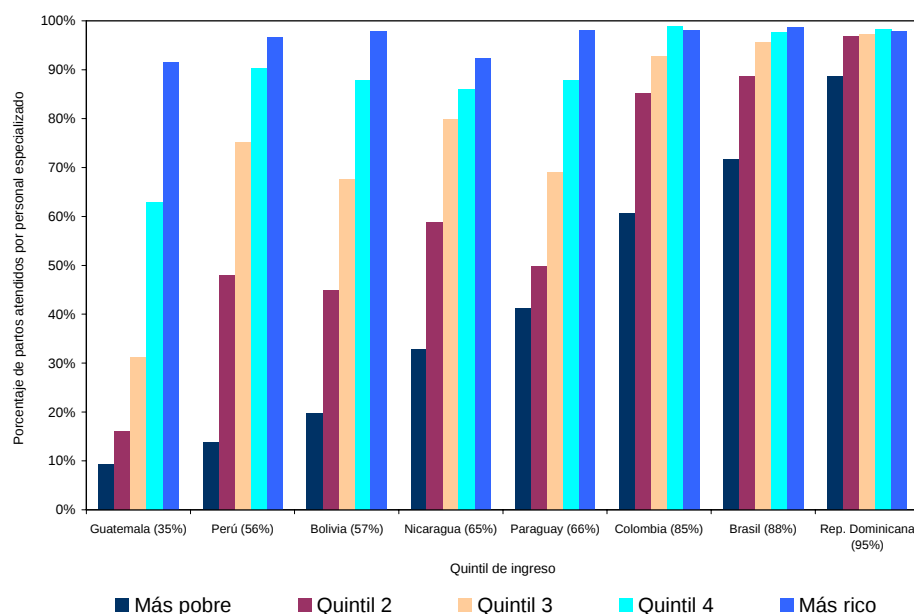
País	Menores de un año inmunizados contra la tuberculosis (en porcentajes) 2003	Menores de un año inmunizados contra el sarampión (en porcentajes) 2003	Partos atendidos por personal sanitario especializado (en porcentajes) 1995-2003
Antigua y Barbuda	..	99	100
Argentina	99	97	99
Bahamas	..	90	99
Barbados	..	90	91
Belice	99	96	83
Bolivia	94	64	65
Brasil	99	99	96,7*
Chile	94	99	100
Colombia	96	92	86
Costa Rica	87	89	98
Cuba	99	99	100
Dominica	99	99	100
Ecuador	99	99	69
El Salvador	90	99	69
Granada	..	99	99
Guatemala	97	75	41
Guyana	95	89	86
Haití	71	53	24
Honduras	91	95	56
Jamaica	88	78	95
México	99	96	86
Nicaragua	94	93	67
Panamá	87	83	90
Paraguay	70	91	71
Perú	94	95	59
República Dominicana	90	79	99
Saint Kitts y Nevis	99	98	99
Santa Lucía	95	90	100
San Vicente y las Granadinas	87	94	100
Suriname	..	71	85
Trinidad y Tabago	..	88	96
Uruguay	99	95	100
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	91	82	94
Países en desarrollo	85	75	59
Países menos desarrollados	79	67	34
América Latina y el Caribe	96	93	82
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, países de altos ingresos	...	92	99
Promedio mundial	85	77	62

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre desarrollo humano 2005*, Nueva York, salvo (*) proveniente del Ministerio de Salud de Brasil (www.datasus.gov.br).

Sin embargo, el promedio regional relativamente positivo da paso a una gran heterogeneidad de la región en materia de salud: los países de menor ingreso relativo presentan niveles mucho más bajos de estos indicadores, inferiores incluso al promedio mundial y, en algunos casos, cercanos a los de los países menos desarrollados del mundo.

Asimismo, los promedios nacionales encubren importantes inequidades de acceso que afectan a los sectores más desprotegidos de cada país. En el gráfico III.1 se presenta la proporción de partos atendidos por personal especializado por quintil de ingreso en nueve países de la región. En prácticamente todos los países e indicadores existe una relación directa y creciente entre el nivel socioeconómico de las familias y el acceso a personal entrenado en el momento del nacimiento.

Gráfico III.1
PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL ESPECIALIZADO, ALREDEDOR DE 2002



Fuente: Banco Mundial, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Washington, D.C.

Las importantes inequidades detectadas a partir de este indicador básico de cobertura de salud, tanto en las comparaciones internacionales como según nivel de ingreso, pueden en parte explicarse por factores económicos y sociales y por las diferencias de accesibilidad geográfica a centros de atención primaria (OPS, 2004), pero se encuentran además notablemente condicionadas por la segmentada organización de los sistemas de salud de muchos países de la región.³

En definitiva y a pesar de resultados comparativamente alentadores en términos de políticas de salud pública, los países de la región enfrentan un desafío importante en cuanto a mejorar la equidad y reducir el nivel de exclusión de los sistemas de salud, muchas veces relacionados con la escasez endémica de recursos, pero influidos además por deficiencias propias de la organización del sector.

Organización de los sistemas de salud

En los países de la región, el sector de la salud presenta una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. Estas funciones suelen articularse a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad

³ Los patrones aquí presentados coinciden con los datos del Banco Mundial (2004) sobre otros indicadores de atención primaria y con otros estudios realizados en la región (BID, 2005). Utilizando un método indirecto para el período 1990-1994, Paganini (1998) concluyó que alrededor de un 8% de la población total de la región carecía de cobertura de vacunación contra la polio y la tuberculosis y que un 29% carecía de atención prenatal adecuada. Asimismo, en el informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud se estudia el nivel de exclusión en materia de salud en América Latina y el Caribe; de acuerdo con las categorías de ese estudio, el 46% de la población de la región carecía de seguro de salud, el 27% se encontraba excluida por razones económicas y el 22% por razones geográficas (OPS, 2002).

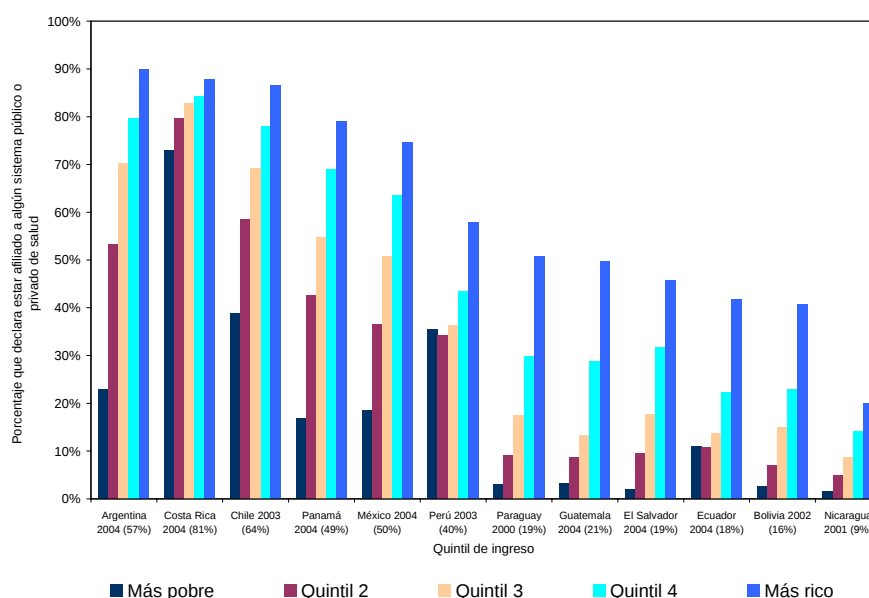
social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud.⁴

En los países del Caribe de habla inglesa prevalece un sistema de tipo unificado, en el que el financiamiento es fundamentalmente no contributivo y se basa en impuestos y asignación presupuestaria, no existe una separación explícita de las funciones de compra, aseguramiento y prestación de servicios y el sector privado juega un papel subsidiario y complementario al del sistema público.

En la mayoría de los países de América Latina, en cambio, coexisten los sectores públicos, privados y de seguridad social. La presencia de estos tres subsectores determina una mayor desagregación de las fuentes de financiamiento y de la estructura proveedora, lo que condiciona además los mecanismos de solidaridad y la capacidad de racionalizar y coordinar la oferta prestadora. Del gráfico III.2 se desprende que la afiliación a la seguridad social y seguros privados está estrechamente vinculada a la distribución de ingresos. Los hogares pertenecientes a los quintiles más altos declaran mayor afiliación a sistemas de aseguramiento, mientras que las familias del primer y segundo quintil suelen estar protegidas por el sistema público. Sin embargo, aun en los sistemas de seguros sociales o privados, las coberturas no son uniformes y la calidad y tipo de los servicios suelen estar relacionados con el nivel de aporte y la capacidad de copago de los afiliados. Como se considera más adelante, la manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores permite clasificar las reformas que se han llevado a cabo en la región.

El gasto público consolida el del gobierno y el de la seguridad social. El dato de la OCDE corresponde al promedio no ponderado de los 24 países de alto ingreso pertenecientes a esa organización.

Gráfico III.2
**PORCENTAJE DE HOGARES QUE DECLARAN ESTAR AFILIADOS AL SEGURO SOCIAL
O A SEGUROS PRIVADOS DE SALUD**



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

⁴ En general, el sector público suele ser la única cobertura para la población sin capacidad de contribución: la población no asegurada utiliza la red pública de prestadores. La seguridad social cubre a los trabajadores formales (y sus derechohabientes) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Por último, el sector privado generalmente cubre a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores privados. Sin embargo, en el sector privado debe destacarse el trabajo realizado por diversas organizaciones sin fines de lucro, particularmente en los países de menor ingreso relativo, que cubren a la población de estratos de ingreso bajo.

Gasto y financiamiento en salud

Un primer indicador para comparar los gastos en salud de los países es en términos del producto interno bruto. A este respecto, las economías de América Latina y el Caribe se comparan positivamente con el promedio mundial y se encuentran cercanas al de los países de alto ingreso de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (véase el cuadro III.2).⁵

Cuadro III.2

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DISTRIBUCIÓN Y NIVEL DEL GASTO EN SALUD, 2002

País	Gasto total (en porcentajes del PIB)	Gasto total per cápita (en dólares de paridad de poder adquisitivo)	Gasto público y seguro social per cápita (en dólares de paridad de poder adquisitivo)	Distribución del gasto total en salud (en porcentajes del gasto total en salud)				
				Gasto público (en porcentajes)	Seguro social (en porcentajes)	Gasto privado		
						Gasto privado total (en porcentajes)	Familias (en porcentajes)	Seguros y planes privados (en porcentajes)
Antigua y Barbuda	4,8	527	361		68,6	31,4	31,4	-
Argentina	8,9	956	480	21,7	28,5	49,8	31,1	15,5
Bahamas	6,9	1 074	522	47,6	1,0	51,4	20,7	30,1
Barbados	6,9	1 018	696		68,4	31,6	24,4	7,2
Belice	5,2	300	142	37,1	10,2	52,7	52,7	-
Bolivia	7	179	107	20,9	38,9	40,2	32,7	3,8
Brasil	7,9	611	280		45,9	54,1	34,7	19,4
Chile	5,8	642	290	28,4	16,7	54,9	26,7	28,2
Colombia	8,1	536	444	33,7	49,2	17,1	9,7	5,4
Costa Rica	9,3	743	486	11,2	54,2	34,6	34,3	0,3
Cuba	7,5	236	204		86,5	13,5	10,2	-
Dominica	6,4	310	221		71,3	28,7	28,7	-
Ecuador	4,8	197	71	23,3	12,7	64	56,6	1,5
El Salvador	8	372	166	24,8	19,9	55,3	51,9	3,4
Granada	5,7	465	330		71,0	29	29,0	-
Guatemala	4,8	199	94	20,7	26,8	52,5	45,3	2,7
Guyana	5,6	227	173		76,3	23,7	23,7	-
Haití	7,6	83	33		39,4	60,6	42,1	-
Honduras	6,2	156	80	42,3	8,9	48,8	41,7	3,6
Jamaica	6	234	134		57,4	42,6	26,3	13,8
México	6,1	550	247	15,3	29,6	55,1	52,1	3,0
Nicaragua	7,9	206	101	35,3	13,8	50,9	48,9	2,0
Panamá	8,9	576	413	38,9	32,8	28,3	23,1	5,2
Paraguay	8,4	343	131	26,6	11,5	61,9	54,8	7,1
Perú	4,4	226	113	28,5	21,4	50,1	39,8	8,6
Rep. Dominicana	6,1	295	107	29,0	7,4	63,6	56,1	0,3
Saint Kitts y Nevis	5,5	667	414		62,1	37,9	37,9	-
Santa Lucía	5	306	209	53,1	15,3	31,6	31,6	-
San Vicente y las Granadinas	5,9	340	223		65,5	34,5	34,5	-
Suriname	8,6	385	161	32,5	9,3	58,2	35,9	0,2
Trinidad y Tabago	3,7	428	160		37,3	62,7	53,8	4,7
Uruguay	10	805	234	13,4	15,6	71	17,8	53,3
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	4,9	272	128	32,5	14,4	53,1	46,3	2,2
Promedio de América Latina y el Caribe	6,6	438	241	40,8	13,9	45,3	36,8	7,4
Promedio mundial	6,2	640	436	45,2	13,0	41,9	34,6	4,0
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, países de altos ingresos	8,9	2 514	1 808		72,5	27,5	19,5	5,3

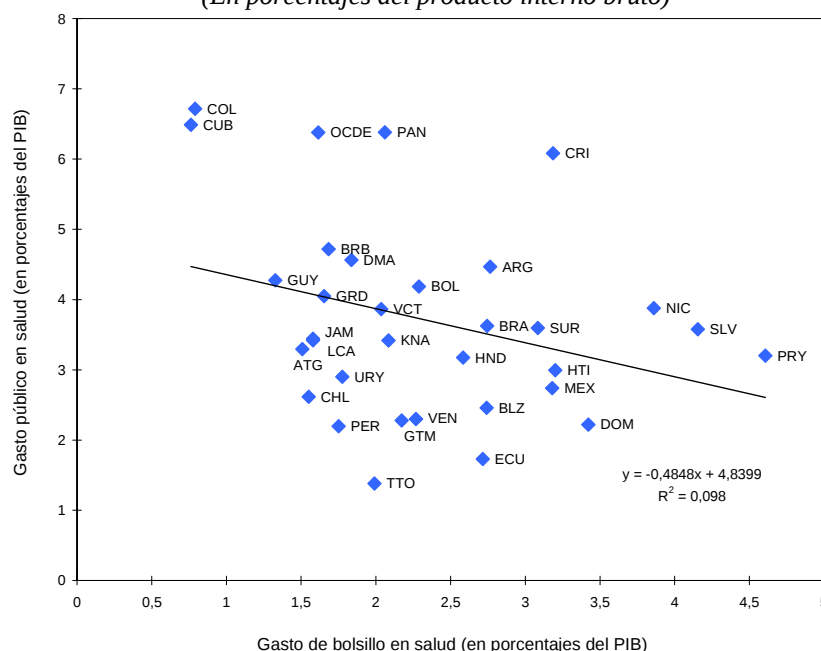
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo, 2005*, Washington, D.C., 2005.

⁵ En la medida que el gasto en salud contemple un creciente componente de bienes transables, la comparación del gasto relativa al producto interno bruto pierde precisión como indicador. Esto obedece a que los cambios en la relación de precios entre transables y no transables pueden afectar significativamente el volumen de recursos que los países tienen que asignar al financiamiento de bienes y servicios de la salud. Para un país, cuya moneda no es el dólar, una devaluación encarece el consumo de bienes importados y por lo tanto debe destinar más recursos para la compra de un volumen similar de este tipo de bienes. Esto es particularmente cierto para medicamentos, equipos e insumos médicos importados.

Sin embargo, cuando la comparación se hace utilizando el nivel de gasto per cápita, que indica el nivel absoluto de recursos que se destinan al sector, el correspondiente a la región es inferior al promedio mundial (438 y 640 dólares por habitante, respectivamente) y es muy inferior al de los países de alto ingreso de la OCDE (2.514 dólares).

Más aún, el relativamente escaso gasto en salud de la región es financiado en gran medida por las propias familias, a través del gasto de bolsillo. Mientras que en los países desarrollados el aporte familiar representa cerca del 20% del gasto total, en los países de la región esta cifra es del 37% y supera el 50% en varios países. Esto se liga en parte a los niveles de gasto del sistema público y de la seguridad social. Como se aprecia en el gráfico III.3, los países que registran un menor gasto social en salud tienden a presentar un gasto de bolsillo como proporción del PIB más elevado. Con contadas excepciones, los países de la región presentan un nivel de gasto público menor y un gasto de bolsillo mayor que los países de la OCDE de altos ingresos.

Gráfico III.3
GASTO PÚBLICO Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, 2002
(En porcentajes del producto interno bruto)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo, 2005*, Washington, D.C., 2005.

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad (Titelman, 2000). De hecho, en el informe de la Organización Mundial de la Salud el grado de inequidad en materia de salud de los países se clasifica según la participación del gasto de bolsillo en el gasto total (OPS, 2002). Con este criterio y dado los guarismos anteriores, los sistemas de salud de la región aparecen como altamente inequitativos. La marcada inequidad inherente al elevado gasto de bolsillo también se refleja con claridad en la proporción del gasto familiar dedicado al consumo de bienes y servicios de salud, que tiende a ser más considerable en las familias de menores ingresos (véase el cuadro III.3). Este tipo de gasto también tiene un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares, especialmente en términos de los gastos extraordinariamente elevados o “catastróficos” que deben realizarse ante ciertas situaciones adversas (Knaul y otros, 2003). Asimismo, el gasto de bolsillo en salud es también inequitativo en términos de género: en cuatro países de la región, el correspondiente a las mujeres es entre un 16% y un 40% superior al de los hombres (Gómez, 2001). Por último, se destaca que los medicamentos constituyen el componente más importante del gasto en salud de los

hogares. En virtud de este hecho y del elevado costo de ciertos tratamientos, en los países de la región se han desarrollado diversas estrategias para incrementar el acceso a los medicamentos, entre las que se destaca la utilización y promoción del uso de genéricos (véase el recuadro III.3).

Cuadro III.3
GASTO FAMILIAR EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR CORRIENTE
(En porcentajes, por quintil de ingreso del hogar)

	Quintil					Total	Q1/Q5
	Más pobre	2	3	4	Más rico		
Chile ^a	2,16	1,79	1,86	1,89	1,75	1,89	1,24
México ^b	4,22	3,17	2,71	2,91	2,82	3,17	1,50
Paraguay ^b	6,99	5,06	4,31	4,67	4,25	5,04	1,65

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de ingresos y gastos.

^a Representa los gastos en medicamentos y artículos auxiliares, como proporción del ingreso familiar.

^b Representa el cociente entre el gasto monetario en salud y el ingreso monetario total.

Recuadro III.3 **UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN AMÉRICA LATINA**

La Organización Mundial de la Salud reconoce que una política de medicamentos esenciales tiene importancia estratégica para garantizar el acceso y el uso racional de los productos farmacéuticos. En los países de la región se han adoptado diversas estrategias que reconocen la importancia de la utilización de genéricos para aumentar el acceso a las medicinas y lograr precios asequibles. Pueden citarse dos políticas que han tenido un efecto importante en la salud de la población.

La República Argentina impulsó una política de prescripción de medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional (DCI), que hace referencia al principio responsable por la acción terapéutica esperada. El objetivo de esta política es reducir la incidencia del gasto en salud de las familias con menor poder adquisitivo. Se trata —junto con el Programa Remediar, que brinda medicamentos ambulatorios de forma gratuita a pobres e indigentes— de una respuesta a la crisis económica del 2002, que además introduce un mayor grado de competencia por precio en el mercado farmacéutico. Aunque pueda también estimularse la creación de un mercado de genéricos de referencia, la incorporación de estos productos al mercado suele ser lenta. El fomento del uso de medicamentos ya existentes mediante el empleo de su nombre genérico es una medida muy costo-efectiva. Puede llevarse a la práctica mediante la prescripción directa por el nombre de la droga o permitiendo la sustitución de un producto por otro con el mismo principio activo por el farmacéutico. En un estudio se estimó que si en el 50% de las recetas en Argentina en el 2002 se hubiera optado por alternativas comerciales de menor precio, el ahorro hubiera sido cercano al 20% del gasto anual en medicamentos (Tobar, 2002).

Un segundo caso de utilización de medicamentos genéricos con amplias repercusiones es el de la lucha contra el VIH/SIDA en Brasil. A fines de los años noventa, el gobierno brasileño integró en su exitosa política de tratamiento universal a enfermos de VIH/SIDA la producción local de antirretrovirales y la importación de genéricos en el caso de medicamentos no producidos en el país. El resultado de esta iniciativa fue una sustancial reducción del precio de estas drogas, de 6.240 dólares estadounidenses anuales por paciente en 1997 a 1.336 en el 2004. Esta medida tuvo también importantes efectos en la salud pública, como la disminución de enfermos de SIDA hospitalizados y una menor incidencia de la tuberculosis en estos pacientes, entre otros. La política se funda en la promoción de la capacidad tecnológica local para la producción de antirretrovirales y en una negociación directa con las empresas farmacéuticas extranjeras para lograr reducciones de los precios de los medicamentos que se importan.

Fuente: Federico Tobar, “El uso de la farmacoeconomía y los desafíos de la regulación de medicamentos” [en línea] www.remediar.gov.ar, 2002; Brasil, Ministerio de Salud, “The sustainability of universal access to antiretroviral medicines in Brazil”, documento de divulgación preparado para la 157 reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, Brasilia, 10 de agosto del 2005; Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina, *Política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico*, documento de difusión, Buenos Aires, 2002.

Como se considera en este documento, la estructura de financiamiento del sistema de salud es un determinante clave desde la perspectiva de la equidad y la solidaridad. Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud. El gasto público en salud es progresivo, dado que los sectores más pobres reciben una proporción mayor de este (CEPAL, 2005a).⁶ Por el contrario, una mayor incidencia del financiamiento de bolsillo se traduce en una menor redistribución y más inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en lo que respecta a la prestación y financiamiento de la salud mayor sería, en principio, la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y la población que solo tenga acceso al sector público. No obstante, esto depende del grado de articulación entre la seguridad social y la prestación pública, así como del nivel de financiamiento del sector público.

Agenda de reformas: hacia una cobertura universal y garantizada de servicios de salud

Del análisis realizado en las páginas anteriores se desprenden elementos que permiten definir, independientemente de las especificidades nacionales, una serie de criterios que deben contemplarse en el diseño de las reformas del sector de la salud y en materia de políticas públicas de protección social en el área. En primer lugar, la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles, sumada al envejecimiento de la población, indica que los países tendrán que avanzar en el desarrollo de mecanismos para la cobertura de patologías más caras y complejas. En segundo término, la necesidad de enfrentar los problemas de exclusión social e inequidad en materia de salud lleva a definir políticas e instrumentos para progresar hacia la universalización de las coberturas. En tercer lugar, los cambios tecnológicos ocurridos en el sector de la salud, el constante aumento de los costos y el crecimiento proyectado de la demanda y de los requerimientos financieros, determinan que las mejoras en lo que respecta a la eficiencia y la contención de costos sean elementos centrales de las reformas y políticas de salud.

Para lograr una mejora en la cobertura efectiva de la población, las políticas de salud deben fortalecer y universalizar la cobertura de los riesgos, de modo que la necesidad de realizar gastos de bolsillo no sea un obstáculo para el acceso a los tratamientos requeridos.⁷ Ello obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos, la expansión de los sistemas de aseguramiento de cobertura universal y obligatoria y el fortalecimiento de la salud pública tradicional.⁸

De manera específica, la agenda de reformas que se propone para fortalecer y expandir el aseguramiento de los riesgos de salud incluye, de manera central, la integración del financiamiento de los sistemas para alcanzar niveles más elevados de solidaridad. En este documento se analizan en primer lugar las dificultades que supone la selección de riesgos para el funcionamiento de un sistema de aseguramiento y se plantea la necesidad de determinar de manera explícita las coberturas aseguradas. En segundo lugar, se estudian alternativas para lograr una mayor eficiencia (contención de costos), los mecanismos de compra apropiados y la regulación del sistema. Por último, se establece que la mejora efectiva de la cobertura de servicios de salud para toda la población requiere políticas de salud pública, entre las que se destacan la expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados, que incluya la compensación de brechas entre regiones.

⁶ Desde una perspectiva redistributiva, importa tanto el nivel del gasto como la eficiencia de este.

⁷ Un caso paradigmático es el de las enfermedades “catastróficas”, que suponen gastos elevadísimos cuyo financiamiento directo (en ausencia de mecanismos de aseguramiento adecuados) determina que un amplio espectro de la población no pueda acceder a los tratamientos o sufra un efecto financiero de tal magnitud que comprometa el consumo de los hogares de otros bienes y servicios básicos.

⁸ En la medida que los eventos en materia de salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento constituyen una forma eficiente de organización del financiamiento. Sin embargo, las asimetrías de información propias del sector, las dificultades que supone la medición de los riesgos y la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad hacen que la introducción de esquemas de seguros privados de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía (Arrow, 1963; Atkinson y Stiglitz, 1980).

Políticas de aseguramiento

La organización del financiamiento sobre la base de esquemas de aseguramiento de carácter universal exige definir una serie de elementos. En primer lugar, debe establecerse cómo se interrelacionan las distintas fuentes de financiamiento (impuestos generales, cotizaciones a la seguridad social y gastos privados), dado que el grado de integración constituye el principal determinante de la solidaridad y la equidad de los sistemas de salud. En segundo lugar, deben explicitarse mecanismos o instrumentos que garanticen la solidaridad y eviten los problemas inherentes a la selección de riesgos. En tercer lugar, es necesario establecer también los criterios con que se determinan los beneficios que cubren los seguros de salud, sobre todo en relación con la universalización de la cobertura.

Integración de los sistemas y aseguramiento: hacia una solidaridad integrada

La solidaridad en materia de salud se manifiesta cuando el acceso a servicios de salud es independiente de los aportes al sistema y de la capacidad de pago de bolsillo de las personas. Para que ello ocurra, una parte de la población debe financiar una proporción (o la totalidad) de los costos de los servicios de salud que consume otro grupo. En la realidad de los sistemas de salud de la región, estas transferencias pueden provenir de los aportes fiscales destinados a los sistemas públicos y de las cotizaciones de los sistemas de seguridad social en el ámbito de la salud.⁹ Según el grado de integración de estos dos subsistemas, la solidaridad puede clasificarse como integrada o segmentada.¹⁰

Si bien los países de la región presentan diversas formas y grados de interrelación entre el financiamiento contributivo y no contributivo en salud, puede considerarse que una mayor integración entre la seguridad social y el sistema público permite mayores sinergias entre ambas, lo que mejora el financiamiento de la solidaridad y promueve una mayor equidad. Asimismo, la articulación entre la seguridad social y los sistemas públicos puede tener un efecto positivo en la eficiencia si la integración de los subsistemas trae aparejado un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y facilita la racionalización del uso de los recursos mediante mejoras en la gestión y administración de los subsistemas.

Sin embargo, debe reconocerse que en la mayoría de los países de la región los recursos tributarios son escasos y que los fondos provenientes de contribuciones a la seguridad social en el campo de la salud son importantes fuentes de financiamiento. Por lo tanto, en muchos casos resulta imprudente (o poco realista) plantear la eliminación del financiamiento contributivo a corto plazo y su sustitución por fuentes financieras difíciles de recabar. El objetivo primordial es lograr un sistema de salud equitativo con financiamiento solidario. Esto puede lograrse sobre la base de un financiamiento proveniente fundamentalmente de rentas generales o mediante una adecuada articulación de estas con cotizaciones a la seguridad social.

Como se aprecia en el cuadro III.4, en la región existe una diversidad de mecanismos institucionales. Puede diferenciarse el financiamiento de las prestaciones públicas sobre la base de rentas generales exclusivamente (o tipo 1, que corresponde al caso principalmente de los países del Caribe y Brasil), los sistemas con algún grado de integración entre el financiamiento contributivo y el del presupuesto general (tipo 2) y los que carecen de articulación a este respecto (tipo 3).

⁹ En algunos países de la región, como por ejemplo Haití, también ha cobrado creciente importancia el financiamiento mediante donaciones externas.

¹⁰ En este capítulo se prioriza el análisis de la integración del financiamiento de la salud en los sectores públicos y de seguridad social. Sin embargo, debe destacarse que en algunos países de la región el sector de seguridad social no es monolítico y existe también una fragmentación entre sus distintos agentes, lo cual plantea un desafío particular. Cabe notar que existen dos conceptos de solidaridad: de riesgos y de ingresos. De acuerdo con el primero, dos personas con un mismo nivel de ingreso pero con distintos niveles de riesgo contribuyen con la misma cantidad de recursos al financiamiento del sistema, pero la persona de mayor riesgo recibe, llegado el caso, un mayor nivel de servicios. De acuerdo con el segundo, dado un mismo nivel de riesgo, dos personas con distintos ingresos reciben un mismo nivel de servicios pero contribuyen en función de sus ingresos.

Cuadro III.4
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INTERACCIÓN ENTRE FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y
 COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR DE LA SALUD**

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo	Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social	Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social
<i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados</i>	<i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varía el nivel de integración del financiamiento</i>	<i>La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado</i>
<i>Prestación pública y privada:</i> Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití, ^a Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, República Bolivariana de Venezuela ^b	<i>Tipo 2A:</i> Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica <i>Tipo 2B:</i> Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda, ^c República Dominicana ^c	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay
<i>Prestación solo a través del sistema público:</i> Cuba	<i>Tipo 2C:</i> Modelo dual con integración parcial: Chile	

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

Nota: En todos los países, con la excepción de Cuba, existe un subsector privado que también presta servicios de salud.

^a En Haití no existe prácticamente el seguro social y la prestación y el financiamiento provienen fundamentalmente del sector público y de organizaciones no gubernamentales.

^b Las reformas de los últimos años han fomentado una mayor participación y cobertura del sistema público.

^c Tanto Antigua y Barbuda como República Dominicana se encuentran en un período de transición, aplicando reformas de salud con vistas a una mayor integración del financiamiento.

A los efectos de este documento, resulta interesante revisar las fortalezas y debilidades de las reformas recientes orientadas a integrar el financiamiento público con el de la seguridad social, ya sea completamente (como en Brasil) o mediante modalidades alternativas de articulación entre el financiamiento contributivo y no contributivo (los ejemplos pertenecientes al tipo 2). Debe destacarse que las diferentes estrategias de reforma reflejan tanto la heterogeneidad como la importancia de los puntos de partida de cada país: la especificidad de cada sistema de salud y su inserción institucional resultan en diferentes restricciones y prioridades que las políticas de reforma deben tomar en cuenta.

Tipo 1: Sistema integrado a partir de financiamiento no contributivo

Más allá de los sistemas de salud de la mayoría de los países del Caribe, integrados por razones históricas (véase el recuadro III.4), el caso de Brasil representa un ejemplo reciente de la manera en que un proceso de reforma facilita un financiamiento no contributivo del sistema de salud. De acuerdo con la Constitución de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó en un derecho universal e integral a la salud. A partir de entonces, en Brasil se procedió a la creación de un sistema de salud público único, financiado mediante rentas generales.¹¹ El nuevo sistema único de salud (SUS) integró los distintos esquemas de seguros sociales (con excepción de los regímenes de las fuerzas armadas y de policía), de manera que el sistema brasileño se compone solo de dos subsectores: público y privado (véase el recuadro III.5).

¹¹ En el marco de las rentas generales se han creado impuestos específicos para el financiamiento de la seguridad social.

Recuadro III.4

SISTEMAS INTEGRADOS DE ORIGEN: LA SALUD EN EL CARIBE

Por razones históricas como la herencia colonial en los países de habla inglesa o razones de escala, en la subregión del Caribe predomina un sector público verticalmente integrado, mientras que el sector privado asegura o presta servicios a una fracción relativamente pequeña de la población (el caso cubano puede considerarse una variante de este tipo en la que la prestación es exclusivamente pública).

En términos generales, el sector público es el principal encargado de la prestación de servicios, la regulación y el financiamiento del sector de la salud, sin una separación explícita de las funciones de compra, aseguramiento y prestación de servicios. Este es el caso de todos los países del Caribe a excepción de República Dominicana. El financiamiento del sistema público es fundamentalmente no contributivo y se basa en la asignación presupuestaria y, en algunos casos, en impuestos específicos.

Por su parte, el sector privado sirve generalmente de apoyo para la prestación de servicios de salud y la captación de fondos. En algunos países, este sector es aún incipiente mientras que en otros ha registrado un marcado crecimiento (Cercione, 2005).

La creciente importancia de los seguros y proveedores privados, el alto (y cada vez mayor) nivel del gasto de bolsillo en salud y los efectos del aumento de los costos del sistema público determinan que la subregión (con la excepción de Cuba) esté tendiendo a un modelo en el que los más ricos se atienden en el extranjero, la población de ingreso medio recurre a seguros o a servicios privados y los más pobres solo cuentan con el sistema público (CCHD, 2006). Revertir esta tendencia y poner en práctica los mecanismos adecuados para contener los costos crecientes de los sistemas constituyen los mayores desafíos que enfrentan los países del Caribe en términos de equidad y acceso a servicios de salud.

Dado que en los países del Caribe se prevé un importante incremento de los costos en el futuro, fundamentalmente como consecuencia de la creciente importancia de las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y el VIH/SIDA (OPS, 2005b), se han formulado varias propuestas de reforma tendientes a integrar el sistema mediante el establecimiento de seguros nacionales de salud, con el fin de encontrar fuentes alternativas de financiamiento y lograr una administración más eficiente. Bahamas, Belice, Jamaica, Trinidad y Tabago, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, entre otros países, se encuentran en las etapas preliminares de debate o introducción de distintas modalidades de seguros nacionales de salud (CCHD, 2006).

Los países de la subregión están en una posición ventajosa para una reforma de este tipo, ya que por sus particularidades históricas cuentan con sistemas públicos relativamente fuertes y no enfrentan problemas de segmentación financiera entre estos y la seguridad social. Estos seguros podrían financiarse ya sea mediante rentas generales o con la instauración de cotizaciones específicas de empleados empleadores o ambos, pero evitando que ello derive en la creación de un seguro social independiente del sector público, con la consiguiente segmentación del sistema.

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

Recuadro III.5

PRESTACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN BRASIL

El Estado ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población a cargo del Sistema Único de Salud (SUS). Esta tiene como objetivo la equidad en la distribución de recursos públicos, lo que se refleja en que la mayor parte de la población (pero especialmente los estratos más pobres) utiliza los servicios del SUS. De acuerdo con estimaciones citadas por Medici (2002), un 40% de la población lo utiliza de manera exclusiva y un 44% de manera complementaria, aunque el sistema único representa solo una tercera parte del gasto total en salud. Los servicios están a cargo de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, y una parte importante de las unidades del SUS subcontrata servicios con el subsector privado. En este sentido, se observa un proceso de descentralización gradual. La participación del gobierno federal en el financiamiento de la salud pública se redujo del 73% al 54% entre 1985 y 1996, mientras que la participación de los municipios creció del 9% al 18%. En el 2003, el financiamiento federal del sistema único de salud fue del 50,7%, con una participación de los estados del 22,8% y de los municipios del 26,5%.

Los empleados públicos constituyen un caso especial, dado que reciben una asignación con la cual contratan seguros privados, aunque no pierden su derecho a atenderse en el sistema único de salud. Asimismo, las fuerzas armadas y la policía están cubiertas por sus propios programas, que no pertenecen al SUS.

El recurso al subsector privado es de carácter voluntario. Este desempeña una función complementaria y está regulado y controlado por el gobierno federal. Lo utilizan los estratos de mediano y alto ingreso, que están asegurados de manera adicional en prepagas, cooperativas médicas o seguros de reembolso. Asimismo, las grandes empresas suelen ofrecer planes de salud, en general subcontratados a aseguradoras privadas. No obstante, una proporción importante de la población con seguro privado utiliza los servicios del SUS, especialmente en los casos complejos y costosos.

Fuente: A. Medici, *Financing Health Policies in Brazil. Achievements, Challenges and Proposals*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 2002 y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Brasil: O perfil do sistema de serviços de saúde", *Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., 2005.

Aunque una reforma de este tipo requiere una importante capacidad tributaria (debe resaltarse que Brasil tiene la mayor recaudación con respecto al PIB en la región), la iniciativa del Sistema Único de Salud (SUS) es un ejemplo de articulación de los sectores público y de seguridad social, en el que el primero virtualmente absorbió al segundo, lo que universalizó la cobertura de la salud pública.¹² De esta manera, se favoreció, sobre la base del financiamiento, la integración de la salud con mayor equidad.

Tipo 2A: Sistema integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social

El caso de Costa Rica representa otro ejemplo de integración del subsistema público y de la seguridad social. Sin embargo, a diferencia de Brasil, en Costa Rica se mantuvieron las cotizaciones laborales a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que recibe asimismo aportes fiscales para cubrir a quienes no tienen capacidad contributiva. En la actualidad, la Caja es la principal institución del sistema de salud; brinda servicios de diversa complejidad y, a partir de 1995, absorbió también la atención primaria.

La Caja funciona con una lógica de seguro y brinda una cobertura uniforme a todos los afiliados. La participación del Estado en el financiamiento se da fundamentalmente en tres niveles. En primer lugar, el Estado complementa (con un aporte relativamente menor) la cotización que realizan los empleados y los empleadores. En segundo lugar, el Estado cubre cerca del 50% de la contribución de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios, asumiendo parcialmente la cotización patronal.¹³ En tercer lugar, el Estado cubre el 100% de la cotización correspondiente a los más pobres, que no tienen capacidad contributiva.¹⁴

La integración de los diferentes grupos de ingreso —que utilizan las mismas instalaciones y reciben igual nivel de servicios— ha sido el principal eje del éxito de la política de salud de Costa Rica. Sin embargo, en la última década se ha afianzado la tendencia a que las personas de mayores recursos utilicen más los servicios privados de consulta primaria y especializada que los servicios públicos. Si bien este grupo mantiene su cotización al seguro social, de modo que este fenómeno no afecta a la solidaridad del sistema, se crean incentivos a la evasión de contribuciones (Rodríguez, 2005b).

Aunque Costa Rica constituye un caso interesante de integración del financiamiento público y de la seguridad social en un esquema de seguro relativamente simple, otras reformas en la región han optado por integrar sus sistemas mediante mecanismos más exigentes en términos institucionales.

Tipo 2B: Sistema integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo

La reforma de salud de Colombia representa un caso en el cual se mantiene una importante participación del financiamiento contributivo junto con los recursos tributarios tradicionales, y en el que la articulación se plantea mediante mecanismos explícitos de solidaridad.¹⁵

¹² Cabe destacar que, dada la gravísima crisis de financiamiento del sistema de pensiones, las contribuciones sobre la nómina salarial hasta entonces destinadas a la salud se reorientaron a la previsión social, mientras que recursos tributarios que de otra manera deberían haberse destinado al sistema de pensiones se destinaron al sistema único de salud.

¹³ El subsidio otorgado por el Estado para el aseguramiento de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios no depende de su nivel de ingreso, lo que plantea un problema de inequidad, sobre todo en el caso de los profesionales independientes que tendrían suficiente capacidad de pago como para hacerse cargo de la cuota obrera y la patronal. Asimismo, constituye un incentivo para que muchos empleadores prefieran que sus trabajadores figuren como trabajadores independientes, pues ello les ahorra la cuota patronal (Rodríguez, 2005b).

¹⁴ Además de los ingresos por cuotas, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene una serie de rentas, como ingresos por la venta de lotería y la venta de servicios de salud a la población no asegurada. Sin embargo, estos últimos ingresos son marginales y no reflejan la verdadera magnitud del gasto que representa para la institución la población no asegurada.

¹⁵ El “Medical Benefits Scheme” de Antigua y Barbuda, que cubría exclusivamente a los cotizantes, se reformó recientemente para cubrir también a las personas que sufren una serie de patologías, independientemente de sus aportes (CCHD, 2006). En República Dominicana, por su parte, la reforma estipula la universalidad de la cobertura y la creación de tres regímenes: i) el contributivo (para los trabajadores asalariados); ii) el contributivo-subsidiado (para trabajadores independientes con ingresos mayores al salario

La reforma, iniciada en 1993, representa uno de los esfuerzos más complejos en la región para avanzar hacia la universalización de la cobertura mediante esquemas de aseguramiento. Corresponde al reemplazo de los antiguos subsectores de la seguridad social y sistema público por tres regímenes: uno contributivo, para empleados e independientes con ingresos superiores a dos salarios mínimos; otro subsidiado, orientado a trabajadores informales e independientes de bajos ingresos, y un tercero transitorio, el de los vinculados, creado para atender durante la etapa de transición a quienes aún no se hubieran afiliado al régimen subsidiado (véanse detalles de la reforma en el recuadro III.6).

Recuadro III.6 LA REFORMA COLOMBIANA

La reforma de salud en Colombia introdujo dos regímenes (contributivo y subsidiado) y una situación transitoria (el grupo de los vinculados). Debe destacarse, sin embargo, que los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos quedaron excluidos del nuevo régimen y siguen cubiertos por los esquemas que poseían antes de la reforma.

El régimen contributivo cubre obligatoriamente a los trabajadores del sector formal, tanto dependientes como independientes, que ganan más de dos salarios mínimos y que pagan cotizaciones; la cobertura incluye también a sus familiares dependientes y a los pensionados. El régimen contributivo se estructura sobre la base de Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de impulsar y efectuar el aseguramiento, así como de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud del plan obligatorio. Todo trabajador colombiano (dependiente o no) está obligado a afiliarse a una de estas entidades, a la que aporta el 12% de sus ingresos laborales si es trabajador independiente. Si es empleado dependiente, la cotización de un 12% se comparte con el empleador, quien debe aportar dos terceras partes. Las cotizaciones recaudadas se pueden descomponer en tres categorías: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las unidades de pagos capitadas del trabajador y su familia, que van a las EPS y iii) una proporción para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Los excedentes que se puedan generar al restar de la contribución los pagos señalados se suman al 1% de la cotización que va directamente al fondo de solidaridad y garantía, que los redistribuye a través de los mecanismos de solidaridad con el régimen subsidiado y de compensación de riesgo en el régimen contributivo. Estos dos mecanismos son fundamentales para lograr un financiamiento mancomunado y articular el financiamiento solidario.

El régimen subsidiado cubre a la población de escasos recursos que no tiene capacidad contributiva, como trabajadores informales e independientes que ganan menos de dos salarios mínimos y desempleados, así como a sus familiares, mediante transferencias del régimen contributivo y de la nación, los departamentos y municipios. Los municipios aplican un sistema de identificación (SISBEN) para evaluar las condiciones de vida y variables sociodemográficas de los posibles beneficiarios para afiliarlos al régimen. Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) reciben del fondo solidario una unidad de pago por capitación subsidiada (UPCS), con la cual deben brindar a sus afiliados los beneficios previstos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS). Al inicio de la reforma, estos equivalían como mínimo al 50% del plan obligatorio del régimen contributivo, lo que establecía una clara diferencia entre los servicios mínimos cubiertos en ambos subsectores. Los servicios que en un principio no cubre el plan obligatorio de salud subsidiado deben ser garantizados por los hospitales públicos.

Si bien la cobertura aumentó significativamente a partir de la reforma, producto de la extensión del aseguramiento a las familias de los afiliados, no se logró alcanzar las metas de cobertura universal que se esperaba alcanzar en 2000-2001. Entre los factores que explican esta falta de cumplimiento se destacan la demora hasta 1996 de la entrada en operación del régimen subsidiado, la evasión, morosidad y subdeclaración de ingresos en el régimen contributivo y un gasto público insuficiente. Estos factores han debilitado la capacidad financiera del sistema para expandir la afiliación entre los pobres. Asimismo, el sistema de información (SISBEN) ha tenido algunos problemas. De hecho el estado de necesidad es muy difícil de evaluar, lo que dificulta la identificación de los posibles beneficiarios. Por último, cabe observar que se pusieron demasiadas expectativas en la evolución del mercado laboral, esto es, se previó una cantidad muy elevada de afiliaciones de trabajadores independientes, que no tuvo lugar.

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

mínimo), y iii) el subsidiado (orientado a trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo, desempleados, discapacitados e indigentes). Véase Mesa-Lago (2005) para más detalles.

En el marco de la reforma, se unificaron las cotizaciones obligatorias y los planes de beneficios en cada subsistema (con mayor cobertura de servicios de salud en el caso del régimen contributivo), se estableció la obligatoriedad de la afiliación y se amplió la cobertura con servicios de salud integrales a la familia del trabajador. Junto al establecimiento de un plan obligatorio de salud para el régimen contributivo y otro para el régimen subsidiado, cuyos costos se reflejan en una unidad de pago por capitación, ajustada por riesgo, se definió un plan de atención básica financiado con recursos estatales, gratuito para toda la población, que tiene como finalidad cubrir las actividades de salud pública y de interés comunitario de promoción de la salud y control y prevención de enfermedades.

La articulación del financiamiento contributivo y no contributivo, así como el financiamiento del componente solidario, recayó en un nuevo Fondo de solidaridad y garantía. Este incluye cuatro subcuentas: de compensación (solidaridad) interna del régimen contributivo; de solidaridad con el régimen subsidiado; de promoción y prevención de salud, y de accidentes de tránsito, atentados terroristas y catástrofes naturales. Asimismo, la reforma creó nuevas fuentes de recursos, a través de impuestos específicos y la participación en ingresos petroleros.

Un modelo de reforma como el colombiano requiere una gran capacidad institucional para regular la competencia y garantizar el funcionamiento de los mecanismos de solidaridad y de ajuste de riesgo. Aunque no está exento de problemas, este caso representa un ejemplo de iniciativa en la que se procura conciliar el objetivo de equidad en el acceso a la salud con un sistema de aseguramiento explícito.

Tipo 2C: Modelo dual con integración parcial

El caso de Chile es diferente a los anteriores y constituye otra modalidad de articulación entre el sistema público y la seguridad social, que debe entenderse como de carácter dual y parcial. Una de las principales características de la reforma iniciada a partir de 1981 radicó en la segmentación, en tanto las cotizaciones obligatorias de salud pueden dirigirse alternativamente hacia dos sistemas de seguros de salud, que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Los cotizantes pueden escoger entre el Fondo Nacional de Salud (FONASA), una suerte de seguro público de salud, o los seguros privados de salud ofrecidos por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), esto es, aseguradoras privadas de salud en el ámbito de la seguridad social. Si el pago de la cotización obligatoria (7% del salario) se destina al FONASA, el cotizante y sus dependientes quedan adscritos al sistema público de salud. En caso de optar por canalizar el pago hacia las ISAPRE, pasa a formar parte del sistema de seguridad social de salud administrado por privados y quedan cubiertos por los planes de salud que estas ofrecen según el riesgo y recursos de los afiliados. Los planes definen los grados de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado en forma individual o para este y su grupo familiar (cónyuge, hijos y otros miembros), sin que exista integración del financiamiento en el subsistema.

La articulación del financiamiento del sistema público y la seguridad social se da solo en el ámbito del FONASA, que se financia por medio de las cotizaciones de los afiliados que optan por sus servicios y de los aportes fiscales provenientes de rentas generales (en el caso de quienes carecen de capacidad contributiva). En la medida en que en el FONASA el financiamiento está mancomunado y el acceso a los beneficios es independiente de los aportes, la solidaridad directa entre cotizantes y no cotizantes queda circunscrita a esta institución. En el año 2000 se estimaba que alrededor del 35% de las cotizaciones de los miembros de mayor ingreso del FONASA se destinaban al financiamiento de los servicios que recibían los no cotizantes (Bitrán, 2000). Por lo tanto, en este subsector se da la solidaridad de riesgo y de ingreso.

A pesar de la solidaridad de ingreso en el ámbito del FONASA, la dualidad del sistema y el carácter individual del aseguramiento en las ISAPRE determinan obstáculos, tanto en lo que respecta a la integración plena del financiamiento como en materia de equidad. En efecto, debe destacarse que las personas de mayor ingreso tienden a estar afiliadas al sistema ISAPRE,

especialmente en la etapa del ciclo vital en la que presentan un riesgo de salud relativamente bajo, de modo que tienen una contribución elevada y un riesgo bajo pero no participan de mecanismos de solidaridad contributiva.

Tipo 3: Sistemas no integrados

Por último, existe un grupo numeroso y heterogéneo de sistemas con baja o nula articulación entre el financiamiento público y la seguridad social. Estos países, que corresponden al tipo 3 del cuadro III.4, presentan como rasgo característico la convivencia de sistemas de seguridad social bastante fragmentados con una multiplicidad de instituciones sin mecanismos de coordinación y escasa presencia de financiamiento solidario. Según el caso, los sectores públicos brindan cobertura con diverso grado de accesibilidad y calidad. A pesar de numerosos intentos de integración, no se han logrado avances sustantivos en términos sistémicos, pero existe una serie de iniciativas puntuales a tal efecto (en el recuadro III.7 se presenta un ejemplo de iniciativas de este tipo en México).

Recuadro III.7

EL SEGURO POPULAR DE SALUD EN MÉXICO: SEGUROS VOLUNTARIOS SUBSIDIADOS PARA NO COTIZANTES A LA SEGURIDAD SOCIAL

En México se han desarrollado múltiples programas públicos de salud orientados a los pobres, entre los que se destaca el IMSS-Oportunidades (que se analiza en detalle en el capítulo V). Estos programas se concentraron, en general, en la prestación de servicios y la atención primaria. El Seguro Popular de Salud (SPS), presenta rasgos innovadores con respecto a iniciativas anteriores, tanto por el énfasis en el subsidio a la demanda como por su financiamiento.

Una innovación del programa es la introducción de subsidios a la demanda para la población más pobre: los programas del ministerio federal se caracterizaron en general por los subsidios a la oferta. El Seguro Popular de Salud está adscrito al ministerio federal en cooperación con los estados; está destinado a la población pobre, y comprende un paquete de prestaciones gratuito (que ha aumentado gradualmente de 78 a 91 tipos de prestaciones). Por este medio se cubría a 2 millones de personas en el 2004 (2% de la población) y se aspira a cubrir al 10% de la población en el 2010. El SPS no discrimina por riesgo ni por enfermedades preexistentes como en otros seguros públicos voluntarios. Un objetivo clave del programa es reducir el pago de bolsillo, que constituye un 52% del gasto total de salud y tiene un efecto desastroso en las familias más pobres. Los dos quintiles de menor ingreso, que constituyen un 94% de las personas cubiertas por el seguro, reciben gratuitamente el paquete, de cuyo gasto total en el 2002 un 40% correspondió a medicamentos y un 27% a servicios preventivos y curativos.

En cuanto a su financiamiento, el 94% de los beneficiarios está exento de pago porque se encuentran en los dos quintiles de ingreso más pobre; el restante un 6% aporta una cuota según su nivel socioeconómico. En el 2004, un 68% del financiamiento correspondía al gobierno federal, un 29% a los estados (con gran diversidad entre ellos) y un 3% a los beneficiarios. Debido a las dificultades políticas que supone la modificación de la asignación de fondos de rubros presupuestarios históricos, los nuevos subsidios a la demanda provienen de fondos federales “frescos” añadidos para el seguro: de los recursos que aporta el gobierno federal, el 39% corresponde a nuevas transferencias y el 29% a fondos que los estados ya recibían.

El SPS cuenta con el respaldo de los beneficiarios y se estima que ha tenido un efecto positivo en la equidad y reducido el gasto de bolsillo de los pobres un 25%, sobre todo en medicamentos. Sin embargo, enfrenta aún ciertos desafíos: para operar, se requiere que el área a cubrir cuente con un mínimo de infraestructura, por lo que llegar a poblaciones de difícil acceso plantea serios obstáculos; existen importantes divergencias socioeconómicas y culturales en la población objetivo, y por último, para cumplir con sus metas de cobertura y para enfrentar los costos crecientes inherentes al envejecimiento de la población, el cambio epidemiológico, el aumento de la demanda de los usuarios y la ampliación del paquete, la sostenibilidad financiera del SPS requiere una importante y creciente inversión en el futuro.

Fuente: G. Nigenda, “El seguro popular de salud en México: desarrollo y retos para el futuro”, *Nota técnica de salud*, N° 2/2005, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2005 y C. Mesa-Lago, “Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Aseguramiento y selección de riesgos

La introducción de esquemas de aseguramiento basados en seguros de riesgo puede crear, dependiendo del marco regulatorio y las reglas para definir las cotizaciones, grandes incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. Estas prácticas pueden afectar significativamente la equidad y eficiencia del sistema, así como la posibilidad de garantizar un paquete de salud universal y uniforme. Para reducir los incentivos a seleccionar (“descremar”) riesgos es importante que el costo de la prima de seguros no se determine sobre la base de los riesgos individuales de los individuos sino en función del riesgo de la población. Además, deben aplicarse mecanismos de ajuste de riesgos, que consisten en transferencias cruzadas acordes a la estructura de riesgos de cada aseguradora, reguladas por un órgano central. Las correcciones más frecuentemente practicadas se refieren a los diferenciales de ingresos, sexo y edad, de modo que su introducción involucraría una mejora de la solidaridad entre sectores sociales, géneros y grupos etarios.

En Colombia, las dificultades para expandir la cobertura se han visto potenciadas por los incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras de los regímenes contributivos y subsidiados. Este tipo de comportamiento se ha dado a pesar de la aplicación de medidas, entre las que se cuentan el ajuste de las unidades de pago por capitación por grupos de edad y sexo de la población y el ajuste del valor de las unidades de pago por localización geográfica del afiliado y de los beneficiarios, a fin de cubrir los mayores costos en zonas remotas y de conflicto armado y permitir a las aseguradoras el cobro de copagos y cuotas moderadoras para racionalizar la utilización de los servicios. Los incentivos al “descreme” de la población se originan en las diferencias entre los planes obligatorios del régimen contributivo y el subsidiado por una parte y la existencia de una población pobre no afiliada a ninguno de los dos regímenes (vinculados), que puede acceder a los servicios de salud a través de los hospitales públicos financiados por rentas generales (Mora, 2000).

En Chile, la propuesta pública para continuar el proceso de reforma que dio origen a los cambios iniciados en el 2003 intentaba mejorar la agregación del riesgo de la población en salud mediante la introducción de un mecanismo de ajuste de riesgos. Este fondo intentaba vincular financieramente al conjunto de la seguridad social (ISAPRE más los cotizantes de FONASA) con el sector público, para evitar los problemas de selección de riesgos e ineficiencia, así como para introducir más solidaridad en el sistema (véase el recuadro III.8).

En Argentina se encuentra en proceso de elaboración la introducción de correcciones por riesgo por edad y sexo en los subsidios, para cubrir el Plan médico obligatorio de los beneficiarios de menores ingresos del sistema de seguridad social (las obras sociales). El avance sería progresivo en la medida en que los recursos disponibles alcancen a cubrir los diferentes riesgos. Dado que el país cuenta con un programa específico para la población de mayor edad, el ajuste reviste mayor importancia en virtud de la selección de riesgos entre la población activa.

Recuadro III.8
“DESCREME” Y SELECCIÓN DE RIESGOS EN CHILE

Cuando se observa la distribución de la población entre el subsector público y privado según ingresos y edad, se aprecia que en los primeros cuatro quintiles de la distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliados al sistema público. Solo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor participación del sistema ISAPRE, una tendencia que se mantuvo a lo largo de la década de 1990. De la distribución por edades se desprende que las personas de mayor edad tienden a concentrarse mayoritariamente en el FONASA. Aún en el segmento del 20% más rico de la población, a partir de los cincuenta años la mayoría de los afiliados se encuentran en el FONASA.

En la medida en que las personas de mayor edad reflejen mayores riesgos médicos, la lógica de los seguros privados tenderá a hacer que las compañías de seguros discriminen contra este tipo de asegurados, ya sea mediante precios o la reducción de los niveles de cobertura. La discriminación de riesgos no solo afecta a personas de tercera edad sino también a cualquier persona que presente mayores probabilidades de enfermedad, lo que acontece con los enfermos crónicos y las personas de menores ingresos. Este tipo de personas representan “malos riesgos” del punto de vista de los seguros privados. En este sentido, las ISAPRE, al actuar como agencias aseguradoras de riesgo en un mercado altamente desregulado, tienden a mostrar un comportamiento que favorece la discriminación del riesgo. La existencia de un seguro solidario como el FONASA, que actúa como asegurador de última instancia, unido a la capacidad de las ISAPRE para discriminar riesgos han llevado a que en el modelo chileno el acceso a los servicios de salud esté determinado por los niveles de ingreso y probabilidad de enfermedad de las personas. En este contexto, el FONASA tiende a concentrar a las personas de menores ingresos y mayores riesgos médicos, mientras que las ISAPRE atraen a las personas de altos ingresos y bajos riesgos médicos. Esta segmentación de la población es resultado de la combinación de sistemas público y privado vigente en Chile y tiene consecuencias negativas en la equidad del sistema. Para disminuir el problema de selección de riesgos se propuso la creación de un fondo de ajustes de riesgos, que distribuyera recursos entre ISAPRES y FONASA de acuerdo con la cartera de riesgos de estas aseguradoras. Sin embargo, dinámicas políticas impidieron la aprobación de esta medida, por lo que la solidaridad directa entre cotizantes y no cotizantes sigue circunscrita al FONASA.

Grupos de edad	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3			Quintil 4			Quintil 5		
	Sector público	ISAPRE	Resto	Sector público	ISAPRE	Resto	Sector público	ISAPRE	Resto	Sector público	ISAPRE	Resto	Sector público	ISAPRE	Resto
0 - 20	92,2	1,6	6,2	85,8	6,6	7,7	73,5	15,2	11,4	53,8	32,0	14,3	26,2	61,6	12,2
21 - 50	89,0	1,7	9,3	82,6	6,2	11,2	72,5	12,9	14,7	55,3	26,8	17,9	31,1	52,1	16,8
51 - 64	91,6	1,1	7,3	90,7	2,3	7,0	82,4	6,5	11,1	70,6	14,1	15,3	44,5	40,6	14,9
65 y más	93,2	0,8	6,0	93,7	1,0	5,3	90,2	1,7	8,1	82,2	5,6	12,2	58,7	22,0	19,3
Total	91,0	1,6	7,5	85,5	5,6	8,9	75,7	11,8	12,5	59,8	24,4	15,9	34,6	49,9	15,6

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

Definición de coberturas explícitas

Prácticamente todas las legislaciones nacionales de los países de América Latina y el Caribe establecen el derecho a la salud universal de su población. En ausencia de compromisos garantizados y del financiamiento público adecuado, estos derechos son difícilmente exigibles y suelen racionalizarse mediante listas de atención de duración incierta y criterios de jerarquización de patologías poco transparentes.

Un instrumento para promover la exigibilidad de los derechos y enfrentar los problemas de financiamiento e inequidad de la cobertura es la definición de paquetes de garantías explícitas universales y exigibles (véase el cuadro III.5). Estos paquetes o planes mínimos obligatorios de prestaciones deben ofrecerse a toda la población, de manera independiente de su riesgo e ingreso. El criterio para definir las prestaciones que deben contemplarse por medio de este tipo de instrumento debe responder a las necesidades sanitarias del conjunto de la población. En casos como el de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile, el plan de beneficios garantizados ha servido para fijar prioridades y dirigir recursos a las patologías de mayor prevalencia, mortalidad y morbilidad. En otros casos, y en especial en las iniciativas desarrolladas en el istmo centroamericano, el objetivo de los paquetes básicos y las garantías de prestaciones ha sido establecer el acceso a servicios de atención primaria para segmentos excluidos de la población y reducir los rezagos epidemiológicos (Sojo, 2005).

Cuadro III.5
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PAQUETES DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS
 UNIVERSALES, 2003-2004**

País	Paquete básico de prestaciones	Enfermedades “catastróficas”
Argentina	Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)	Sí
Bolivia	Seguro Básico de Salud (SBS)	No
Brasil	Plan de atención básica (PAB)	Sí
Colombia	Plan Obligatorio de Salud (POS), Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)	Sí
Costa Rica		Sí
Cuba		Sí
Chile	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Sí
Ecuador (proyecto del 2003)		No
Guatemala	Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), limitado	No
Haití (proyecto del 2004)		No
México	Seguro Popular de Salud (SPS), parcial	Parcial
Nicaragua	Muy limitado	No
Panamá	Limitado	Parcial
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS), parcial	No
República Dominicana	Plan Básico de Salud (PBS), parcial	Parcial
Uruguay	No definido	Sí

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, “Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

La determinación del paquete de beneficios garantizados es un elemento que provoca una gran controversia política y técnica, pero capital para el funcionamiento de un sistema de aseguramiento y estrechamente ligado a las necesidades de financiamiento. La determinación de un subconjunto de prestaciones que deben cubrirse y garantizarse a toda la población no es fácil. De hecho, entraña una serie de consideraciones sobre los derechos de los ciudadanos y dilemas éticos relativos a la protección de la salud. En términos generales, concita un amplio debate social, que involucra a una gran diversidad de factores éticos, políticos, culturales, médicos y económicos.

La definición de un conjunto de prestaciones exigibles constituye un instrumento útil para facilitar el aseguramiento, en tanto explicita el conjunto de beneficios a financiar y ayuda a determinar los precios de las prestaciones. Pero más allá de un instrumento de organización, que refleja una restricción presupuestaria, el objetivo de definir un conjunto de derechos universales y garantizados no es reducir los niveles de cobertura de las personas sino garantizar un nivel de cobertura de servicios de salud exigible y, en principio, igual para todos. Estos paquetes no deben concebirse de manera estática, sino como un instrumento de jerarquización, cuya cobertura debe expandirse progresivamente. Por último, el establecimiento de prioridades sanitarias no debe desplazar el tratamiento de las patologías no incluidas, esto es, debe garantizarse que la cobertura del paquete no absorba el total de la capacidad del sistema público.

Cuando una sociedad fija un paquete de prestaciones a las cuales todos los ciudadanos tienen derecho a acceder, y que es efectivamente exigible por las personas, surge automáticamente una obligación financiera que se prolonga en el tiempo. En la medida en que se financia con cotizaciones y aportes generales, la exigibilidad de beneficios determina la creación de pasivos contingentes para el sector público. Esto es, al fijar un derecho social exigible, el Estado tiene la obligación de garantizar

ese derecho, lo que equivale a la obligatoriedad de financiarlo y a la existencia de instancias legales para hacer valer su exigibilidad. Para financiar pasivos contingentes se deben crear reglas de financiamiento que garanticen la prestación de los beneficios ofrecidos y respeten la disciplina fiscal. A su vez, la capacidad de financiamiento de los pasivos contingentes se ve seriamente afectada por el ciclo económico. La evolución de los pasivos contingentes también tiene un papel fundamental en la sostenibilidad financiera. Por ejemplo, las coberturas garantizadas deben ampliarse sobre la base de reglas y criterios que compatibilicen el aumento de beneficios con la necesidad de mantener las tendencias del gasto social en posiciones fiscales sostenibles en el tiempo y fortalecer el componente actuarial de los sistemas de protección social (Titelman y Uthoff, 2005).

En el contexto de la limitada capacidad de financiamiento de la protección social de los países de la región, los paquetes básicos de garantías exigibles deben entenderse como una forma de avanzar hacia sistemas integrados de salud que sean capaces de brindar una cobertura oportuna y de calidad a toda la población, independientemente de los riesgos e ingresos de las personas. En la medida en que los países se desarrollen, los paquetes priorizados deben ampliarse progresivamente en función de las necesidades sanitarias de su población.

Eficiencia, organización y supervisión del sistema de salud

Un elemento común a todos los países de la región y fuera de ella, es el problema del aumento de los costos del sistema de salud. Como se señaló anteriormente, una combinación de factores demográficos, epidemiológicos y tecnológicos han traído aparejada una demanda de nuevos productos y procesos, que requieren de mayores recursos financieros. Los problemas de información y otras fallas que se observan en el mercado de la salud potencian, a su vez, la tendencia estructural al incremento de los costos. Asimismo, los gastos en salud se han visto afectados por las transformaciones estructurales que caracterizan al sistema de prestaciones, tanto público como privado. La incorporación creciente de nuevas tecnologías —especialmente aquellas relacionadas con la electrónica aplicada a la mecánica tradicional o la biotecnología aplicada a la producción de fármacos— que, si bien pueden mejorar el diagnóstico y la solución de los problemas sanitarios, van delineando un modelo prestador que tiende a la alta complejidad y no es plenamente compatible con las necesidades básicas de los sectores menos favorecidos en la distribución del ingreso (Katz y Miranda, 1994). Las concepciones económicas aperturistas favorecieron esta incorporación de tecnología y, por ende, la adopción de modelos asistenciales de mayor sofisticación que derivaron, a su vez, en costos crecientes. Los procesos de ajuste económico posteriores introdujeron —encarecimiento de las importaciones mediante— un factor adicional de alza de los costos y mayor exclusión (Bisang, 2005).

Por ello, las reformas deben orientarse activamente a mejorar la organización industrial del sector de la salud y su regulación, con el fin de aumentar la eficiencia y promover la contención de costos. En la presente sección se considerarán de manera especial las recomendaciones referidas a la necesidad de separar las funciones de financiamiento y prestación; incorporar mecanismos de compra eficaces, y establecer un marco regulatorio capaz de hacer frente a las numerosas fallas de mercado que se presentan en el campo de la salud, promoviendo la equidad y la eficiencia.

Separación de funciones

La incorporación de esquemas de aseguramiento es un elemento que facilita la separación de funciones de financiamiento y prestación en los sistemas de salud y puede, además, crear incentivos para la contención de costos, mediante la articulación con los proveedores de servicios, ya sean públicos o privados. En el contexto del sector de la salud los seguros no deben limitar su función a brindar cobertura financiera ante la concreción de los eventos que aseguran. Esto es, no deben comportarse como cajas pagadoras, sino que deben actuar como administradores de riesgos de salud y ejercer una función activa en la compra de servicios para sus afiliados. En la medida que los

seguros actúen como compradores eficientes en representación de sus afiliados, se reducen los problemas de asimetrías de información entre proveedores y consumidores, lo que reduce el problema de la demanda inducida. Además, se facilita la incorporación de mecanismos de pago que estimulen la racionalización del uso de los recursos, en tanto al ser compradores institucionales pueden avanzar hacia los mecanismos de capitación que se analizan más adelante.

Existe un creciente consenso sobre las bondades de separar las funciones de financiamiento y prestación de servicios (Frenk y Londoño, 1997), lo que se refleja en que varios países, dentro y fuera de la región, se han movido en esa dirección, tanto en lo que respecta a la atención primaria como en el nivel secundario y terciario. Independientemente de los mecanismos institucionales que se utilicen para la separación de funciones (instituciones independientes como en el caso de Colombia o pertenecientes a un mismo organismo, como en el de Costa Rica), esta permite introducir incentivos que, en el marco de una adecuada regulación, fomentan la racionalización y la eficacia de los recursos asignados al sector de la salud.

Varios países de la región han progresado en la separación de estas funciones. Los países de Centroamérica lo han hecho en el campo de la atención primaria, mediante la incorporación de contratos de capitación y metas de cumplimiento con las ONG. Nicaragua es quizás un ejemplo extremo en lo que respecta al nivel secundario, gracias al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Este Instituto cubre al 6% de la población y, a partir de 1994, procede a la contratación externa de todas las prestaciones que brinda a sus afiliados con las Empresas Médicas Previsionales (EMP), públicas o privadas.¹⁶ En Brasil, el 70% de los servicios hospitalarios provistos por el Sistema Único de Salud son comprados a proveedores privados.

La reforma colombiana de 1993 es otro ejemplo en la región que impulsa la separación entre las aseguradoras y las proveedoras de servicios de salud, junto con el paso de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda. Las empresas aseguradoras del régimen contributivo (ARS) o del subsidiado (EPS) compran la prestación de los servicios a Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Estas instituciones pueden ser públicas o privadas, de modo que los hospitales públicos debieron transformarse en Empresas Sociales del Estado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Debe aclararse que la separación de funciones no implica, necesariamente, la introducción de subsidios a la demanda. Estos se justifican como parte de una estrategia encaminada a incrementar la capacidad de elección del consumidor, tanto en lo que se refiere a los seguros como a los proveedores de los servicios de salud. Sin embargo, de las iniciativas a nivel internacional puede concluirse que estos subsidios no necesariamente resultan en una mayor eficiencia de la asignación del gasto, debido a las características propias del sector de la salud y a la capacidad institucional de los gobiernos para aplicarlos. Dados los problemas de asimetrías de información y de demanda inducida presentes en los mercados de la salud, la soberanía del consumidor no es fácil de ejercer. Es difícil que el paciente (en su calidad de consumidor) pueda hacer un uso eficiente de los subsidios. Por ello, los problemas vinculados a la asignación ineficiente de recursos en los sistemas con subsidios a la oferta se repiten con frecuencia en el caso de los subsidios a la demanda en mercados con información incompleta. Asimismo, existen limitaciones institucionales para administrar, recolectar y determinar su monto. Por ejemplo, en la fórmula para definir pagos ajustados por riesgo utilizada en la reforma colombiana solo se tiene en cuenta la edad y sexo, que no son criterios suficientes para predecir el riesgo si no se incluyen otros factores como el área de residencia, lo que resulta en cálculos inadecuados de los subsidios (Mora, 2000).

¹⁶ Las Empresas Médicas Previsionales son responsables de brindar una canasta de prestaciones a los asegurados directos, lo que incluye la atención de cerca de 800 enfermedades, así como atención en medicina general a los hijos menores de seis años y atención en obstetricia a las esposas de los asegurados directos. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social paga a estas empresas por capitación homogénea, sin copago ni límite en la cantidad de veces que el asegurado puede hacer uso del servicio. La empresa no puede segmentar servicios sino que está obligada a brindar la totalidad del paquete; en caso de que no disponga de algunos de los servicios exigidos por el Instituto, está obligada a subcontratarlos.

La reforma costarricense de 1998 establece un ejemplo de mecanismo útil desde el punto de vista de la combinación de la separación de funciones con subsidios a la oferta. La Caja Costarricense de Seguro Social creó un mecanismo de asignación de recursos en función de los resultados. La compra de servicios se realiza sobre la base de un compromiso de gestión, o contrato que formaliza la relación entre la institución y los proveedores de servicios (véase el recuadro III.9). Sin embargo, el proceso de compra correspondiente se ha consolidado lentamente: en lo fundamental, el presupuesto siguió elaborándose en términos históricos y solo una proporción menor depende de los resultados de la evaluación anual de los compromisos de gestión (Rodríguez, 2005b).

Recuadro III.9 COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN

El compromiso de gestión es un contrato que formaliza las relaciones entre las autoridades centrales y el proveedor de servicios, puesto en práctica recientemente por parte de la Caja Costarricense de la Seguridad Social. En este marco, los hospitales se comprometen a alcanzar una serie de metas en términos de “unidades de producción hospitalaria” y una parte del presupuesto anual (originalmente el 10%) se asigna en función de los resultados alcanzados de acuerdo con la evaluación anual. Se proyectaba que este porcentaje fuera aumentando con el tiempo, de modo que en algún momento se tarificaría toda la producción y desaparecería por completo el presupuesto histórico. En el caso de las áreas de salud (entidades intermedias por zona geográfica), también se fijó en un 10% el presupuesto que se asignaría de acuerdo con resultados, pero sobre la base de un modelo de capitación, en el que el monto por persona estaría ponderado por las características demográficas y epidemiológicas de la población cubierta. En un principio, estaba previsto que los gastos correspondientes a pacientes remitidos por los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS) a un hospital fueran facturados por este al Área de Salud correspondiente. De esta manera, el equipo de atención habría tenido interés en resolver directamente el caso, sin remitirlo, lo que habría impulsado la capacidad resolutoria del primer nivel. Sin embargo, las deficiencias de los sistemas de información lo hicieron imposible. También se contempló un sistema de premios y castigos, según el desempeño del proveedor con respecto a las metas estipuladas en el compromiso de gestión.

Para apoyar los compromisos de gestión, se crearon espacios de participación ciudadana en la gestión y supervisión de los servicios de salud, básicamente las Juntas de Salud. Se trata de órganos formados por miembros de la comunidad elegidos mediante votación directa. Hay una junta por cada hospital, clínica de importancia y Área de Salud. Su principal función es de vigilancia en materia de la ejecución del presupuesto y otras actividades de gestión; la selección de directores y el contenido de los compromisos de gestión, y los logros alcanzados. También están llamadas a impulsar proyectos y actividades de promoción de la salud en la comunidad, especialmente en el área de la salud ambiental. La Caja les brinda un espacio físico y apoyo administrativo para su funcionamiento.

A pesar de estos avances, el proceso se ha desarrollado muy lentamente, y requiere una evaluación integral que permita redefinirlo. En primer lugar, estaba previsto transferir a los hospitales y a las Áreas de Salud una amplia cantidad de competencias en materia de recursos humanos y contratación administrativa, pero la aplicación práctica de estos principios fue mucho menos ambiciosa. En segundo lugar, los compromisos de gestión empezaron a ser elaborados por la División Administrativa de la Caja. Esto provocó una dicotomía en lo que respecta a la definición de la dirección estratégica de la red de servicios, ya que mientras la División Médica de la institución elaboraba los planes estratégicos y operativos de la red en consumo con las unidades proveedoras, estas concentraban su atención en las metas de los compromisos de gestión, definidas en una negociación con la División Administrativa, cuyo cumplimiento tenía efectos presupuestarios concretos para ellos. Además, los compromisos de gestión llegaron a ser demasiado extensos y detallados, al punto de definir protocolos que no coincidían con los estándares fijados por el Ministerio de Salud, lo que repercutió negativamente en las calificaciones que el ministerio realizó en el marco de su función de rectoría. En tercer lugar, nunca llegó a desarrollarse un sistema de presupuesto verdaderamente vinculado a los resultados de la red de servicios. En lo fundamental, el presupuesto siguió elaborándose en términos históricos y solo una parte muy pequeña de este depende de los resultados de la evaluación anual de los compromisos de gestión. En cuarto lugar, los compromisos de gestión no han incorporado acuerdos económicos y financieros que integren a las prioridades de la red de servicios un factor de suma importancia: una contención del gasto que permita dar sostenibilidad al seguro de salud.

Fuente: Adolfo Rodríguez, “Reforma de salud en Costa Rica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Mecanismos de compra de servicios de salud

La principal ventaja de la separación de funciones es que permite introducir incentivos orientados a racionalizar y mejorar la capacidad y gestión de la compra de servicios de salud por parte de las instituciones que administran los recursos financieros, esto es, ministerios de salud, seguros sociales y aseguradoras privadas.

La racionalización del sistema de compra pasa por la utilización de instrumentos de pago que permitan transferir parte del riesgo financiero a los proveedores de servicios mediante la consideración de factores relativos al nivel y tipo de demanda proyectada. Los llamados mecanismos de pagos prospectivos, la capitación entre otros, apuntan en esa dirección, ya que los prestadores cargan con todo el riesgo de la variabilidad de los costos (Alvarez, Pellisé y Lobo, 2000). La principal diferencia entre estos mecanismos y los retrospectivos (o por acto o servicio prestado) radica en que, en los primeros, los pagos que recibe el proveedor no dependen de la cantidad de servicios que realiza, cosa que sí sucede en el caso de los segundos, en los que el financiador carga con todos los riesgos inherentes a la variabilidad de los costos. Por ello, los pagos por servicio tienden a incentivar la sobreproducción de servicios de salud, mientras que los prospectivos su subproducción y una merma de su calidad (Erazo, Castro y Hanzich, 2005).

Lo anterior lleva a que, si bien los mecanismos prospectivos incentivan la eficiencia y la contención de costos, también fomentan un menor nivel de prestación de servicios y una reducción de su calidad. De hecho, el proveedor solo dispone de estos dos parámetros para adecuar sus ingresos a los costos de producción. Los pagos retrospectivos por su parte, incitan a una sobreproducción de servicios de salud y conllevan mayores costos, debido a problemas de demanda inducida y de riesgo moral.

Por ende, la experiencia en la materia sugiere que los sistemas de salud deben operar con una adecuada combinación de ambos. En el cuadro III.6 se ilustran los tipos fundamentales de sistemas de pago y sus efectos en la calidad y eficiencia de los servicios prestados. De allí se desprende que, idealmente, es necesario seleccionar la modalidad de acuerdo con cada situación, es decir, elegir la unidad de pago que más convenga al financiador, así como determinar una distribución de riesgos entre este y el proveedor que “atribuya al prestador los riesgos derivados del mayor o menor grado de eficiencia que consiga en la prestación de servicios” (Alvarez, Pellisé y Lobo, 2000).

Como se ha señalado, un número significativo de países de la región han desarrollado, aunque lentamente, modelos de gestión y compra que incorporan pagos prospectivos. Entre los problemas identificados, se destacan las rigideces institucionales. Estas han limitado, por una parte, el ejercicio de la función de compra por parte de los ministerios de salud y los seguros sociales, y por otra, la capacidad de los hospitales públicos para adaptarse a este nuevo tipo de contratos. Asimismo, la dificultad de precisar protocolos de atención también ha trabado el avance de los mecanismos de pagos prospectivos. Es necesario proseguir la modificación de los marcos legales y los sistemas de gestión de los hospitales públicos en términos de autonomía de gestión y manejo de recursos humanos, a fin de que estos tengan la flexibilidad necesaria para adaptarse a los requerimientos que impone un sistema prospectivo. También se debe permitir que los ministerios de salud y los seguros sociales puedan comprar servicios fuera del ámbito público, de modo de optimizar el uso de la capacidad instalada en el país. Sin embargo, esto no significa debilitar al hospital público: en este contexto, más allá de la prestación misma, a este le cabe un papel central en la determinación de los protocolos y en la configuración de la estructura de costos. Le corresponde hacer las veces de referencia y disciplinador de los proveedores privados en un marco de competencia por comparación. Como lo demuestran los casos de autogestión hospitalaria en Argentina, sin embargo, existen trabas legales y debilidades operativas que dificultan la aplicación cabal de los procesos de autonomía. De hecho, la dirección de los hospitales puede estar restringida en el manejo pleno de recursos, tanto humanos como financieros (Bisang y Cetrángolo, 1997).

Cuadro III.6
TIPOS FUNDAMENTALES DE SISTEMA DE PAGO

Sistema de pago	Concepto	Incentivo económico	Distribución de riesgos	Efectos previsibles	Eficiencia	Calidad	Intervención pública
Pago por servicio médico	Se paga el servicio más desagregado	Maximizar el número de actos médicos	Suele recaer en el financiador	i) Falta de prevención ii) Alta tecnología y calidad iii) Inducción de la demanda iv) “Corrupción” v) Discriminación de tarifas vi) Desigualdad	Incentiva la actividad y la sobreutilización	+	Tarifas máximas
Pago por salario	Se paga el tiempo de trabajo	Minimizar el esfuerzo en el trabajo	i) Salario puro: el riesgo recae en el prestador ii) Ajustes de productividad: el riesgo recae en el financiador	i) Importancia del ascenso y promoción ii) Crecimiento de plantillas iii) Cooperación entre médicos	i) Puede incentivar la actividad y la sobreutilización ii) Sobredimensión del papel de los médicos	+ -	i) Debilidad negociadora ii) Garantías de calidad iii) Diseño de sistemas mixtos
Pago per cápita	Se paga la afiliación, la asistencia a un individuo	Maximizar la afiliación y minimizar los costos de la asistencia	i) Per cápita sin correcciones: el riesgo recae en el prestador ii) Per cápita ajustado: el riesgo recae en el financiador	i) Prevención ii) Derivación iii) Selección de riesgos	Fomento de la integración de los servicios y de la prevención cuando es eficiente	-	Control de la calidad mediante estándares y fomento de la competencia
Pago por estancia hospitalaria	Se paga al hospital por cada paciente y noche	Maximizar el número de estancias y minimizar el costo medio de la estancia	i) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de que las estancias sean caras ii) Si se ajustan las tarifas según los costos esperables, el riesgo recae en el financiador	i) Aumenta la duración media de la estancia ii) Mínimo costo de las estancias iii) Ingresos hospitalarios innecesarios iv) No se hace cirugía ambulatoria	Se fomenta la actividad hospitalaria	- +	Límites a la estancia media
Pago por ingreso hospitalario	Se paga al hospital por cada paciente ingresado, independientemente de la duración de su estancia	Maximizar el número de ingresos y minimizar el costo medio de cada ingreso	i) Si no se ajusta el pago, el prestador soporta el riesgo de los ingresos caros ii) Si se ajustan las tarifas según los costos esperables el riesgo recae en el financiador	i) Aumenta los ingresos ii) Reduce la duración media de los ingresos iii) Reingresos iv) Hospitalización innecesaria	Se fomenta la actividad hospitalaria	-	i) Penalización de reingresos ii) Exclusión de casos extremos iii) Ajuste de las tarifas
Pago por presupuesto	Se paga al hospital por una actividad poco concreta en un plazo de tiempo	Maximizar costos	Suele recaer en el prestador si no se tienen en cuenta particularidades	i) Aplicación costosa ii) Planificación compatible iii) Margen de maniobra para el prestador	Se fomenta la eficiencia, excepto si hay muchas asimetrías de información	-	Requiere gran esfuerzo para no caer en inercias

Fuente: B. Alvarez, L. Pellisé y F. Lobo, “Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 8, N° 1/2, 2000.

En cambio, una iniciativa interesante, que combina un nuevo tipo de gestión hospitalaria con la mancomunidad financiera entre un ministerio de salud y el subsector de seguridad social, es el Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) en Panamá. Este sistema permite la unificación de los recursos disponibles del Ministerio de Salud y la Caja de Seguridad Social y una mejora de la gestión hospitalaria. Se caracteriza por el pago al hospital por la producción de servicios en cantidad y calidad definidas (se abandona el presupuesto histórico independiente de la producción y desempeño); la utilización de contratos de prestación de servicios como instrumento de relación entre las partes; la prestación de los servicios hospitalarios por medio de contratación externa, y la inserción formal del hospital en la red de atención primaria (véase el recuadro III.10).

Recuadro III.10

GESTIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE SAN MIGUELITO EN PANAMÁ

Los objetivos generales del nuevo modelo de gestión fueron los siguientes: i) la integración de las dos fuentes de financiamiento público, el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguridad Social (CSS); ii) la separación de las funciones de financiamiento, compra y prestación de servicios hospitalarios, y iii) la prestación integrada de los servicios de primer y segundo nivel. Para ello, se asignaron al Ministerio y la Caja las funciones de financiamiento y regulación y se creó una instancia formal (CONSALUD) para contratar, comprar y evaluar el cumplimiento de la prestación de servicios. Se definió expresamente que la prestación estaría a cargo de un organismo autónomo y público, en este caso el Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel. A su vez, éste decidió contratar empresas privadas para la prestación de los servicios finales (hospitalización, consulta ambulatoria, urgencia), servicios de apoyo (laboratorio y diagnóstico por imágenes) y servicios generales (seguridad, limpieza, entre otros). Además, se desarrolló un sistema de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención, que explicita las obligaciones y derechos de cada uno, los mecanismos de registro y derivación y la capacidad resolutoria esperada por nivel. El nuevo modelo de gestión contó también con un marco jurídico y contractual que reglamentó las relaciones entre las partes, así como los instrumentos para hacer efectivas estas relaciones.

Fuente: R. Bitrán, “Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Regulación y supervisión

En la medida en que los procesos de reforma incentivan un cambio en la combinación entre las esferas pública y privada en materia de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios, es fundamental proseguir el desarrollo de mecanismos de regulación y supervisión, tema transversal a todas las formas de organización correspondientes.

Las características del sector de la salud exacerban las fallas de mercado resultado de las asimetrías de información en materia de prestación y aseguramiento. En el cuadro III.7 se presentan algunas de estas fallas y sus consecuencias. Si bien es cierto que introducir la competencia es deseable, las fallas de mercado en el sector de la salud hacen que para que esta competencia sea real y favorezca la eficiencia se requiere un modelo con una sólida estructura reguladora (Arrow, 1962). Esto se aplica tanto a la regulación de las prestaciones de los servicios en términos de calidad y eficacia, como a la del aspecto financiero y actuarial del aseguramiento.

Cuadro III.7
FALLAS DE MERCADO, EFECTOS Y POSIBLES SOLUCIONES

Fallas de mercado	Efectos	Soluciones	Resultados
Selección adversa	Problemas con la agregación de riesgos; en el límite no hay seguros	- Educación - Subsidio - Contribución obligatoria - Cobertura universal	- No efectivo - No efectivo - Eficiente - Eficiente
Riesgo moral	Sobreconsumo de seguros, sobreuso de servicios médicos	- Regulación y supervisión - Copagos - Deducibles	Moderadamente eficiente
Selección de riesgos	No hay seguro para discapacitados, enfermedades crónicas, pobres y adultos mayores	- Regulación y supervisión - Riesgo comunitario - Prima ajustada por riesgo individual	Moderadamente eficiente, pero técnicamente difícil de poner en práctica
Monopolio o cártel	Exceso de beneficios, subproducción	Regulación antimonopólica	Poco efectivo debido a tendencia a la concentración
“Polizante” en seguros públicos	Aumento de necesidad de financiamiento por uso de servicios y por incentivo a no cotizar	Regulación y supervisión	Moderadamente eficiente

Fuente: W.C. Hsiao, “Abnormal economics in the health sector”, *Health Policy Review*, vol. 32, N° 1/3, junio de 1995; Daniel Titelman y Andras Uthoff, “El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud”, *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, D. Titelman y A. Uthoff (comps.), Fondo de Cultura Económica.

De las pocas iniciativas en tal sentido que se han llevado a cabo en la región se desprende que sin mecanismos de regulación adecuados el fomento de la competencia en mercados imperfectos de salud va en detrimento de la eficiencia y la equidad. La existencia de mercados competitivos y desregulados en el sector de la salud se ha traducido en prácticas de selección de riesgos (“descrime”) y sobreconsumo de servicios de salud, como se observó al respecto de los casos de Chile y de Colombia. Esto atenta tanto contra la equidad como contra una utilización eficaz y eficiente de los recursos.

En el plano internacional, y en Chile en la región, se ha comprobado que las imperfecciones que se observan en el mercado de la salud determinan que el libre juego de la oferta y la demanda no traiga aparejado una mejora de la eficiencia. Un tema fundamental en lo que respecta a la eficiencia (y por supuesto a la equidad) son los incentivos a la selección de riesgos que se producen en los mercados de seguros. En la medida en que las utilidades de las aseguradoras estén altamente relacionadas con la discriminación de riesgos es poco probable que estas tengan incentivos para impulsar mejoras de eficiencia notorias. En este caso, los incentivos están dirigidos a evitar la afiliación de personas de alto riesgo más que a perfeccionar la gestión de los recursos. En el caso chileno, la combinación entre los campos público y privado existente, unida a un mercado altamente desregulado, han incentivado y permitido la reducción de los riesgos (Titelman, 2000).

Asimismo, como señala Katz (1995), el sector privado tiene una tendencia a convertirse en proveedor de prestaciones de alta complejidad. En estos casos, la diferenciación de producto, la existencia de rentas innovadoras y el efecto de la introducción al mercado de nuevos productos, procesos y formas de organización del acto médico tendrán un notable efecto sobre la

organización del sector de la salud y exigirán un esfuerzo especial en lo relativo al diseño de los marcos regulatorios.¹⁷

Para contar con un regulador fuerte y con capacidad de acción, es preferible que un mismo ente se ocupe de establecer normas y supervisar todos los subsectores (público, privado y seguridad social): la segmentación en esta área, aunque puede tener efectos benéficos en cuanto a la especialización, resulta seguramente en instituciones más débiles, en las que es más fácil influir.

Políticas de salud pública

Junto con ocuparse de la organización de los modelos de aseguramiento, las políticas de salud también deben impulsar el consumo por parte de toda la población de servicios de salud que produzcan importantes reducciones de la carga de la enfermedad. Estos servicios comprenden actividades de salud pública colectiva altamente costo-efectivas, como las campañas y actividades preventivas o curativas a nivel de la atención primaria (Bitrán, 2005). En esta sección se presentan un grupo de recomendaciones e iniciativas regionales relacionadas con el fortalecimiento de los modelos de atención primaria. Asimismo, sobre la base de los progresos, muchas veces desordenados, en materia de descentralización de la prestación pública de servicios de salud, se ofrecen algunas recomendaciones en relación con la corrección de desvíos que han tenido efecto negativo sobre la equidad.¹⁸

Expansión de la atención primaria

El incremento de la cobertura de la atención primaria es un elemento central para mejorar el acceso a bienes y servicios de salud que favorezcan un mejor estado de salud de la población. Si bien los aumentos de la cobertura de la atención primaria siempre son deseables, estos cobran especial relevancia en países de baja cobertura en salud y alta prevalencia de enfermedades no transmisibles.

Las diversas reformas destinadas a extender la cobertura de servicios de salud a la población de menores ingresos y en las zonas rurales más remotas han intentado trasladar los centros de atención primaria de los establecimientos hospitalarios al seno de las comunidades beneficiarias. Esta ha sido la estrategia seguida en numerosos países de la región, ya sea mediante la contratación de proveedores externos a las entidades públicas y organizaciones no gubernamentales, el aprovechamiento de la infraestructura privada existente y la construcción y operación de nuevos puestos y centros de salud, bajo la responsabilidad del ministerio correspondiente o de la seguridad social según el caso. Un elemento fundamental de las iniciativas ha sido la adopción de compromisos para mejorar la gestión fundados en nuevos instrumentos de asignación de recursos, y la separación entre financiamiento y prestación (véanse los recuadros III.11 y III.12).

¹⁷ Es de esperar que la estructura institucional, la morfología y el comportamiento de los mercados, así como el marco regulatorio, cambien con el transcurso del tiempo, en un proceso de interacción sumamente complejo, que tendrá un marcado vínculo con el grado de saturación de la oferta (Katz, 1995).

¹⁸ Por otra parte, el fortalecimiento y la modernización de los hospitales públicos constituye una problemática estrechamente relacionada con los temas de agenda aquí propuestos: una adecuada evaluación de las necesidades y desafíos en este campo requiere un nivel de detalle que está fuera del alcance de este documento. Un estudio de este tipo debe considerar los diferentes tipos de organización microeconómica presentes en la región, el grado de autonomía institucional y financiera, el nivel de integración a la red de atención y la articulación con el sector privado, entre otros temas.

Recuadro III.11

INICIATIVAS RECIENTES DE REFORMA Y EXPANSIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años, en varios países de la región se han desarrollado estrategias originales de expansión de la atención primaria, en especial en áreas rurales y de población dispersa. En este recuadro se detallan algunas de estas iniciativas.

En Bolivia, desde principios de la década de 1990 se ha puesto en práctica una reforma del sector de la salud, orientada fundamentalmente a la atención primaria materno infantil. En 1996, el Ministerio de Salud creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que en 1999 se amplió al Seguro Básico de Salud (SBS). Atendiendo al perfil epidemiológico eminentemente pretransicional y a las restricciones en materia de recursos destinados a la salud, este seguro consiste fundamentalmente en un paquete de 75 prestaciones, centrado en las causas principales de muerte materna e infantil y en las enfermedades transmisibles. El seguro no requiere aportes por parte de los usuarios. Lo financian los municipios con recursos de asignación específica de la coparticipación tributaria que reciben del Tesoro general de la nación y otros mecanismos de compensación. A fin de garantizar la atención de las prestaciones del SBS, se logró la participación de otros proveedores de servicios, como ONG, iglesia, privados y las diversas cajas de salud que operan en el país, que brindan atención a las personas aseguradas en sus establecimientos. Sobre la base de los logros obtenidos se diseñó un Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de hacer más explícito el levantamiento de las barreras económicas de acceso a los servicios de salud para madres y niños menores de cinco años.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud es el principal proveedor de atención de salud preventiva y primaria del país. En general, los programas privilegian las atenciones que reducen la morbilidad y mortalidad materno infantil. Operan a través de una red de centros y puestos de salud distribuidos a lo largo del territorio y cuentan con el apoyo de programas de atención primaria de la salud financiados por organismos de cooperación externa (Bitrán, 2005; Rodríguez, 2005d). Los programas se aplican tanto en los establecimientos y puestos de salud que cubren las respectivas áreas geográficas, como en el seno de las comunidades beneficiarias, al nivel de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS), que difunden información, promueven prácticas saludables y prestan servicios de salud. La acción de estos sistemas ha estimulado la capacidad local del Ministerio de Salud y de parteras y voluntarios, entre otros miembros de las comunidades dedicados a prestar servicios de salud, y ha facilitado el empoderamiento de la población, principalmente de las mujeres, en lo que respecta a su responsabilidad en las decisiones del mantenimiento de la salud familiar.

En el caso de El Salvador, para ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria se ha privilegiado la contratación de organizaciones no gubernamentales, en el marco del Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN). La estrategia del programa se funda en la concentración de los subsidios públicos y la prestación de un paquete definido de atención de la salud en la atención integral materno infantil, que incluye además otras intervenciones preventivas y curativas. Para ello, se seleccionaron cuatro ONG que reciben 20 dólares por individuo y por año. De este modo se financia una red de atención compuesta por promotores de salud y Equipos Itinerantes de Salud (EIS), con capacidad de resolución media y derivación de casos a las Unidades de Salud (puestos sanitarios) dependientes del Ministerio de Salud. El Ministerio, además, aporta un monto equivalente a 11 dólares por persona y por año en material sanitario, medicamentos e insumos.

La reforma reciente en Guatemala se basa en tres modelos de prestación y tiende a incorporar elementos similares a los de Nicaragua y El Salvador. El primer modelo consiste en la contratación de ONG por parte del Estado, para la prestación de servicios básicos de salud a la población; el segundo consiste también en la contratación de ONG para el cumplimiento de funciones de administración financiera del Ministerio de Salud y la prestación de servicios de asistencia médica. Por último, figura el modelo tradicional gestionado por el Ministerio, encargado de reforzar la atención médica en las Postas de Salud (Bitrán, 2005). El principal objetivo de la reforma es la extensión de un paquete básico y la mejora de la calidad de los servicios, orientada principalmente a la población del sector rural. Los servicios contemplados en el paquete básico incluyen, entre otros, el cuidado materno infantil, y el mejoramiento de la cobertura de enfermedades transmisibles y de la calidad ambiental. Las modalidades de contratación de las ONG se introdujeron a través del Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS) e incluyen distintos mecanismos financieros y niveles de servicios.

La reforma en Honduras también procura la expansión de la cobertura a áreas rurales. Desde 1998 funciona el Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (PRIESS), con el que se intenta suministrar un paquete básico de servicios de salud a poblaciones rurales en extrema pobreza, mediante equipos itinerantes contratados por capitación a ONG u otros proveedores privados. En los tres años de funcionamiento ha llegado a prestar asistencia a 1.142 comunidades rurales conformadas por 60.000 familias y 289.000 habitantes en los 95 municipios más pobres del país y la capitación es de aproximadamente 18 dólares por año. Por su parte, los nuevos modelos de gestión de ProReforma consisten en iniciativas más recientes, que se basan en organizaciones especiales de la sociedad civil, cuyos efectos son reducidos por estar en etapa piloto pero que tienen un gran potencial de expansión. Entre ellas se destaca la clínica asistencial La Caridad, de El Guante. Esta, en virtud de un convenio firmado con la Secretaría de Salud, se comprometió a ofrecer un conjunto de servicios asistenciales y preventivos a la población cubierta, a cambio de un pago de 16 dólares anuales per cápita, que se complementan con un prepago adicional de alrededor de 1,5 dólares por persona, distribuidos según la capacidad de pago de la familia.

Recuadro III.11 (conclusión)

Por último, la reorganización de la atención primaria ha constituido uno de los elementos centrales de la reforma reciente del sector de la salud en Costa Rica. La reorganización descansa, por una parte, en el traslado de la responsabilidad de la atención primaria del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguridad Social y, por otra, en la constitución de los Equipos Básicos de Atención de la Salud, orientados a potenciar los efectos de la atención primaria en las condiciones de salud de la población al menor costo posible. Estos equipos brindan los servicios de atención primaria, mientras que los de urgencia están a cargo de los establecimientos hospitalarios. Los equipos están conformados por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria de la salud, y son asesorados por un Equipo de Apoyo, cuyos servicios cubren a todos los Equipos Básicos de Atención de la Salud de un Área de Salud determinada. En materia de atención primaria se ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. La rápida expansión de estos equipos ha permitido la virtual universalización de la atención primaria en el país.

Fuente: Adolfo Rodríguez, “Reforma de salud en Costa Rica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; “Reformas de salud en Nicaragua”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; “Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central”, Santiago de Chile, 2005, inédito; “Reformas de salud en Honduras”, Santiago de Chile, 2005, inédito, y R. Bitrán, “Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Recuadro III.12

EXPANSIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON ÉNFASIS EN ÁREAS URBANAS EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

El Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela ha llevado a cabo una intervención a gran escala cuyo objetivo principal es la población de las áreas urbanas. El Plan Barrio Adentro comenzó en abril del 2003 como piloto en los municipios Libertador y Sucre del Distrito Metropolitano de Caracas. Su expansión masiva al resto del país se decidió en ese año, comprendió varias etapas y contó con la participación de distintas entidades del Estado. El principio rector es consolidar la atención primaria como prioridad de la política nacional de salud, en el marco de los principios de universalidad, equidad, gratuidad, gestión participativa y corresponsabilidad social, entre otros, con el fin de lograr el acceso a los servicios de salud de la población excluida.

La Misión Barrio Adentro, ejecutada en el marco del Convenio de Cooperación Técnica con Cuba, apunta a fortalecer la capacidad resolutoria de la red ambulatoria de atención primaria mediante la implantación, consolidación y extensión de “consultorios populares” en los que se desempeñan un médico, un enfermero y un promotor social, que atienden las necesidades de cerca de 250 familias en un área geográfica determinada. Los consultorios populares constituyen el núcleo de la gestión de salud integral. Constituyen el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud y son una etapa previa obligatoria (salvo en los casos de emergencias) de la derivación a centros de atención secundaria o terciaria, de manera análoga a los modelos de atención cubana o del Sistema Nacional de Salud británico. La estructura de consultorios populares se articula con una red de boticas populares. También se prevé su coordinación con instituciones de atención de segundo y tercer nivel, en el marco de la expansión del sistema de salud venezolano. Además de la atención de las enfermedades, los profesionales tienen la misión de impulsar medidas preventivas y fomentar hábitos sanos en la población. La participación de la comunidad se instrumenta a partir de Comités de Salud, entre otras organizaciones.

Las evaluaciones del Instituto Nacional de Estadística señalan un alto nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados. Se registra asimismo un incremento de las visitas a los centros de salud, el acceso a medicinas y la realización de prácticas preventivas. En noviembre del 2005, la Misión contaba con más de 28.000 profesionales, con un promedio de más de 17 consultas médicas por día y un total acumulado de más de 150 millones de consultas en el área médica. El programa también presta servicios de optometría y odontología.

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, República Bolivariana de Venezuela.

Los nuevos modelos de atención primaria que se han desarrollado en la región no solo han arrojado resultados significativos sino también valiosas enseñanzas para el rediseño de las políticas de salud en la región. Se ha puesto de manifiesto la importancia de fortalecer este nivel de atención primaria en sus componentes asistencial, preventivo y de promoción, aunque este último ha sido menos desarrollado. Los resultados de esta labor se reflejan en la desaparición de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y la reducción de la incidencia de la tuberculosis, el

dengue y la malaria, entre otras. La profundidad, extensión y continuidad de los esfuerzos, así como sus resultados, han guardado directa relación con el volumen de recursos financieros destinados y con el grado de desarrollo institucional de cada país. Dada la escasez de recursos, la estrategia de concentrarlos en la atención de los problemas más serios de la población vulnerable ha resultado exitosa, pero su viabilidad en el tiempo requiere que la estrategia esté estrechamente coordinada con otras políticas, tanto del campo de la salud como en materia de infraestructura, educación, nutrición y vivienda, que también afectan a las condiciones de salud.

En este sentido, las iniciativas de atención de primer nivel no pueden concebirse como programas aislados. Se requiere un rediseño de toda la red y una articulación muy precisa entre los diferentes niveles de atención. La iniciativa más ambiciosa en ese sentido ha sido la costarricense, que ha aumentado la capacidad resolutoria de la atención ambulatoria y establecido con relativa claridad la puerta de entrada de los pacientes al sistema, con procedimientos de referencia y contrarreferencia. También en Nicaragua existen esfuerzos bien encaminados en esa misma dirección, sobre todo en lo que concierne a los recientes procesos de modernización hospitalaria.

Aunque la evidencia empírica disponible no permite evaluar las ventajas o desventajas de la estrategia de contratación a ONG con respecto a la prestación pública directa, parece razonable que, en presencia de restricciones financieras que limitan la capacidad de expandir la prestación pública, la iniciativa estatal de financiar instituciones privadas para la prestación de servicios básicos de salud permite el uso de recursos humanos y físicos existentes y contribuye a una mayor eficacia de la asignación de recursos sociales, tanto en el ámbito de la atención primaria como en los niveles secundario y terciario. Para que esto suceda, sin embargo, es necesaria una notable estructura de regulación y seguimiento, a fin de evitar los riesgos ligados con la información imperfecta, una de las características de los mercados de salud (Bitrán, 2005). En este sentido, es fundamental mejorar la supervisión y el control de la calidad técnica de los servicios de salud que prestan las ONG, además de revisar los tipos de contratos en materia de desempeño entre las ONG y las autoridades en materia de salud.

Coordinación y compensación de los sistemas descentralizados

Desde los años ochenta y sobre todo durante los años noventa, la descentralización de la prestación pública de salud ha pasado a ocupar un papel central en las políticas públicas de los países de América Latina y el Caribe. En los últimos años han sido muchos los gobiernos de la región que se han embarcado en procesos signados por políticas de reforma en materia de potestades y competencias. Estos suelen reconocerse bajo el denominador común de “descentralización”, aunque involucran procesos que, en rigor, tienen características diferentes y específicas.¹⁹ Como resultado de este proceso, los gobiernos subnacionales desempeñan una función más importante en la gestión de los asuntos públicos.

Esta tendencia se aprecia en algunos de los países federales de la región, como Argentina, Brasil y México, que han traspasado parte de las funciones del gobierno nacional a los niveles inferiores de gobierno; en los países unitarios, en los que se ha producido una delegación importante de competencias en los gobiernos locales, como en los casos de Colombia y Chile, y, por último, en países tradicionalmente unitarios y muy centralizados que están creando nuevos niveles intermedios de gobierno, a los que se encomienda la formulación y ejecución de importantes políticas públicas o su mera gestión, como en Bolivia, Perú y Paraguay.

¹⁹ Se entiende que la “descentralización política” y la “devolución” definen situaciones en las que no solo la aplicación sino también la autoridad para decidir qué debe hacerse está en las manos de los gobiernos locales. La “descentralización administrativa”, en cambio, se refiere al proceso por medio del cual el gobierno central retiene la capacidad de formular políticas pero su ejecución recae en las administraciones territoriales. Asimismo, se conoce como “desconcentración administrativa” a la dispersión de las responsabilidades de gobierno en el nivel central, que se limita simplemente a distribuir responsabilidades entre sus oficinas territoriales.

Las políticas de descentralización del gasto suelen ligarse con la necesidad de hacerlo más eficiente, combinando la búsqueda de una mejor atención de los problemas locales con un menor costo fiscal. Los argumentos a favor de la descentralización se relacionan con la idea de que cuanto más cerca de los beneficiarios se ubique la prestación, mejor será la asignación de los recursos, ya que la definición del gasto tendrá en cuenta las preferencias locales, y su control por parte de la ciudadanía será más directo y efectivo. Sin duda, ello supone que los costos y beneficios de esa prestación se limiten al espacio geográfico en que se define la política. Exige también que la comunidad local tenga mecanismos institucionales para manifestar sus preferencias y hacer valer su derecho a fiscalizar el destino de los fondos públicos. Estos argumentos, cuando se aplican al sector de la salud, presentan dos problemas que requieren una especial atención. Por una parte, no es posible sostener que la prestación de estos servicios en una jurisdicción no afecta al bienestar de las poblaciones vecinas (mediante las externalidades). Por otro, existen importantes razones para rechazar la idea de que cada jurisdicción se haga cargo de manera totalmente independiente de la cobertura sanitaria de sus propios habitantes (ya que pueden existir importantes disparidades entre sus necesidades y las capacidades existentes). Se requieren políticas compensatorias regionales claramente diseñadas, que se instrumenten de manera decidida.

Sin embargo, estos problemas no han sido siempre tratados de manera explícita. Los procesos se insertan en un contexto de restricciones fiscales, en el que se enfatiza el mantenimiento de los equilibrios macroeconómicos y existen notables desigualdades territoriales en la distribución de los recursos vinculados a la prestación de servicios de salud. En el cuadro III.8 se presentan los hitos más importantes de los procesos descentralizadores de un grupo de países estudiados en los años noventa en el marco del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales ejecutado por la CEPAL.²⁰

La revisión de las iniciativas de descentralización de la salud en América Latina indica que estas responden a una gran variedad de patrones, relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del proceso de reasignación de funciones. En cuanto a los elementos comunes, en la mayoría de los casos los procesos de descentralización del sector de la salud han sido impulsados desde el gobierno central y motivados por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales, entre las que se destacan las de naturaleza económica y política.

Debe tenerse en cuenta, además, que el factor principal que reduce el grado de autonomía de los niveles subnacionales lo constituye la excesiva dependencia de los recursos del nivel central que caracteriza a todos los países, independientemente del nivel de descentralización del gasto público social. Debido al carácter gradual de las reformas y a la falta de datos sistemáticos resulta sumamente difícil hacer una evaluación de este proceso en términos de eficiencia y equidad.

En síntesis, si bien es cierto que en algunos casos los procesos de descentralización fueron concebidos como instrumentos para impulsar una mayor participación ciudadana y apoyar los nuevos procesos de democratización de la región, debe reconocerse que, en la medida en que la prestación de servicios de salud descentralizados ha aumentado su dependencia de recursos financieros y humanos locales, se ha corrido el riesgo de aumentar las brechas de calidad en contextos que ya presentan marcados desequilibrios regionales. En este sentido, cabe insistir sobre la necesidad de diseñar e instrumentar mecanismos de articulación y compensación regional desde la concepción de las políticas de reforma, a efectos de estimular la equidad y la solidaridad intrarregional.²¹

²⁰ En Di Gropello y Cominetti (1998) se presentan los resúmenes de los casos estudiados y los análisis comparativos.

²¹ Brasil presenta una iniciativa interesante en relación con la coordinación y la compensación de sistemas descentralizados: los Consejos de Salud, los Pactos de Gestión y diversas comisiones, entre otros mecanismos.

Cuadro III.8
**AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA
 DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD**

País	Hitos de descentralización
Argentina	Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias
Bolivia	1994: Delegación de responsabilidades a nivel municipal 1995: Delegación de responsabilidades a nivel departamental 1996: Nuevo modelo sanitario
Brasil	1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Los movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (sistema único de salud) Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el sistema único de salud (pero con competencias ambiguas), que se reglamenta en 1990 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización
Chile	1981-1982: Traspaso en forma experimental de la función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de la salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987
Colombia	1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado un acto de desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios 1990: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y el control de los servicios de salud a los municipios, se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención de la salud, y a los departamentos del segundo y tercer nivel Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social 1993: Se reglamentan los elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en el campo de la salud
México	1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud, según un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnica y administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del personal) 1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias
Nicaragua	1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, en el marco del sistema unificado de salud 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria 1990: Recentralización presupuestaria 1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS)

Fuente: E. Di Gropello y R. Cominetti (comps.), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana* (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1998.



Capítulo IV

Sistemas de pensiones

Introducción

A pesar de los múltiples esfuerzos y reformas realizados a los sistemas de pensiones de los países de la región, estos no han podido brindar una adecuada protección a importantes sectores de la población, y la expansión de la cobertura sigue siendo la principal tarea pendiente.

Por una parte, los países que han mantenido sistemas previsionales basados en el reparto y no han procedido a realizar reformas paramétricas apropiadas enfrentan restricciones fiscales para financiar las pensiones de sus jubilados y no han logrado absorber adecuadamente a la población sin capacidad de ahorro. Por otro, las reformas estructurales a los sistemas de pensiones implementadas en los últimos 25 años en diversos países de la región, aunque han logrado reducir la presión financiera a largo plazo sobre los esquemas basados en el reparto, tendieron a socavar la solidaridad inherente a los sistemas tradicionales; no lograron mejorar la cobertura previsional basada en el aporte a esquemas contributivos y crearon, en algunos casos, considerables presiones fiscales a corto plazo, ligadas a la transición de un régimen de reparto a uno de capitalización.

La titularidad y exigibilidad de los derechos planteada en el capítulo I se refleja, en lo que respecta a la previsión social, en la necesidad de garantizar una vejez digna y segura, lo que requiere avanzar en materia de cobertura, solidaridad y viabilidad financiera. Estos objetivos son complementarios y deben estar presentes en todos los procesos de reforma.

Aunque los mecanismos institucionales para lograr estos objetivos dependen de las características actuales de los sistemas previsionales de los países, se han identificado varios desafíos que resultan ineludibles en la mayoría de los casos. En primer lugar, se argumenta que es necesario fortalecer los componentes previsionales no contributivos, para cubrir a los sectores con escasa o nula capacidad de ahorro para la vejez. Asimismo, la necesidad de unificar los sistemas contributivos para impulsar la equidad y la eficiencia debe complementarse con la reforma de los criterios de financiamiento y la estructura de beneficios, de modo de garantizar su sostenibilidad financiera. Por último, las dificultades de segmentos significativos de la población para generar ahorros que les permitan financiar pensiones dignas exigen perfeccionar y profundizar los mecanismos de financiamiento solidario, contributivo y no contributivo.

En lo que sigue se evalúa la situación actual de los sistemas de pensiones, se examinan los principales resultados de las reformas recientes y se plantean elementos para una agenda de reformas.

Hechos estilizados

La realidad actual y las perspectivas para el futuro de los sistemas de pensiones de la región se ven condicionadas por una serie de factores, entre los cuales se destacan el acelerado proceso de envejecimiento demográfico; la escasa (o inadecuada) cobertura que brindan los esquemas contributivos de pensiones, y los problemas de segmentación e insolvencia que han aquejado a algunos de los esquemas tradicionales de la región.

Estos elementos llaman, por una parte, a encontrar formas de ampliar sustancialmente la cobertura previsional de los sistemas nacionales de pensiones y, por otra, a perfeccionar o reformar sus componentes contributivos, de forma de avanzar hacia modelos integrados, equitativos y solidarios y financieramente sostenibles.

Envejecimiento

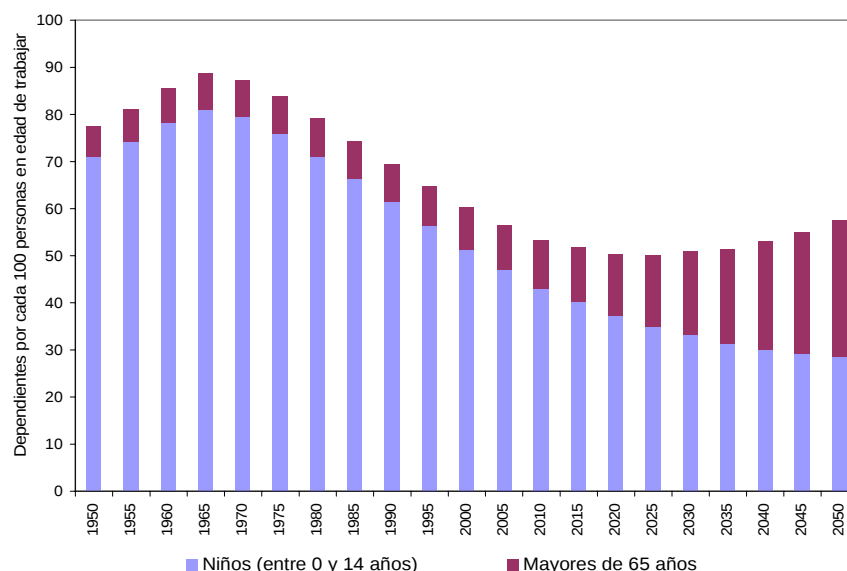
En la región se registra el inicio de una fase de rápido envejecimiento de la población, que pone de relieve la importancia que adquirirá la satisfacción de las necesidades de consumo y atención de la salud de un número creciente de adultos mayores. Este fenómeno ejercerá una considerable presión sobre el financiamiento, tanto de los sistemas contributivos basados en el reparto como de los sistemas de pensiones no contributivas.

Este proceso de envejecimiento, uno de los más acelerados del mundo, puede caracterizarse por dos fenómenos propios de las últimas décadas: la baja de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Aunque a corto plazo la región registrará una baja de la relación de dependencia demográfica total (el número de niños y adultos mayores por cada persona en edad de trabajar), ya en el 2025 el proceso de envejecimiento pasará a dominar la fecundidad y la tasa global de dependencia de la región aumentará persistentemente (véase el gráfico IV.1).

Por otra parte, en la región existe una marcada heterogeneidad en materia de evolución de la población, que refleja la trascendencia relativa del factor demográfico en los países (véase el gráfico IV.2).

Gráfico IV.1

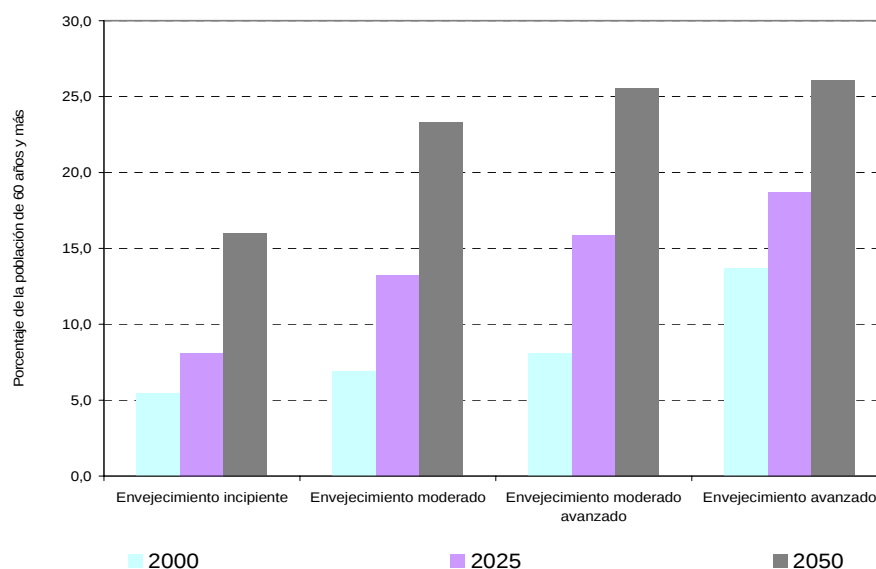
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA (Número de dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, “América Latina: población por años calendario y edades simples, 1995–2005”, *Boletín demográfico*, N° 71 (LC/G.2197-P), Santiago de Chile, enero del 2003; y Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision* (ESA/P/WP.165), vol. 1, Nueva York.

Gráfico IV.2

CLASIFICACIÓN DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, SEGÚN ETAPA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, 2000, 2025 Y 2050 (Porcentaje de la población de 60 años y más)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, “América Latina: población por años calendario y edades simples, 1995–2005”, *Boletín demográfico*, N° 71 (LC/G.2197-P), Santiago de Chile, enero del 2003; y Naciones Unidas, *World Population Prospects. The 2000 Revision* (ESA/P/WP.165), vol. 1, Nueva York.

Un primer grupo de países de “envejecimiento incipiente” incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Estos muestran una proporción de personas de 60 años y más que oscila entre el 5% y el 7% (en el año 2000), y alcanzaría valores de entre un 15% y un 18% en el 2050. Este proceso podría acelerarse si se consolida o incrementa la baja de la fecundidad. En un segundo conjunto de países, de “envejecimiento moderado”, hay de un 6% a un 8% de personas de 60 años y más, que alrededor del 2050 superarán el 20%. En este grupo se sitúan Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Bolivariana de Venezuela y República Dominicana. En ellos se registraron profundos cambios en materia de fecundidad, aproximadamente entre los años 1965 y 1990.

Les siguen los países de “envejecimiento moderado avanzado”, que presentan en la actualidad entre un 8% y un 10% de personas mayores, y que registrarán un aumento rápido de este porcentaje hasta cifras de un 25% a un 30%. Entre estos países están Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago. Por último, en el grupo “de envejecimiento avanzado” se encuentran países como Argentina y Uruguay, pioneros en este proceso en América Latina, junto con Cuba y varios países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Barbados, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico).

Estos apreciables cambios demográficos ejercerán, tarde o temprano, una creciente presión financiera sobre todos los sistemas previsionales de la región. De ahí que los países que utilizan modelos de reparto se verán cada vez más forzados a modificar significativamente los parámetros de sus sistemas y a hacerse cargo del financiamiento de pensiones no contributivas para la creciente población de adultos mayores en condiciones de pobreza.¹

Baja cobertura previsional

La precaria estructura de los mercados laborales de la región tiende a trasladarse al ámbito de la seguridad social contributiva por medio de bajas tasas de aporte y una estrecha relación entre el tipo de inserción laboral y la capacidad contributiva de las personas. En la medida en que las pensiones otorgadas por los sistemas contributivos dependen de la capacidad de realizar aportes regulares a lo largo de la vida, una modesta participación contributiva se traduce en una cobertura limitada o de escasa calidad. Esto resalta la trascendencia de extender la cobertura a través de los esquemas no contributivos de pensiones.

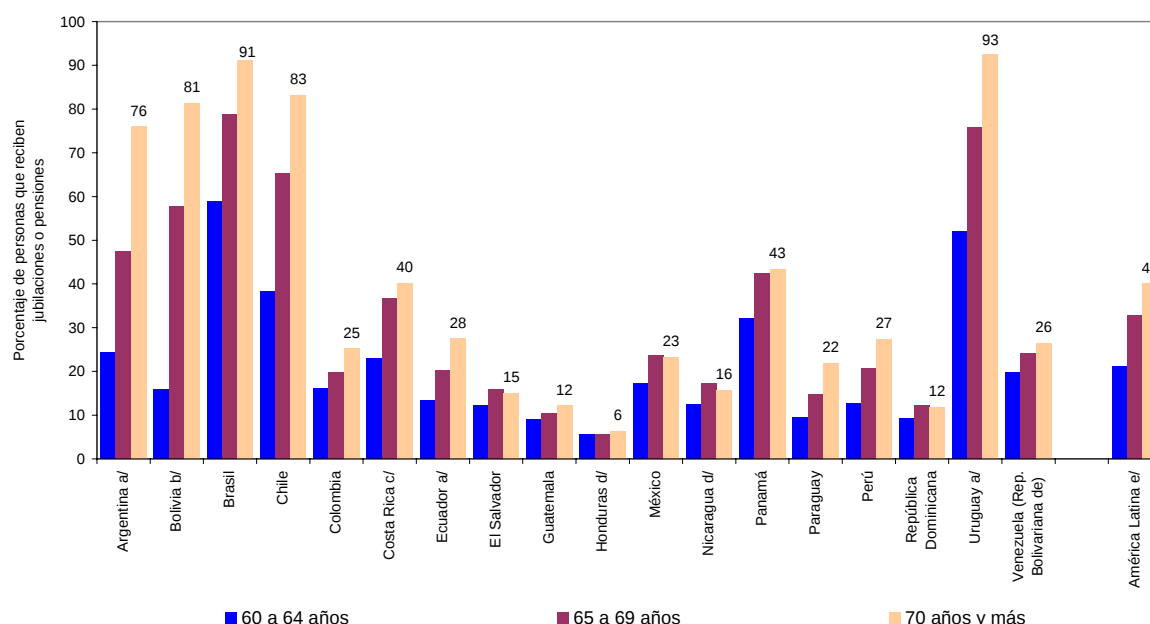
Una medida clara de la capacidad de los sistemas previsionales de otorgar medios de subsistencia a los adultos mayores corresponde a la proporción de esta población que percibe ingresos por concepto de jubilaciones o pensiones. En el gráfico IV.3 se muestran los valores de este indicador en el caso de 18 países de la región y distintos grupos etarios. Aunque hay variaciones regionales significativas, un promedio simple determina que solo 4 de cada 10 personas mayores de 70 años recibe directamente algún tipo de ingreso por jubilación o pensión.²

Llaman la atención los casos de Brasil y Bolivia, países cuya cobertura contributiva es intermedia o baja, pero que presentan un alto nivel de cobertura en la vejez. Esta situación obedece directamente, como se verá más adelante, al elevado grado de cobertura otorgada por el programa brasileño de pensiones rurales y el programa boliviano de pensiones universales.

¹ A esto se suma que los aumentos de la esperanza de vida conllevan mayores demandas de pensiones, que redundarán en la necesidad de ajustes, ya sea de las tasas de reemplazo, la edad de jubilación o las tasas de aporte a los sistemas contributivos.

² Una fracción de estas personas se encuentra, sin embargo, parcialmente cubierta por pensiones de sus cónyuges y, en caso de fallecer estos, por pensiones de sobrevivencia.

Gráfico IV.3
AMÉRICA LATINA: RECEPCIÓN DE INGRESOS POR PENSIONES O JUBILACIONES



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

- a Corresponde a encuestas en zonas urbanas.
 b Incluye Bolívia y Bonosol.
 c Solo considera ingreso por pensiones.
 d Jubilaciones o pensiones de alguno de los miembros del hogar.
 e Promedio simple de los países.

En definitiva, la escasa cobertura contributiva lleva a que las familias se vean en la obligación de constituirse en una de las principales fuentes de protección de la tercera edad, a la que brindan, entre otros servicios, habitación y alimentación (véase el recuadro IV.1). Aunque las soluciones familiares resultan un valioso aporte, debieran ser fruto de una opción de las personas y no de la necesidad.

Al margen de encontrar formas de potenciar la cobertura previsional por la vía contributiva, del análisis anterior se desprende que es imprescindible desarrollar o consolidar modelos de pensiones no contributivas que permitan abarcar a la población históricamente excluida de los mecanismos formales de ahorro para la vejez.

Recuadro IV.1 ADULTOS MAYORES Y FAMILIA

En América Latina y el Caribe, las condiciones de seguridad económica en la vejez son deficientes y desiguales. Ante las fallas de la seguridad social las transferencias familiares, tanto en el hogar como fuera de este, son importantes. Estas asumen diversas formas, que van desde la asistencia monetaria directa hasta el cuidado personal de un pariente enfermo o parcialmente discapacitado. La modalidad de solidaridad familiar más frecuente es la coresidencia, que entraña albergue, alimentación, servicios y compañía. En la región, la coresidencia es frecuente: i) más del 70% de los adultos mayores reside en hogares multigeneracionales; ii) cuando el adulto mayor vive en un hogar encabezado por una persona menor de 60 años, este último es, mayoritariamente, su hijo o hija; iii) apenas un 10% de los adultos mayores vive solo (25% en los países desarrollados), e incluso la mayoría de los adultos mayores solteros no reside en hogares unipersonales, y iv) los índices de residencia institucional son bajos. Este patrón de coresidencia multigeneracional significa que la inversión en las personas mayores tiene efectos multiplicadores en las familias.

Recuadro IV.1 (conclusión)

Por otra parte, de los datos disponibles parece concluirse que los adultos mayores también ayudan a sus familias. Dado que la mayor parte es jefe de hogar y propietario de la vivienda en que reside, la coresidencia entraña economías para las generaciones más jóvenes. Asimismo, estudios anteriores arrojan que las personas mayores son contribuyentes netos al ingreso de su hogar. Según la CEPAL (2000c), aproximadamente en un tercio de los hogares urbanos en que los adultos mayores viven con personas de otras edades (que no son sus cónyuges), estos aportan más de la mitad del ingreso. Esta proporción varía de un 17% en la República Bolivariana de Venezuela y un 19% en México a un 39% en Chile y un 46% en Bolivia. Las cifras son aún más elevadas en las áreas rurales y varían entre un 28% en Panamá y un 68% en Argentina. Basso (2005) nota que la extensión de los beneficios de la seguridad social en Brasil no solo ha favorecido a los adultos mayores sino que también ha contribuido a mejorar la situación de sus familias.

Incorporar a la familia en la protección social de los adultos mayores supone: i) seguir el principio de que la responsabilidad principal está a cargo de los sistemas formales de previsión; ii) garantizar el principio de la preferencia, para que la coresidencia sea una opción y no una obligación; iii) apoyar a la familia, de modo que esta pueda asistir a sus adultos mayores, y iv) valorizar la protección familiar, pues entraña costos directos para la familia y determina economías varias para la sociedad.

Fuente: Eduardo Basso, “Beneficios contributivos e não-contributivos: impactos da previdência social sobre a pobreza”, documento presentado en la Reunión de Gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur, Buenos Aires, 14 al 16 de noviembre del 2005; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, *Envejecimiento, población y desarrollo* (LC/G.2235(SE.30/16)), Santiago de Chile, 8 de junio del 2004; CEPAL, *Panorama social de América Latina 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, 2000. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.

Problemas de segmentación y sostenibilidad financiera

Los sistemas contributivos de pensiones en América, tradicionalmente organizados en esquemas de reparto, han sido cuestionados por varios motivos. Entre estos se destacan la dificultad para hacer frente a cambios demográficos significativos; la gran vulnerabilidad de los fondos de reserva al “uso político” de sus recursos; la alta (e inequitativa) segmentación de los sistemas; así como la naturaleza de la relación entre los aportes al sistema y las prestaciones recibidas (generalmente de beneficio definido), que permite considerables subsidios cruzados, que suelen ser poco transparentes, que no siempre son solidarios y que pueden afectar a la solvencia del sistema.

Debido a estas fallas de los sistemas tradicionales de reparto y sus consecuencias en materia de política (véase el cuadro IV.1), varios países de la región pusieron en práctica, en los años noventa, reformas estructurales a sus sistemas de pensiones, mediante las cuales reemplazaron, total o parcialmente, los múltiples sistemas de reparto por modelos de cuentas individuales de capitalización.

Por otra parte, la combinación de regímenes especiales generosos e inadecuadamente financiados, junto con la ausencia de los ajustes paramétricos necesarios para mantener el equilibrio financiero de un régimen público de reparto, pueden llevar a aumentos excesivos del valor de las obligaciones previsionales (véase el recuadro IV.2).

Cuadro IV.1
CRÍTICAS FRECUENTES A LOS ESQUEMAS DE REPARTO Y BENEFICIO DEFINIDO

Problema	Característica	Recomendaciones de política
Sistemas segmentados y de escasa portabilidad ^a	Múltiples sistemas privados, públicos y regímenes especiales de alto costo	Homologar, unificar e impulsar la portabilidad
Evasión o elusión en sistemas previsionales o impositivos	Limitada capacidad de financiar pensiones a través de aportes procedentes del salario o de impuestos generales	Transformar la concepción de la cotización, de la de impuesto a la de ahorro, mediante cuentas individuales (financieras o nocionales)
Reglas complejas de beneficios	Redistribución poco transparente, no necesariamente progresiva, que otorga pocos incentivos para la formalización	Separar el componente contributivo del no contributivo, hacer más transparente y progresiva la solidaridad
Inversión de escasa rentabilidad de fondos de reserva	Utilizados en políticas sociales, escasa protección y supervisión de la rentabilidad de los fondos	Necesidad de reglas claras de inversión y supervisión de los fondos previsionales
Tendencias demográficas y del mercado de trabajo adversas	Informalidad del empleo y envejecimiento de la población	Necesidad de ampliar la base contributiva y extender la cobertura no contributiva
Reglas de beneficio definido excesivamente generosas	La escasa relación con las contribuciones se traduce en subcotización en la juventud y sobrecotización en los últimos años, lo que ocasiona un desequilibrio financiero	Estrechar la relación entre aportes y beneficios (contribuciones definidas)
Altos costos administrativos	Causados por multiplicidad de sistemas, duplicación de funciones e ineficiencia administrativa	Necesidad de reformar la gestión administrativa o introducir la competencia por la administración de fondos

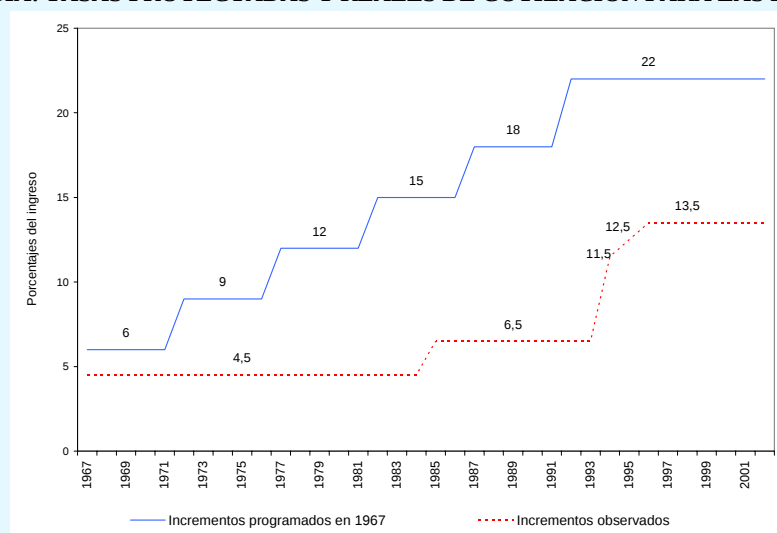
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPAL, “Sistemas de pensiones de América Latina, diagnóstico y alternativas de reforma. Estudios de caso de América Latina y el Caribe: conclusiones y recomendaciones”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 9 (LC/L.656), Santiago de Chile, 1991; Andras Uthoff, “Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 29 (LC/L.879), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1995; Daniel Titelman y Andras Uthoff, “The role of insurance in social protection in Latin America”, *International Social Security Review*, vol. 58, N° 2-3, 2005.

^a El problema de la alta segmentación ha sido más común en los países de la región en los que más tempranamente se establecieron programas de seguridad social o cuya estructura estatal estaba notablemente descentralizada. En Colombia llegaron a coexistir cerca de 1.000 programas de seguro social en el sector público y en Chile había en el año anterior a la reforma 90 “cajas” de trabajadores de distintos sectores. Por su parte en México coexisten actualmente sistemas especiales para trabajadores privados (12 millones), empleados federales (2,5 millones), estatales (900.000) y paraestatales (247.000), además de regímenes especiales para las universidades públicas, la banca del desarrollo y los municipios. La pensión media pagada por el sector paraestatal representaba en 1997 cerca del doble de la correspondiente al resto de los empleados públicos y más de seis veces la prestación media percibida por los trabajadores del sector privado (Aguirre, 2005).

Recuadro IV.2 EL SISTEMA DE PENSIONES COLOMBIANO

El sistema colombiano de pensiones ha venido registrando sustanciales reformas paramétricas y estructurales en los últimos 15 años, producto de una serie de factores que contribuyeron a que los pagos de mesadas previsionales representen actualmente en torno al 5% del PIB, y que el valor presente neto estimado de las obligaciones relativas a las pensiones sea de entre el 170% y el 190% del PIB. A pesar de esto, solo una reducida proporción de la población (cerca del 24% de los mayores de 65 años en el 2002) recibe pensiones de este sistema en la vejez. Entre los factores causantes de este apreciable déficit fiscal proyectado se encuentran la ausencia de los ajustes paramétricos programados al momento de la creación del régimen de reparto y prima media escalonada en 1967 (véase el gráfico siguiente).

COLOMBIA: TASAS PROYECTADAS Y REALES DE COTIZACIÓN PARA LAS PENSIONES



Otros factores que han contribuido a crear estos importantes pasivos previsionales son los generosos regímenes especiales de beneficios (cajas públicas regionales, sectoriales y de empresas, Fondo del Magisterio y Fuerzas Armadas); los beneficios extraordinarios otorgados a la mayoría de los pensionados y que no han traído aparejadas mayores tasas de aporte (la “mesada 14”, entre otros); una edad legal de jubilación relativamente temprana (55 en el caso de las mujeres y 60 en el de los hombres) con relación a la creciente esperanza de vida de la población, y una generosa garantía de pensión mínima a los pensionados de los distintos sistemas, equivalente al 100% del salario mínimo legal y que representa, en valor presente neto, cerca del 23,7% del PIB del 2003. Por último, implícito en estos pasivos se encuentra el costo de la transición de un régimen de reparto a un sistema en el que este coexiste con uno de capitalización individual.

Fuente: M. Agudelo, “El Sistema Pensional Colombiano. ¿Cuál es la reforma pensional que necesita Colombia?”, *Debates de coyuntura económica*, N° 57, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo), octubre del 2004; S. Clavijo, “Pensiones: yo voy a hacer un inventario”, *Informe semanal*, N° 785, Asociación Nacional de Instituciones Financieras, junio del 2005; C. Pérez, V. Navas y M. Jordán, “Sistema Pensional Colombiano”, documento presentado en el XVII Seminario Regional de Política Fiscal, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre del 2004; y C. Marulanda, V. Navas y M. Jordán, *Sistema Pensional Colombiano*, Bogotá, D.C., Consejo Superior de Política Fiscal, Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia.

Pensiones no contributivas en América Latina y el Caribe

La historia latinoamericana y del Caribe (con notables excepciones) está caracterizada por un esfuerzo relativamente limitado en materia de prevención de la pobreza en la tercera edad. Los modelos de solidaridad de los sistemas contributivos de algunos países atienden a la población con trayectorias laborales relativamente más estables. Por su parte, los escasos programas no contributivos que hay en la región, aunque son fundamentales en la lucha contra la pobreza, brindan una protección limitada e incierta, de carácter asistencial y que no se corresponde con un principio claro de universalidad de la protección social.

El programa brasileño de pensiones rurales constituye uno de los ejemplos más importantes de la región en materia de extensión de la cobertura previsional mediante mecanismos no contributivos. Aunque vinculado a un período mínimo de actividad en el sector agrícola (12 años) y financiado parcialmente con impuestos a la comercialización de productos agrícolas (de ahí la denominación por algunos autores de programa semicontributivo), esta iniciativa representa en la práctica una forma de pensión no contributiva con focalización por área geográfica y que ha permitido reducir enormemente la pobreza en zonas tradicionalmente rurales como el nordeste del país.³

Como se verá, una de las principales innovaciones recientes en la región corresponde al programa Bonosol de Bolivia, que brinda, desde 1997, una pensión universal a todos los mayores de 65 años de edad, independientemente de su historia contributiva o nivel socioeconómico. Este programa ha permitido aumentar de manera significativa la cobertura previsional de un país cuya cobertura contributiva es relativamente baja, aunque sus beneficios hayan ido decreciendo con el tiempo.⁴

En contraste, la mayoría de los sistemas de protección social en países desarrollados incluyen componentes no contributivos, que otorgan prestaciones básicas a los individuos que no hayan podido acumular los aportes mínimos necesarios para acceder a pensiones contributivas, y en general a personas que hayan llegado a la vejez y no puedan financiar sus gastos básicos. En el recuadro IV.3 se ilustra la forma en que los modelos de Estados Unidos y Canadá han ido incorporando, como parte de su red de protección social, importantes componentes no contributivos, que han conseguido reducir sustancialmente la pobreza en la tercera edad.

Recuadro IV.3

PREVENCIÓN DE LA POBREZA EN LA TERCERA EDAD EN EL MARCO DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL DE CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS

El sistema canadiense de ingreso para el retiro se considera un ejemplo exitoso de sustancial erradicación de la pobreza en edad avanzada. El sistema brinda a la mayoría de los adultos mayores de estratos de ingresos bajos y medios los recursos necesarios para preservar su nivel de vida durante el retiro. Por su parte, las familias de mayores ingresos suelen complementar las pensiones públicas con distintas formas de ahorro voluntario.

El sistema tiene tres componentes básicos: i) uno no contributivo, orientado explícitamente a evitar la pobreza en edad avanzada, e integrado por al menos tres programas: de seguridad en la tercera edad, de suplemento de ingreso garantizado y la prestación para esposos o esposas; ii) uno de reparto, el plan canadiense de pensiones; iii) un componente voluntario, que corresponde a los programas de ahorro auspiciados por los empleadores o las cuentas de ahorro individual, que gozan de tratamientos impositivos favorables e intentan complementar los otros dos componentes.

En conjunto, esta red de protección consiguió disminuir la pobreza de los adultos mayores de un 28,4% en 1973 a un 5,4% en 1997, de modo que el país pasó a ser uno de los de menor pobreza relativa del mundo.

En Estados Unidos existen actualmente tres programas federales de apoyo a los adultos mayores: un seguro para el adulto mayor, sobrevivientes e incapacitados, más conocido como seguridad social; un programa de ingreso complementario, y Medicare, un modelo de seguro médico para adultos mayores. El programa de seguridad social, de carácter obligatorio y prácticamente universal, provee ingresos a los adultos mayores y se financia con impuestos sobre la planilla salarial de los económicamente activos. Asimismo, el programa de ingreso de seguridad complementario sirve como una red de apoyo no contributiva, que garantiza que los adultos mayores e incapacitados dispongan de un ingreso mínimo, toda vez que sus prestaciones de pensiones sean muy bajas o no califiquen para la seguridad social.

³ Se estima, sin embargo, que aún hay cerca de 3 millones de trabajadores rurales que no acceden a la prestación rural por ser trabajadores temporeros sin lugar fijo de trabajo o residencia. Estas personas no tienen forma de documentar su actividad o de contribuir a la seguridad social.

⁴ El Partido Unitario Progresivo de Antigua y Barbuda ganó la elección presidencial de fines del 2003 sobre la base de una plataforma de pensiones universales. A la fecha, sin embargo, este programa no ha sido aplicado (Willmore, 2005). A nivel subnacional, el gobierno de la Ciudad de México instauró en el 2001 un bono mensual de alimentación y medicamentos para todos sus residentes mayores de 70 años. Inspirados en el éxito político de dicha iniciativa, varias entidades mexicanas se encuentran actualmente analizando iniciativas similares (Azura, 2005).

Recuadro IV.3 (conclusión)

Mediante la combinación de la seguridad social —diseñada con un alto grado de progresividad en su estructura de tasas de reemplazo— y del suplemento de ingreso se ha logrado disminuir en forma considerable la pobreza de los adultos mayores en las últimas décadas (de un 15% en 1976 a un 10,4% en el 2002). No obstante, las comparaciones internacionales con otros países desarrollados ubican a Estados Unidos en una situación desfavorable, con una incidencia de pobreza relativa de los adultos mayores muy superior a la de Europa, Australia o Canadá.

Fuente: Helvia Velloso, “Social security in the United States: overview and outlook”, Washington, D.C., oficina de la CEPAL en Washington, 2005, inédito; H. Velloso y François Vézina, “The Canadian Retirement Income System”, Washington, D.C., oficina de la CEPAL en Washington, 2005, inédito.

Reformas recientes a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe

Las principales reformas previsionales llevadas a cabo en la región adoptaron la forma de modificaciones periódicas a los principales elementos de diseño de los modelos de reparto (reformas paramétricas) o de reformas estructurales, que introdujeron componentes de capitalización individual (véase el cuadro IV.2). En esta sección se describen las principales características de estas reformas y se examinan sus efectos en materia de cobertura, solidaridad, sostenibilidad y eficiencia.⁵

Reformas estructurales

Aunque con variaciones individuales, las reformas estructurales introducidas por algunos países de la región pueden clasificarse en tres grandes tipos: i) las de tipo sustitutivo, que reemplazan totalmente el régimen de reparto por uno de capitalización individual; ii) las que incluyen la introducción de regímenes paralelos, que mantienen el componente de reparto pero incorporan, como alternativa, un componente de capitalización individual, y iii) las que establecen modelos mixtos, que incorporan un componente de capitalización individual en forma complementaria al régimen de reparto.⁶

El primer país de América Latina en el que se realizó una reforma estructural de tipo sustitutivo fue Chile, en 1981. El modelo público de reparto y beneficio definido se sustituyó por un sistema único de capitalización en cuentas individuales.⁷ El sistema adoptado tiene las características siguientes: los beneficios guardan una relación directa con el esfuerzo contributivo (contribuciones definidas); el régimen de administración financiera es la capitalización en cuentas individuales y portables entre ocupaciones o sectores, y la administración del sistema se delega en administradores especializados del sector privado, que compiten por atraer a los afiliados. El Estado regula y

⁵ Además de los aspectos que se destacan en este capítulo, se proyectaba que, mediante la acumulación de ahorro privado a largo plazo, las reformas estructurales estimularían el desarrollo de los mercados financieros y el crecimiento económico. En este sentido, la experiencia regional ha demostrado que si bien este tipo de reformas contribuye positivamente al desarrollo del mercado financiero y el crecimiento, el efecto en el ahorro nacional dependerá en gran medida de la forma en la que el fisco financie el costo de transición a un régimen de capitalización. Por su parte, la magnitud del efecto en la tasa de crecimiento de la economía está condicionada por una serie de otros factores, tales como la estabilidad macroeconómica, la inflación, la estructura productiva y la política monetaria y cambiaria. Cabe notar, además, la necesidad de dotar al mercado de capitales de una sólida institucionalidad, que permita canalizar en forma segura los recursos del ahorro previsional a usos rentables.

⁶ Las reformas estructurales que introdujeron componentes de capitalización fueron usualmente precedidas o acompañadas por reformas paramétricas a los esquemas de reparto. Un ejemplo paradigmático en esta dirección es la reforma uruguaya de 1995. En conjunto con la introducción de un componente de capitalización individual complementaria al régimen de reparto, se modificó la edad mínima de jubilación prevista en el régimen público (la de las mujeres aumentó de 55 a 60 años) y el requisito de años de aporte (de 30 a 35). Uno de los principales cambios, sin embargo, fue el de la forma de verificación de los requisitos de aportes. Esto es, se reemplazaron las “pruebas testimoniales” por registros de la historia laboral de las personas. De acuerdo con los primeros análisis de estos registros, la frecuencia real de aportes es sustancialmente menor a lo que informaban los interesados en el marco del modelo anterior. De hecho, se proyecta que una proporción preocupantemente baja de personas llegarán a cumplir con los nuevos requisitos de elegibilidad (Bucheli, Forteza y Ferreira-Coimbra, 2005).

⁷ La reforma no afectó a las fuerzas armadas y a algunos trabajadores civiles, que optaron por seguir en el régimen de reparto.

supervisa el funcionamiento de los operadores privados a través de una superintendencia. Asimismo, mantiene un papel distributivo, mediante el financiamiento de una pensión mínima garantizada para los trabajadores que, habiendo cumplido con un requisito de aportes, no logren financiar una prestación mínima.⁸

Cuadro IV.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MODELOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS REFORMAS DE PENSIONES

Modelo, país, fecha de inicio de la reforma	Régimen financiero	Cálculo de beneficios	Administración
Reformas estructurales			
<i>Modelo sustitutivo de capitalización individual</i> Chile: mayo de 1981 Bolivia: mayo de 1997 México: septiembre de 1997 El Salvador: mayo de 1998 República Dominicana: 2003-2005	Capitalización individual	Contribución definida	Privada
<i>Modelo paralelo de capitalización individual</i> (el trabajador puede optar por el sistema de su preferencia) Perú: junio de 1993 Colombia: abril de 1994	Reparto	Beneficio definido	Pública
	Capitalización individual	Contribución definida	Privada
<i>Modelo mixto de capitalización individual</i> (el trabajador aporta simultáneamente a ambos sistemas) Argentina: julio de 1994 Uruguay: abril de 1996 Costa Rica: mayo del 2001 Ecuador: 2001	Reparto	Beneficio definido	Pública
	Capitalización individual	Contribución definida	Privada
Reformas paramétricas o sin reforma			
Brasil (Régimen General de Previsión Social, trabajadores del sector privado): 1999	Reparto	Contribución definida	Pública
Brasil (sector público): 2003 Costa Rica (componente de reparto): 2005 Cuba Guatemala Haití Honduras Nicaragua Panamá Paraguay Venezuela (República Bolivariana de) Caribe de habla inglesa	Reparto	Beneficio definido	Pública

Fuente: Carmelo Mesa-Lago, “Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004; Oliver Paddison, *Social Security in the English-Speaking Caribbean* (LC/CAR/L.64), Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe, 2005.

⁸ En el caso chileno, antes de la reforma existía un programa de pensiones asistenciales, destinado a los adultos mayores en condición de pobreza, pero sujeto a la disponibilidad de financiamiento del presupuesto anual de la nación.

El modelo sustitutivo se aplicó luego, con ciertas variaciones, en cuatro países de la región: Bolivia (1997), México (1997), El Salvador (1998) y República Dominicana (en este último caso la ley se promulgó en el 2001 pero la afiliación se inició en febrero del 2003).⁹ En todos los casos, se cerró la entrada al sistema público de reparto —esto es, no se permiten nuevos afiliados a ese esquema— que se sustituyó por uno privado, al que están obligados a afiliarse los trabajadores que se incorporan al mercado laboral.

Este tipo de reforma estaba esencialmente orientada a contrarrestar los problemas de sostenibilidad financiera a largo plazo de los modelos de reparto tradicionales, mediante el establecimiento de una relación entre los aportes realizados y las pensiones pagadas a cada persona. Asimismo, se pretendía reducir la “percepción de impuesto” de los aportes de los afiliados, de modo de incentivar la expansión de la cobertura contributiva y eliminar los incentivos a subcotizar en las primeras etapas de la vida laboral, propios de los sistemas en el que el monto de la pensión depende en gran medida de los últimos años de aporte (véase el recuadro IV.4).¹⁰

Por otra parte, al transformar las pensiones contributivas en el resultado actuarial de los aportes individuales capitalizados en los mercados financieros, se trasladan los riesgos económicos y financieros a los propios trabajadores y se eliminan los elementos de solidaridad inherentes o explícitos en los modelos de reparto.¹¹ Además, como los fondos aportados se invierten en instrumentos financieros de rentabilidad incierta, el trabajador asume un riesgo adicional, relacionado con la volatilidad de los mercados financieros.¹² Ante este traspaso de riesgos y pérdida de solidaridad, la mayoría de las reformas sustitutivas se complementaron con esquemas de pensiones mínimas garantizadas, financiados por fondos generales del Estado o mediante aportes solidarios de los propios cotizantes. En estos se establece un límite inferior a las pensiones entregadas por el nuevo sistema para el caso de aquellos trabajadores que cumplan con un requisito mínimo de aportes.

Por último, la decisión de pasar de un contrato intergeneracional de reparto a uno de capitalización en cuentas individuales obliga necesariamente a tomar una determinación sobre los compromisos adquiridos en el pasado con los actuales pensionados del sistema de reparto, y los trabajadores que realizaron aportes a este sistema pero que decidieron trasladarse al nuevo.¹³ En la medida en que estos compromisos pasan a formar parte de los derechos adquiridos de los trabajadores se crea un déficit previsional, originado en la obligación de seguir pagando las pensiones de los jubilados del sistema de reparto y de reconocer los aportes pasados de los trabajadores activos que se traspasan al nuevo sistema, en circunstancias en que se dejan de percibir las cotizaciones de estos últimos. Esta presión fiscal inicial o “costo de transición” del modelo de reparto a uno de capitalización puede adquirir dimensiones significativas a corto plazo. De hecho, en algunos países de la región este déficit ha llegado a desestabilizar la situación macroeconómica y, por ende, la capacidad de cumplir con las obligaciones previsionales.

⁹ En México y República Dominicana, la administración es múltiple. En México, además, la prestación puede ser definida o no definida: los trabajadores que estaban asegurados cuando se promulgó la reforma tienen el derecho, a la fecha de jubilarse, de escoger entre la pensión regulada por el sistema público de prestación definida (cerrado) y la basada en la cuenta individual del sistema privado. En la reforma boliviana, la competencia entre administradoras se dio a través de licitaciones regionales.

¹⁰ A su vez, al depositar los fondos en cuentas individuales administradas por el sector privado, se buscaba en cierta medida aislar estos recursos del manejo por parte del gobierno. La mayoría de estos argumentos fueron expuestos en el informe del Banco Mundial (1994).

¹¹ En todas las reformas sustitutivas, se mantuvo sin embargo el aseguramiento contra riesgos de invalidez o muerte a edad temprana, financiado mediante primas pagadas por los propios aportantes.

¹² Una forma de mitigar el riesgo financiero consiste en poner restricciones especiales al nivel de riesgo de los fondos invertidos por los individuos que se encuentran próximos a jubilarse. Tal es el caso del régimen actual de pensiones en Chile, en el que los fondos pertenecientes a personas cercanas a la edad mínima de jubilación solo pueden invertirse en portafolios con un máximo de 60% en instrumentos de renta variable.

¹³ Véase Holzman (1997), CEPAL (1998), Bravo y Uthoff (1999).

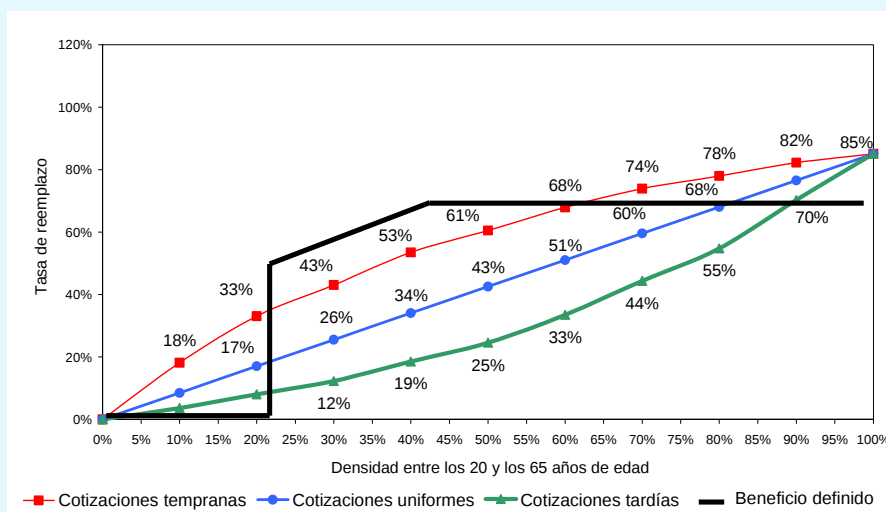
Recuadro IV.4
**BENEFICIO DEFINIDO, CONTRIBUCIÓN DEFINIDA, DENSIDAD DE APORTES
 Y TASAS DE REEMPLAZO**

El paso de un esquema de beneficio definido a uno de contribución definida conlleva, en teoría, notables cambios en los incentivos para participar en los sistemas contributivos. En el gráfico siguiente se ilustra el efecto en la tasa de reemplazo de la densidad media de aportes entre los 20 y los 65 años (la fracción del tiempo en que una persona realiza aportes) según distintos escenarios. La línea más gruesa muestra la estructura tradicional de beneficios de un sistema de beneficio definido, en el que se establece un número mínimo de aportes para acceder a una jubilación, se premian los aportes que superan este mínimo mediante mayores tasas de reemplazo hasta un máximo determinado (que en el ejemplo corresponde a un 70% a partir de los 20 años de aportes). Las líneas más finas muestran las tasas de reemplazo de un sistema de contribución definida, en tres escenarios que dependen del momento en que se realizan los aportes. La línea superior corresponde a un escenario de concentración de todos los aportes al principio del período (que aprovecha al máximo el efecto del interés compuesto en los aportes), la línea inferior a una concentración al final del período y la intermedia a una repartición uniforme de las cotizaciones entre los 20 y los 65 años de edad.

En el modelo capitalizado existe, en primer lugar, una relación directa entre densidad y tasas de reemplazo. En contraste, en el sistema de beneficio definido, tanto los trabajadores que no esperan alcanzar la densidad mínima en su vida laboral como aquellos que llegan a la máxima tasa de reemplazo carecen de incentivos para mejorar marginalmente su comportamiento contributivo (la estructura de beneficios es horizontal al principio y al final). Es decir, el cambio de sistema eleva el incentivo a cotizar en forma constante durante toda la vida.

En el marco de un modelo de contribución definida, los aportes a edad temprana se premian con mayores tasas de reemplazo. En un sistema de beneficio definido, el momento de los aportes es mucho menos relevante (solo importan aquellos que se utilizan para calcular el ingreso base, usualmente los 5 o 10 años anteriores a la jubilación o los 5 o 10 mejores años de aportes).

**DENSIDAD DE COTIZACIONES Y TASAS DE REEMPLAZO EN MODELOS DE BENEFICIO
 Y CONTRIBUCIÓN DEFINIDA**



Por otra parte, en los modelos de beneficio definido, el monto de los aportes que no entran en el cálculo del ingreso base es prácticamente irrelevante en la pensión, lo que crea un notable incentivo a subcotizar en estos períodos. En el de contribución definida, mayores aportes siempre dan lugar a mejores pensiones, especialmente si se realizan a edades tempranas. Por último, cabe destacar que, según los supuestos de la simulación anterior (válidos en el caso de una trabajadora que aporta el 10% de su ingreso y jubila a los 65 años), se requieren más de 36 años de aportes (densidad superior al 80%) para alcanzar, en el escenario intermedio, una tasa de reemplazo de un 70%.

Fuente: Eduardo Fajnzylber, “Sistemas de capitalización, densidad de cotizaciones, y cobertura contributiva”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

En el marco de las primeras reformas estructurales que siguieron a la chilena (en Perú en 1993 y Colombia en 1994) se optó por el modelo de cuentas individuales de capitalización, pero solo parcialmente, mediante reformas de tipo paralelo. El sistema público no se cerró sino que se reformó (íntegramente en el caso de Colombia y solo parcialmente en el de Perú) y se creó un nuevo sistema privado, de manera que los dos compiten entre sí por la afiliación de los trabajadores.¹⁴

La elección de esta modalidad responde fundamentalmente a consideraciones fiscales y políticas. En la medida en que solo parte de los afiliados se traslada al sistema de capitalización, el costo fiscal de la transición es menor a corto plazo (con respecto a la opción en que todos los trabajadores se trasladan al sistema capitalizado). Por otra parte, dado que la decisión de afiliación queda en manos del propio trabajador, se reduce la oposición política a las reformas. Esto también puede verse como una forma de limitar el traspaso de riesgos demográficos, económicos y financieros a los afiliados, inherente a las reformas sustitutivas.

El modelo de reforma estructural de tipo mixto fue seguido en cuatro países, entre ellos Argentina (1994), Uruguay (1996), Ecuador (2001) y Costa Rica (2001).¹⁵ Este modelo integra un sistema público, que no se cierra y otorga una pensión básica, con un sistema privado que ofrece una pensión complementaria.

Las reformas basadas en un modelo mixto pueden plantearse como una forma de introducir de manera gradual el principio de equivalencia entre aportes y beneficios, que permite mantener el control del costo fiscal ligado a la transición y conciliar diferentes corrientes políticas.¹⁶ Por otra parte, la sociedad define, sobre la base de la importancia relativa que se dé al componente de reparto, cuanta solidaridad desea mantener en el sistema y cuanto riesgo se traspa al trabajador. Sin embargo, al igual que en las reformas paralelas, persiste la necesidad de reformar el modelo de reparto de forma de garantizar su sostenibilidad financiera en el tiempo.

Reformas paramétricas

En la mayoría de los países de la región se ha optado por mantener los sistemas públicos de reparto. En algunos casos se han introducido modificaciones a ciertos parámetros clave de diseño del sistema, de forma de acercar —a nivel agregado y a corto y mediano plazo— los aportes recibidos y las prestaciones pagadas, sin necesidad de incurrir en el costo fiscal de transición una reforma estructural.

En diciembre del 2003 el congreso brasileño aprobó una reforma previsional de los programas de pensiones de los funcionarios públicos que incluye un proceso de unificación y homologación (Mesa-Lago, 2004; MPAS, 2002b; Schwarzer, 2004). La República Bolivariana de Venezuela promulgó, a fines del 2002, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS), en la que se estipula que este continuará siendo de reparto, beneficio definido y administración pública. Tanto en Estados Unidos como en Canadá se han realizado reformas paramétricas graduales, para responder a las presiones demográficas sobre sus sistemas de reparto y garantizar el

¹⁴ En el modelo peruano, el trabajador que se integra al mercado laboral es libre de afiliarse al sistema de su elección y le está permitido trasladarse del público al privado. El proceso inverso solo está permitido, sin embargo, con causales justificadas. En el modelo colombiano, en cambio, es posible transitar entre ambos sistemas, con un mínimo de cinco años de permanencia.

¹⁵ El modelo argentino corresponde a una combinación entre un sistema mixto y uno paralelo, puesto que parte del aporte se destina obligatoriamente a un esquema público de reparto y beneficio definido pero, respecto del componente complementario, existe la posibilidad inicial de optar entre el modelo público o uno de capitalización individual. Ecuador aprobó en el 2001 una ley para la creación de un régimen mixto, pero esta aún no se ha implementado.

¹⁶ En la reforma costarricense del 2001, se planteó explícitamente como objetivo estratégico, la transición gradual a la contribución definida. Inicialmente se mantiene inalterada la cotización al sistema público de reparto y beneficio definido, gracias a que el modelo de capitalización se introduce en forma complementaria. Esto permitió además evitar el costo de transición ligado al traspaso y reconocimiento de aportes pasados.

equilibrio financiero de los sistemas previsionales. Sin embargo, los principios estructurales de los modelos de ambos países se han mantenido inalterados hasta ahora.¹⁷

Por su parte, en los países del Caribe de habla inglesa los sistemas previsionales de reparto y beneficio definido casi no se han modificado (véase el cuadro IV.3) y, debido a su relativamente corta historia y baja tasa de dependencia demográfica, siguen siendo solventes.¹⁸ De hecho, los países han logrado acumular fondos de reserva que, en promedio, alcanzan al 19% del PIB regional. No obstante, la sostenibilidad financiera a largo plazo de estos regímenes se ve amenazada por los cambios proyectados de la estructura demográfica de la población (menos inminentes pero más acelerados que en el resto de la región), el alto nivel de desempleo y los crecientes índices de informalidad y emigración de la región hacia el resto del mundo.¹⁹

Un caso especial de reforma paramétrica es la reforma brasileña de 1999 al Régimen General de Previsión Social de los trabajadores del sector privado. Mediante la introducción de criterios actuariales, se logró estrechar la relación entre el valor presente de los aportes individuales y el valor esperado de las pensiones pagadas. La regla de cálculo de las prestaciones se reemplazó por una ecuación que incluye los ingresos laborales, el tiempo de aporte, la edad y la esperanza de sobrevivida a la fecha de la jubilación. A efectos de contabilizar los ingresos laborales, se comenzó a llevar un registro de los aportes individuales de los trabajadores privados al sistema público, utilizando como factor de cálculo el promedio del 80% de los mayores salarios reales de contribución.²⁰

Las reformas paramétricas orientadas a restablecer el equilibrio financiero de los sistemas de reparto pueden clasificarse en dos tipos básicos: las que tienden a estrechar, a nivel individual, la relación entre los aportes al sistema y las pensiones pagadas por este por una parte, y aquellas que tienden a aumentar la recaudación, reducir los beneficios o restringir el acceso a las prestaciones, por otra.

En la primera categoría se incluyen las modificaciones que tienden a ampliar el número de aportes considerados en el cálculo del ingreso base que se emplea para determinar las pensiones, así como las reglas que tienden a castigar las jubilaciones anticipadas y a premiar la postergación del momento de jubilación. Un caso particular de este tipo de reformas, introducido en los países nórdicos, son los modelos de cuentas nocionales, en los que las prestaciones pasan a calcularse sobre la base del historial completo de aportes (actualizados a una tasa de rentabilidad única del sistema) y de la esperanza de vida a la fecha de jubilarse. Esto permite que las pensiones se adecuen automáticamente a los cambios demográficos (mayor esperanza de vida) sin necesidad de incrementar la edad legal de jubilación (véase el recuadro IV.5).²¹ Uno de los problemas de las reformas paramétricas de los sistemas de reparto es la dificultad que existe en muchos casos para llevar adelante las reformas programadas como consecuencia de las presiones políticas (véase el recuadro IV.2). Desde esta óptica, introducir cuentas de ahorro individuales de tipo nocional tiene la ventaja de que esos ajustes se hacen de forma automática. Como sucede en el caso de las estructurales, este tipo de reformas debiera aumentar los incentivos para participar activamente en los sistemas contributivos, así como reducir los motivos para subcotizar en la etapa temprana del ciclo de vida, aunque tienden a reducir el grado de solidaridad inherente al sistema.

¹⁷ En Canadá se reformó el sistema de reparto (el Canadian Pension Plan), mediante progresivos aumentos de la tasa de contribución, de un 3,6% en 1986 a un 9,9% en el 2003 y se estableció una nueva política de inversiones del fondo de reserva. Se estima que con estos ajustes se ha garantizado la viabilidad financiera al menos hasta el año 2075 (Velloso y Vézina, 2005). Por su parte, los estudios actuariales realizados sobre el seguro social norteamericano sugieren que con un aumento de entre uno y dos puntos porcentuales de la tasa de cotización, se mantendría el equilibrio actuarial en los próximos 75 años (Velloso, 2005).

¹⁸ Véanse más detalles sobre los sistemas previsionales en el Caribe de habla inglesa en Paddison (2005).

¹⁹ Suriname, Guyana, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago presentan las tasas más altas de emigración del mundo y más de la mitad de los 30 países con mayor emigración pertenece a la zona del Caribe (Paddison, 2005).

²⁰ Esta regla solo se aplica, sin embargo, a las pensiones por tiempo de aporte o tiempo de servicio y es opcional para las jubilaciones por edad. Para mayores antecedentes sobre esta reforma, véase Diniz Cotta (2005) o Pinheiro y Paiva (2000).

²¹ La reforma brasileña de 1999, por medio de la cual se incorporó el historial completo de aportes y la esperanza de sobrevivida a la fecha de jubilarse, constituye una aproximación a los modelos nórdicos de cuentas nocionales.

Cuadro IV.3

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL CARIBE DE HABLA INGLESA

País	Ingreso máximo contributivo ^a	Pensiones en relación con salarios imponible (en porcentajes)		Tasas de reemplazo (en porcentajes)			Número mínimo de semanas de contribución	Edad de retiro		Comisiones administrativas en porcentajes de los aportes realizados (2003)	Esperanza de vida al nacer (en años)			Tasa real de rentabilidad de los fondos de reserva		Porcentaje de los fondos de reservas invertidos
		Media	Mínima	10 años	30 años	Máxima		Normal	Temprana		2000-2005	2025-2030	2045-2050	10 años	5 años	
Anguila	2,02	30,6	26,3	30	50	60	250	65	...	22,8	...	...	...	2,5	1,5	91,8
Antigua y Barbuda	1,88	22,2	6,3	25	45	50	350	60	...	17,7	...	...	...	0,8	1,5	44,4
Bahamas	1,36	25,4	16	30	55	60	150	65	60	19,9	69,4	75,7	77,3	4,8	4	92,4
Barbados	2,09	49	30,6	40	60	60	500	65	63	6,1	77,2	79,8	81,4	5,2	5,2	82,4
Belice	1,52	25,3	22,4	30	55	60	500	65	60	30,5	74,4	77,5	79,7	7,4	7,5	94,5
Islas Vírgenes Británicas	1,42	21,4	7,5	30	50	60	500	65	...	11,9	...	...	...	2,2	2,8	92,8
Dominica	3,15	28,3	6,8	30	55	70	500	60	...	16,7	...	...	...	4,7	4,6	77
Granada	2,07	24,5	12	30	50	60	400 ^h	60	...	12,4	...	...	...	5	4,9	92,1
Guyana	2,1	28,5	27,3	40 ^b	55	60	750	60	...	15,8	62,4	64,1	71,2	4,8	4,1	95,3
Jamaica				^f				70 ^e	65 ^e	13	75,7	79	80,8	3,5	9,8	95,5
Montserrat	1,26	17,1	8,4	30	50	60	350 ^c	60	...	48,8	...	...	...	2,4	2,4	96,7
Saint Kitts y Nevis	3,07	28,4	11,8	30	55	60	500	62	...	14,6	...	...	...	3,2	4	94,9
Santa Lucía	3,41	39	13,7		58	60	576 ^d	61	60	13,3	73,8	77,2	79,5	3,8	4,1	96
San Vicente y las Granadinas	3,08	29,9	19,4	30	50	60	325 ^c	60	...	16,7	...	...	...	4,3	5,6	91,6
Trinidad y Tabago	1,25	15,8	37	^g			750	65	60	6,9	74,8	78,6	80,5	4,7	4,7	93,4
Islas Turcos y Caicos	1,69	19	14,1	30	55	60	500	65	60	21,1	...	...	...	1,6	0,9	87,5

Fuente: Oliver Paddison, *Social Security in the English-Speaking Caribbean* (LC/CAR/L.64), Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe, 2005.

^a Relación entre el salario máximo imponible y el salario medio imponible. ^b Después de 15 años. ^c Alcanza a 500 en aumentos anuales de 25. ^d Se parte de 144 meses, que aumentan 12 cada 3 años hasta alcanzar 180 el 1° de enero del 2012. ^e La edad de retiro de las mujeres es de 60 años. ^f Pensiones de tarifa plana, más una proporción relacionada con ingreso. ^g Pensiones calculadas sobre la base de la clase promedio de ingreso con la cual se aportó. ^h Aumentando a 500 en el 2008.

En el segundo tipo de reformas paramétricas se incluyen aquellas que incrementan en forma generalizada los aportes al sistema (o reducen la magnitud de los beneficios pagados por este) mediante aumentos de las tasas de contribución, cambios a los mecanismos de indización de las pensiones y aumentos de la edad legal de jubilación (fundados en la mayor esperanza de vida) o de la cantidad de aportes necesarios para acceder a una jubilación.

En términos de los principios planteados en este capítulo —y en la medida en que existan mecanismos que permitan compartir entre todos los trabajadores el peso de hacer financieramente viables los esquemas públicos de reparto— se considera que debiera tomarse con precaución el uso de mecanismos que tiendan a sacrificar la cobertura en aras de la sostenibilidad.

Recuadro IV.5

MODELOS DE CUENTAS NOCIONALES

Un modelo de cuentas nocionales es un sistema previsional de reparto en el que el principio de beneficio definido se reemplaza por uno de contribuciones definidas.

Los aportes previsionales se contabilizan en cuentas individuales. El saldo en estas cuentas evoluciona sobre la base de una norma que fija una tasa de rentabilidad del sistema y de la suma de los nuevos aportes que realice el trabajador o su empleador. En los modelos de cuentas individuales de capitalización, la tasa de rentabilidad a la que se actualizan los aportes corresponde a la rentabilidad financiera del portafolio en el que se invirtieron los ahorros. Por el contrario, la tasa interna de rentabilidad de los modelos de cuentas nocionales (α), en su forma más genérica, es una función de la productividad laboral (medida por el aumento de los salarios reales (g)), la tasa de crecimiento de la fuerza laboral (λ) y un factor de ajuste actuarial, que tiende a llevar al sistema a un estado de equilibrio financiero a largo plazo (ρ). Este último equivale al cociente entre los valores presentes de activos y pasivos del sistema, menos uno:

$$\alpha = g + \lambda + \rho = g + \lambda + \left(\frac{VP(A_t)}{VP(P_t)} - 1 \right)$$

La pensión se paga como renta vitalicia, esto es, en forma mensual hasta el fallecimiento del beneficiario. Se calcula como el saldo de la cuenta a la fecha de jubilarse, dividido por la esperanza de vida estimada en ese mismo instante. Se suele establecer una edad mínima de jubilación y los aportes posteriores a esta edad siguen aumentando el saldo en la cuenta y el valor de la pensión. En los países en que se han introducido modelos de este tipo a menudo se fomenta la solidaridad de género a través de tablas de mortalidad comunes para hombres y mujeres, aunque específicas a cada cohorte de jubilados.

Un modelo de cuentas nocionales como el definido de esta forma fomenta la estabilidad financiera a largo plazo del sistema, gracias a la influencia en el cálculo de las prestaciones de la esperanza de vida a la fecha de jubilarse. También contribuye a este fin el hecho de que en la tasa interna de rentabilidad se tengan en cuenta aspectos económicos y demográficos, así como la existencia del factor de ajuste, que permite corregir los desequilibrios actuariales del sistema.

En los modelos de cuentas nocionales, la única forma de ahorro financiero corresponde a los fondos de reserva. Estos se establecieron para, entre otras funciones, acumular los excedentes de aportes pagados por las cohortes más numerosas de trabajadores hasta su jubilación.

Una crítica común a los modelos de beneficio definido es que, dado que estipulan una edad legal de jubilación a partir de la cual se puede recibir el beneficio máximo (siempre y cuando se haya cumplido el requisito de aportes correspondiente), se produce un notable desincentivo a seguir trabajando y aportando al sistema. La incorporación de cuentas nocionales en los sistemas de reparto, al igual que en los sistemas de capitalización individual, repercute directamente en esta dinámica laboral, a través de dos factores básicos. Por una parte, la forma de cálculo de las prestaciones (en función del saldo acumulado y la esperanza de vida a la fecha de jubilarse) otorga flexibilidad en cuanto a la edad de jubilación y permite solicitar jubilaciones parciales. Las personas que deseen seguir trabajando más allá de la edad mínima pueden continuar sus aportes e incrementar sus fondos, o reducir el número de horas trabajadas y complementar la baja de sus ingresos con jubilaciones parciales, gracias a la transformación de una parte del saldo nocional en una renta vitalicia. Por otra parte, al basarse en cuentas individuales y no existir requisitos mínimos de contribuciones (como es en general el caso en los sistemas de beneficio definido) se favorece la libre movilidad entre ocupaciones, sectores económicos, regiones o países, sin que se pierda el derecho a los aportes pasados.

Fuente: R. Holzmann y E. Palmer, “The status of the NDC discussion: introduction and overview”, *Pension Reform through NDCs: Issues and Prospects for Non-Financial Defined Contribution Schemes*, Washington, D.C., Banco Mundial, 2005.

Principales resultados de las reformas

En esta sección se analizan los principales resultados de las reformas estructurales realizadas en la región en materia de expansión de la cobertura contributiva, solidaridad en los regímenes previsionales resultantes, efectos fiscales de la transición a sistemas de capitalización y grado de competencia en los mercados de administración de fondos previsionales.

Cobertura

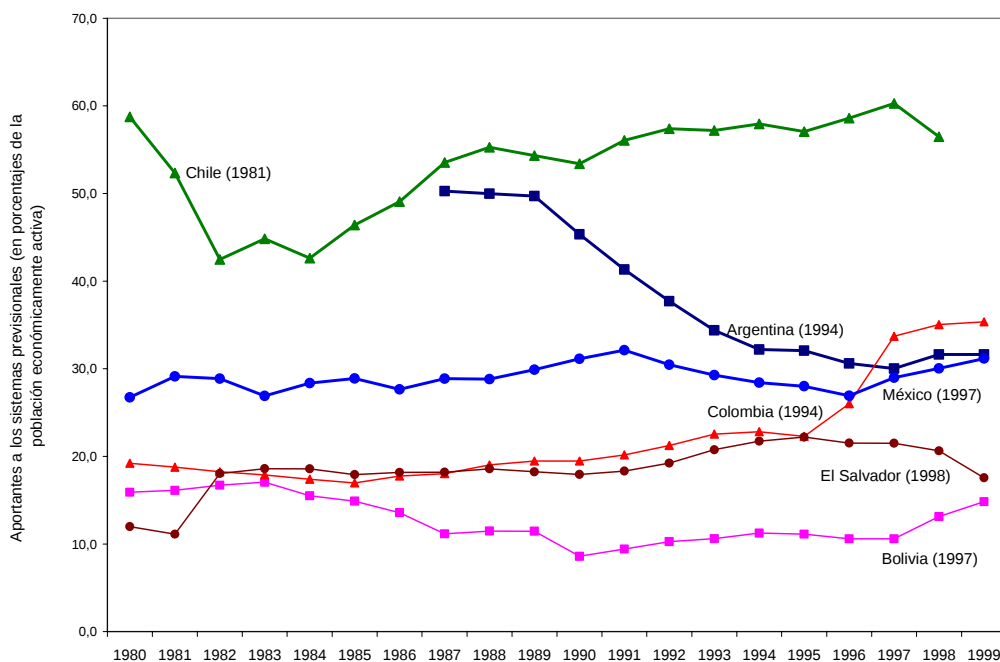
Los datos recientes permiten concluir que, contrariamente a lo que se anticipaba, la incorporación de componentes de capitalización no se tradujo en mayores niveles de participación contributiva. Este fenómeno responde a la baja capacidad de ahorro a largo plazo de segmentos importantes de la población. En ausencia de reformas que fortalezcan los componentes no contributivos de los sistemas previsionales, los grupos más desprotegidos (y especialmente las mujeres) se mantendrán al margen de los sistemas contributivos o recibirán pensiones de mala calidad debido a la frecuencia relativamente baja de sus aportes y, en el caso de los quintiles más pobres, a la tendencia a postergar estos aportes hasta etapas avanzadas de la vida laboral.

A pesar de la mayor correlación entre aportes y beneficios, no se observan en los países con reformas estructurales aumentos significativos o sistemáticos de las tasas de cobertura previsional, sino que más bien se percibe una tendencia a su estancamiento (véase el gráfico IV.4). De los países incluidos en el gráfico, solo Colombia da muestras de una mejora significativa de su cobertura a partir de la reforma de 1994. De hecho, en la mitad de los casos, la reforma fue seguida de una baja de este indicador. En el caso de Chile, la cobertura en 1999 es prácticamente idéntica a la del año anterior a la reforma y Argentina presenta una baja permanente de su cobertura desde 1987.

Gráfico IV.4

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES A LOS SISTEMAS DE PENSIONES EN SEIS PAÍSES CON REFORMAS ESTRUCTURALES

(Aportantes a los sistemas de pensiones como porcentaje de la población económicamente activa)



Fuente: Truman Packard, "Is there a positive incentive effect from privatising social security? Evidence from pension reforms in Latin America", *Policy Research Working Paper*, N° 2719, Washington, D.C., Banco Mundial, 2001.

El nivel y calidad de la cobertura de un sistema contributivo depende del monto y frecuencia de los aportes de cada individuo participante.²² El concepto usualmente utilizado para medir la frecuencia de aportes de una persona a lo largo de su vida laboral es su densidad de cotizaciones, es decir, el cociente entre el número de aportes que realizó y los meses en que estuvo en edad de trabajar.

La principal conclusión de los estudios sobre densidades de cotización en la región es que, incluso en algunos de los países con mayor cobertura previsional, una alta proporción de los participantes en los sistemas contributivos se encuentran, en la práctica, subasegurados.²³ Esto significa que sus densidades de cotización son inferiores a los requisitos mínimos para acceder a una jubilación en los modelos de beneficio definido, o que determinan pensiones de baja calidad en los esquemas capitalizados.²⁴ En algunos casos, se han detectado marcadas diferencias de género.²⁵ En todos los estudios, las diferencias de nivel socioeconómico se trasladan a los perfiles de cotizaciones. Los sectores de más altos ingresos presentan densidades significativamente superiores a los grupos de menores ingresos (especialmente las mujeres). El perfil de cotizaciones de estos últimos suele comenzar en un nivel muy bajo y luego ir aumentando gradualmente durante la vida activa.²⁶ Este último aspecto es particularmente relevante, puesto que al pasar de un sistema de beneficio definido a uno de contribución definida (de capitalización o nocional), el momento de los aportes pasa a ser un factor determinante en lo que respecta a la calidad de las pensiones recibidas.

Estos resultados coinciden con estudios sobre el efecto de las reformas previsionales en términos de género, que muestran que las características demográficas (mayor longevidad de las mujeres), de los mercados laborales (discriminación salarial e inserción más habitual en trabajos informales y temporales) y de diseño de los modelos basados en la capitalización (sobre todo el uso de tablas de mortalidad diferenciadas por género) tienden a crear profundas brechas en materia de acceso y calidad de las prestaciones contributivas entre los hombres y mujeres trabajadores en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2004c).

Solidaridad

Además de resultar ineficaz para extender la cobertura previsional a los sectores tradicionalmente excluidos de la economía formal, la adopción de modelos de cuentas individuales de capitalización eliminó parte importante de la solidaridad inherente a los sistemas de reparto y tendió a reproducir las inequidades de la vida laboral, transformándolas en inequidades previsionales (CEPAL, 2000c). Para remediar esta situación se incorporaron programas de pensiones mínimas garantizadas o subsidios a los aportes previsionales, que no han logrado llegar a la población con menor capacidad contributiva. En cambio, los programas de pensiones no

²² En efecto, en los regímenes de beneficio definido, se suelen establecer períodos mínimos de aporte (que en la mayoría de los casos oscila entre los 10 y los 30 años) para tener derecho a una pensión. Una vez alcanzados estos requisitos mínimos, las tasas de reemplazo suelen aumentar con el número de aportes realizados (véase el recuadro IV.4). Por otra parte, en los regímenes de contribución definida, la pensión depende de la suma (actualizada) de todos los aportes realizados, de modo que las personas que presenten amplias lagunas previsionales (períodos sin realizar aportes) tenderán a acumular saldos insuficientes y accederán a pensiones de bajo monto o por un período limitado de tiempo.

²³ Véanse, entre otros, Bertranou y Sánchez (2003) en el caso de Argentina; Arenas de Mesa, Llanes y Miranda (2004) o Berstein, Larraín y Pino (2005) respecto de Chile, y Lagomarsino y Lanzilotta (2004) o Bucheli, Forteza y Ferreira-Coimbra (2005) en relación con Uruguay.

²⁴ Tanto en Argentina como en Chile, la densidad media de los afiliados es cercana al 50%, cifra muy inferior a las proyectadas por los creadores de los sistemas de capitalización individual. La densidad de los afiliados uruguayos es levemente superior a los otros dos casos (60%), sin embargo, se encuentra muy por debajo de los 35 años de aportes exigidos para acceder, según el nuevo sistema público del país, a una "jubilación común" a los 60 años.

²⁵ Los trabajadores chilenos cotizan en promedio el 59% de su historia laboral, mientras que las afiliadas mujeres solo aportan el 41% del tiempo.

²⁶ Los tres quintiles más bajos de la distribución femenina chilena (el 60% de menores ingresos) registran prácticamente toda la vida densidades medias inferiores al 40%, mientras que el segundo quintil de los hombres ya tiene densidades medias sistemáticamente superiores a esa cifra (Berstein, Larraín y Pino, 2005).

contributivas de Brasil o Bolivia han conseguido llevar la solidaridad ciudadana a los sectores más desprotegidos, lo que permite prevenir de manera efectiva la pobreza en la tercera edad.

Ante esta pérdida de solidaridad contributiva, los países que habían realizado reformas estructurales optaron en su mayoría por el mecanismo de pensiones mínimas garantizadas por el Estado. Este consiste en pagar un beneficio mínimo mensual a aquellos trabajadores que, habiendo aportado un número mínimo de años, hayan agotado los fondos acumulados en sus cuentas individuales. Tal es el caso de los componentes de capitalización introducidos en Chile, Colombia, Costa Rica (en el régimen básico de capitalización colectiva), El Salvador, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay.²⁷

Aunque estos mecanismos permiten reducir parte de los riesgos ligados a las bajas rentabilidades de los fondos de pensiones —así como compensar en cierta medida las diferencias de género originadas en las discriminaciones salariales, la menor edad de jubilación y mayor longevidad de las mujeres— solo permiten mejorar la calidad de la cobertura a aquellos afiliados que consiguen acumular un número significativo de aportes (generalmente 20 años), y excluyen por lo tanto a la gran mayoría de trabajadores que participan poco o nada en los sistemas contributivos.²⁸

Una alternativa menos común de solidaridad dirigida a los afiliados de bajos ingresos corresponde a los mecanismos orientados a aumentar el nivel de las pensiones contributivas mediante aportes subsidiados por el Estado. Ejemplos de este tipo de mecanismos son los programas Cuota Social en México y el Fondo de Solidaridad Pensional en Colombia.²⁹ En el primer caso, se establece un aporte estatal fijo por cada día cotizado por todos los aportantes al sistema privado, mientras que en el segundo caso, el Fondo, financiado parcialmente por el Estado y aportes solidarios de los afiliados de mayores ingresos, subsidia en parte las cotizaciones de los trabajadores de escasos recursos. En ambos casos, los subsidios están sujetos a la condición de realizar aportes a los sistemas contributivos, con la consecuente exclusión de los trabajadores marginados de los modelos formales.

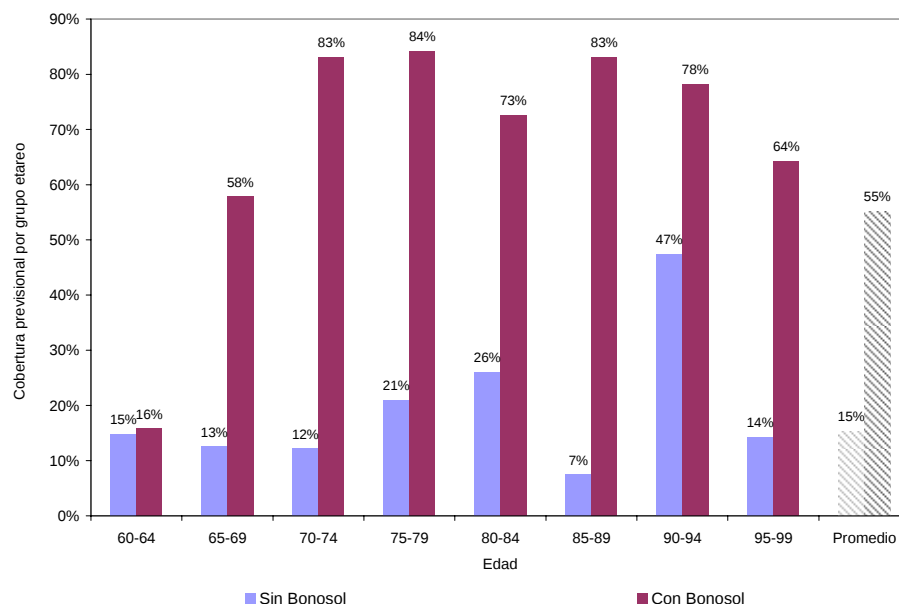
Aparte del mencionado programa brasileño de pensiones rurales, el principal esfuerzo reciente por compensar la pérdida de solidaridad de las reformas estructurales por la vía no contributiva corresponde al Bono Solidario (Bonosol) introducido en Bolivia en 1997, por medio del cual se entrega un beneficio vitalicio mensual a toda la población mayor de 65 años de edad, sin requisitos de aportes ni comprobación de medios. Aunque, debido a que se financia mediante la capitalización de empresas públicas privatizadas, se trata de un programa, en principio, temporal (restringido a las personas que hubieran cumplido 21 años antes del 31 de diciembre de 1995), el Bonosol posibilitó un cambio radical de la cobertura previsional de su población mayor (véase el gráfico IV.5). En definitiva, la iniciativa boliviana demuestra el potencial, en términos de extensión de la cobertura, de una política de pensión universal. Sin embargo, el financiamiento sostenible de este tipo de programas puede resultar prohibitivo para las economías de la región.

²⁷ En el caso argentino, se estableció la Prestación Básica Universal (PBU) para todos los afiliados que acrediten 30 años de servicios con aportes computables. A diferencia de las pensiones mínimas, esta prestación es complementaria a las pensiones autofinanciadas a partir de los 65 años de edad (60 en el caso de las mujeres).

²⁸ De hecho, en las proyecciones más recientes realizadas por la Superintendencia chilena de administradoras de fondos de pensiones se estima que en el 2025 solo el 5% de los afiliados accederá a la garantía estatal de pensión mínima, y que cerca del 50% habrá acumulado fondos insuficientes y no alcanzará los 20 años de aportes exigidos para acceder a este beneficio.

²⁹ En Durán-Valverde (2005) se presenta y analiza una propuesta similar para extender la cobertura de pensiones de Costa Rica.

Gráfico IV.5
EFFECTO DEL BONOSOL EN LA COBERTURA PREVISIONAL DE BOLIVIA, 2002
(En porcentajes de personas que perciben ingresos por jubilación o pensión, con o sin Bonosol)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de la Encuesta de hogares de Bolivia, noviembre-diciembre del 2002.

Sostenibilidad financiera

En principio, las reformas de los sistemas de pensiones orientadas a la capitalización mejoran la solvencia fiscal a largo plazo. Sin embargo, la experiencia regional reciente ha puesto en evidencia que, a corto y mediano plazo, el financiamiento de la transición de una reforma estructural en la región, combinado con los altos déficit acumulados por sistemas de reparto insuficientemente financiados y la presencia de regímenes especiales de alto costo, hace peligrar la trayectoria financiera de las reformas previsionales y puede amenazar la protección de los adultos mayores que la propia reforma busca garantizar. Si bien una parte de estos costos puede controlarse mediante reformas paramétricas, mixtas o paralelas, la mayor parte es imposible de evitar a corto y mediano plazo. Asimismo, la creciente relevancia del componente no contributivo como mecanismo central de extensión de la cobertura planteará desafíos adicionales en materia de financiamiento sostenible.

El nivel y distribución en el tiempo del costo de transición de una reforma estructural depende directamente de la forma en que se sustituye al régimen de reparto por el de capitalización.³⁰ Una reforma estructural de tipo sustitutivo supone cerrar el sistema de reparto a la entrada de nuevos afiliados y el traspaso (generalmente voluntario) de gran parte de los afiliados del sistema de reparto al de capitalización. En este contexto, la transición arroja un alto costo inmediato que, como se ilustra en el recuadro IV.6, se prolonga por muchos años. En las reformas estructurales de tipo paralelo los sistemas de reparto se mantienen abiertos a la entrada de nuevos afiliados, lo que permite diluir el costo ligado al traspaso masivo de afiliados al régimen de capitalización, aunque se pierde en parte el control del ritmo de la transición. Por su parte, las reformas estructurales de tipo mixto consiguen el mismo objetivo, hacer gradual el costo de la transición, pero a un ritmo determinado por la magnitud otorgada al componente de capitalización (la proporción del aporte individual que se vuelca a las cuentas individuales de ahorro).

³⁰ El costo de transición depende además de las características propias del sistema de reparto inicial: grado de cobertura, distribución etaria y generosidad de los beneficios (Bravo y Uthoff, 1999). En el caso chileno, significó un gasto anual cercano a 3,9% del PIB durante los primeros 30 años.

Recuadro IV.6

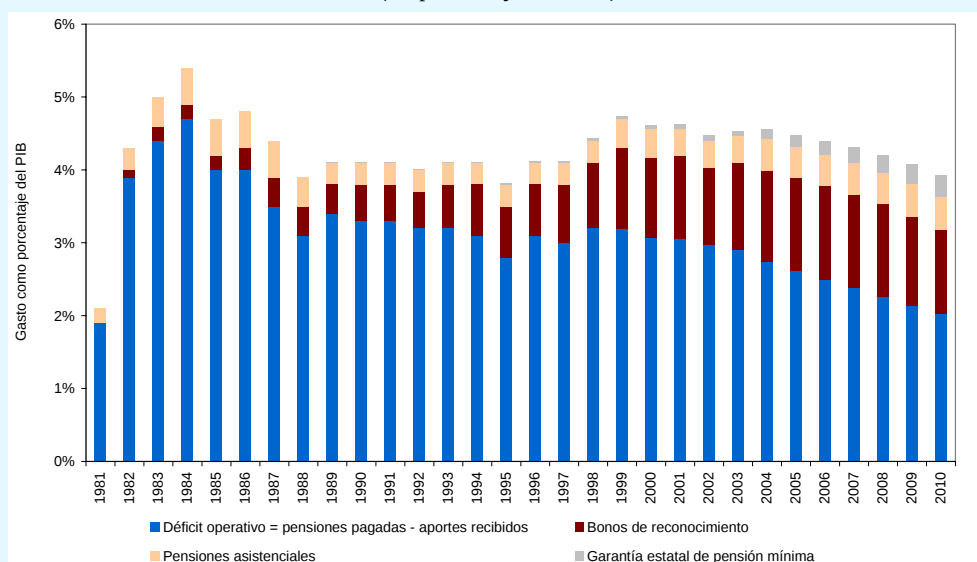
COSTO FISCAL DE TRANSICIÓN DE UNA REFORMA SUSTITUTIVA: EL CASO DE CHILE

El costo fiscal de transición de un régimen de reparto a uno de cuentas individuales suele descomponerse en dos partidas básicas: el déficit operativo y los bonos de reconocimiento. El déficit operativo del sistema público de pensiones corresponde a la diferencia, en un momento dado, entre las pensiones pagadas a los jubilados del régimen de reparto y los aportes realizados por los trabajadores que aún siguen participando en este régimen (en ausencia de fondos de reserva). Por su parte, los aportes pasados de los trabajadores que se trasladan al sistema de capitalización se transforman en instrumentos de deuda pública, los “bonos de reconocimiento”, pagados en el momento de la jubilación. El déficit operativo se traduce en una presión sobre el gasto público a partir del momento en que los trabajadores comienzan a trasladarse al nuevo régimen, mientras que el gasto en bonos de reconocimiento se difiere hasta el momento en que comienzan a jubilarse los primeros pensionados del sistema capitalizado.

En el gráfico siguiente se ilustra la evolución, en el caso chileno, de las distintas partidas del déficit previsional civil, al cual se incorporan, además del déficit operativo y el gasto en bonos de reconocimiento, los gastos del programa no contributivo de pensiones (las “pensiones asistenciales” de vejez, invalidez o deficiencia mental) y del programa de garantías mínimas del nuevo sistema (“pensiones mínimas”). Como se puede apreciar, el déficit operativo alcanzó su punto más alto (4,7% del PIB) a tres años de iniciada la reforma. Desde ese momento comenzó a disminuir paulatinamente, de tal forma que en el 2010 sería del 2% del PIB y desaparecería en torno al 2040. Por su parte, el gasto en bonos de reconocimiento ha ido en ascenso a lo largo del período y actualmente se eleva al 1,3% del PIB. Aunque se proyecta que se mantenga alto en la próxima década, también debería reducirse en forma gradual hasta el año 2040. La suma del gasto operativo y en bonos de reconocimiento promedió un 3,9% del PIB en sus primeros 30 años de funcionamiento y alcanzó su valor máximo (4,9%) a tres años de iniciada la reforma.

DESCOMPOSICIÓN DEL DÉFICIT PREVISIONAL CIVIL CHILENO

(En porcentajes del PIB)



Como el programa de pensiones asistenciales es de carácter no contributivo y discrecional, su gasto se ha mantenido prácticamente constante en términos del PIB. Por último, el gasto en pensiones mínimas comenzó a afectar al presupuesto fiscal con varios años de retraso, posiblemente debido a su naturaleza relativamente restringida (afiliados con al menos 20 años de aporte que no hayan acumulado fondos suficientes) y al hecho de que este programa exige que los pensionados en retiro programado (la gran mayoría de los que tienen derecho a este beneficio) hayan agotado sus fondos antes de que se produzca un desembolso fiscal. Una vez superados los costos de la transición, restará exclusivamente el financiamiento del déficit previsional de las Fuerzas Armadas (actualmente cercano al 1,3% del producto) y el esfuerzo estatal de prevención de la pobreza mediante pensiones mínimas y asistenciales.

Fuente: A. Arenas de Mesa, M.C. Llanes y F. Miranda Bravo, “Protección social efectiva, calidad de la cobertura y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

En contraste, las reformas paramétricas a los regímenes de reparto, al no interrumpir el contrato intergeneracional, permiten mejorar la situación financiera de los sistemas públicos sin el costo fiscal de transición de las reformas estructurales. No obstante, estas reformas deben enfrentar notables presiones políticas para su aprobación legislativa, dado que los cambios paramétricos suelen acarrear consecuencias impopulares. Por otra parte, sigue existiendo la posibilidad de establecer regímenes especiales, cuyos efectos no se limitan al tema de la viabilidad financiera sino que también influyen en la equidad del sistema.

En general no es fácil estimar las consecuencias del costo de transición de una reforma estructural en las finanzas públicas a lo largo del tiempo, y solo existen estudios específicos en el caso de ciertos países. Sin embargo, sobre la base de técnicas demográficas es posible calcular el valor presente de las obligaciones del Estado, equivalente al costo actualizado de responder a todos los compromisos derivados de sustituir, hipotéticamente, un sistema de reparto por uno de capitalización individual (Bravo y Uthoff, 1999). En el cuadro IV.4 se muestra el resultado de esta estimación en 20 países de la región, así como el tipo de reforma adoptada. Se observa que, en definitiva, el costo de la transición a un modelo de capitalización ha sido fundamental en el análisis de alternativas de reforma: salvo en Chile, todos los países cuyas obligaciones llevadas a valor presente son relativamente altas han optado por modelos no sustitutivos de reforma, ya sea incorporando un pilar de capitalización en forma complementaria (modelo mixto o paralelo) o realizando reformas paramétricas.

Cuadro IV.4
COSTO HIPOTÉTICO DE TRANSICIÓN Y ELECCIÓN DE LA REFORMA
(Valor presente de las obligaciones del Estado en porcentajes del PIB)

País	Costo hipotético de transición	Tipo de reforma
Costo muy alto		
Argentina	305,4	Modelo mixto
Uruguay	289,4	Modelo mixto
Brasil	201,6	Reformas paramétricas
Costo alto		
Cuba	151,4	Paramétrica o sin reforma
Panamá	145,3	Paramétrica o sin reforma
Chile	131,0	Modelo sustitutivo
Costa Rica	93,9	Modelo mixto
Colombia	63,0	Modelo paralelo
Costo bajo		
Perú	44,5	Modelo paralelo
México	37,0	Modelo sustitutivo
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	36,6	Paramétrica o sin reforma
Paraguay	36,4	Paramétrica o sin reforma
Nicaragua	32,9	Paramétrica o sin reforma
Bolivia	30,9	Modelo sustitutivo
Guatemala	25,5	Paramétrica o sin reforma
República Dominicana	21,5	Modelo sustitutivo
Costo muy bajo		
Ecuador	19,1	Modelo mixto
Honduras	15,4	Paramétrica o sin reforma
El Salvador	8,7	Modelo sustitutivo
Haití	4,3	Paramétrica o sin reforma

Fuente: J. Bravo y A. Uthoff, "Transitional fiscal costs and demographic factors in shifting from unfunded to funded pension in Latin America", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 88 (LC/L.1264-P/I), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1999. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.99.II.G.38.

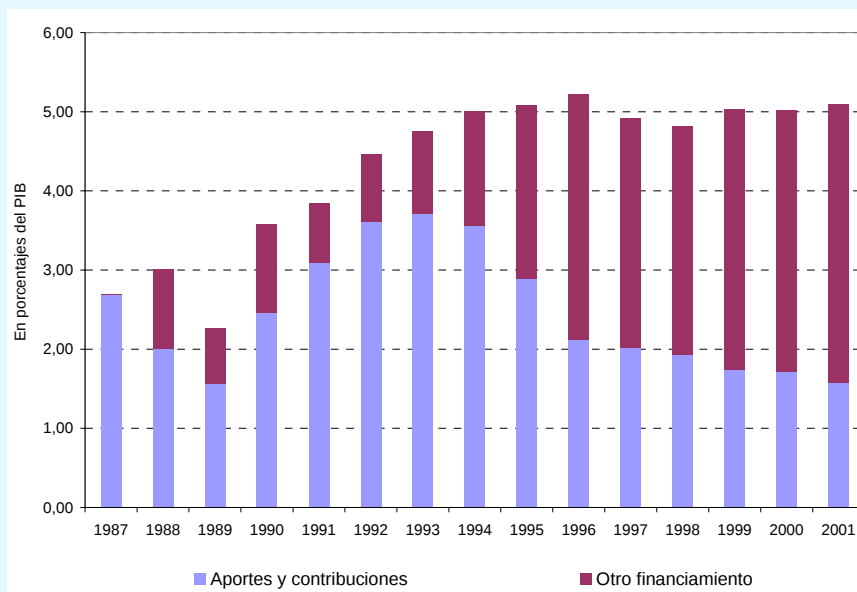
Cabe consignar que, aún luego de la reforma, es posible que persistan graves problemas de diseño que conlleven una notable carga fiscal y provoquen mayores presiones presupuestarias. Esto ocurre particularmente cuando el nuevo diseño es incapaz de corregir las imperfecciones del sistema antiguo, cuando persisten prestaciones que no se adecuan a los esfuerzos contributivos (véase el caso de Colombia en el recuadro IV.2), o cuando las predicciones de los costos de transición se subestiman, lo que agrava aún más de lo previsto la situación fiscal. En el recuadro IV.7 se aprecia el efecto que tuvo en la crisis argentina del 2001 la reforma estructural de pensiones introducida a mediados de los años noventa.

A las presiones presupuestarias mencionadas se agregan las crecientes exigencias de financiamiento fiscal provenientes de la necesidad de extender la cobertura previsional por la vía no contributiva.

Recuadro IV.7 RESPONSABILIDADES FISCALES EN EL SISTEMA PREVISIONAL ARGENTINO DESPUÉS DEL 2001

Durante los años ochenta, en los diferentes componentes de la seguridad social argentina comenzaron a sentirse los efectos de una profunda crisis económica. En un primer momento, la baja de los salarios reales restó financiamiento al sector y, más tarde, a principios de los años noventa, el largo proceso de crisis derivó en un drástico salto de la proporción de la población desempleada. La combinación de una menor base contributiva y un modelo de beneficios sumamente generoso (82% del salario de los últimos tres años de aporte) tornó imposterizable el debate sobre las reformas al sistema. En pleno período de convertibilidad y luego de múltiples cambios parciales se dio inicio, en 1993, a una reforma estructural que introdujo un sistema mixto con la opción de aportar fondos a un nuevo esquema de capitalización. A los costos fiscales ligados a la transición parcial a este régimen de cuentas individuales se sumaron dos políticas aplicadas desde mediados de los años noventa y que influyeron notablemente en el creciente déficit previsional que se aprecia en el gráfico siguiente. Estas fueron una política de reducción de impuestos sobre la nómina salarial pagados por el sector privado (la “devaluación fiscal” que buscaba defender a la economía Argentina de la pérdida de competitividad externa producto de la apreciación del tipo de cambio real) y la transferencia gradual de la mayor parte de las cajas provinciales (incluidos sus déficit) al gobierno central. Según Cetrángolo y Grushka (2004), el déficit previsional del año 2000 (equivalente al 3,3% del PIB) podía desagregarse en: un 45,9% vinculado a los aportes al sistema de capitalización, un 40,6% relacionado con la reducción de contribuciones patronales y un 13,5% ligado a otras causas, fundamentalmente la transferencia de las cajas provinciales. Producto de estos factores, la crisis de fines del 2001 tuvo al sistema previsional entre sus causas más citadas.

ARGENTINA: PRESTACIONES PREVISIONALES Y SU FINANCIAMIENTO, 1987-2001



Recuadro IV.7 (conclusión)

Por otra parte, la crisis de financiamiento se vio acompañada por una crisis de cobertura del sistema previsional, cuya evolución muestra una reducción de la percepción de ingresos previsionales de los mayores de 65 años de más de un punto porcentual por año (de un 77% en 1994 a un 66% en el 2003). Con el fin de intentar mejorar la situación fiscal del sistema, en la reforma de 1993 se incluyeron notables cambios paramétricos al modelo de reparto, esto es, se aumentó cinco años la edad de jubilación, se amplió el número de años considerados en el cálculo del salario base y se incrementó gradualmente el número de aportes mínimos para acceder a una jubilación (de 20 a 30 años). Estas modificaciones dificultaron el acceso a los beneficios y expusieron la debilidad del modelo contributivo, en el marco de un mercado de trabajo con alta desocupación e informalidad estructural. Por último, la creciente necesidad de financiar con fondos generales las pensiones contributivas tornó inviable cualquier iniciativa no contributiva de extensión de la cobertura previsional a la población mayor más necesitada. El nuevo régimen de capitalización ha estado marcado por la alta concentración del mercado de administradoras de fondos de pensiones, comisiones elevadas y, sobre todo, una cartera de inversión con notable preponderancia de títulos públicos. Este último elemento refleja la forma primaria de financiamiento de la transición al régimen de capitalización y, al mismo tiempo, la gran exposición a presiones políticas.

Fuente: O. Cetrángolo y C. Grushka, “Sistema previsional argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 151 (LC/L.2219-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre del 2004; O. Cetrángolo y J.P. Jiménez, “Política fiscal en Argentina durante el régimen de convertibilidad”, *serie Gestión pública*, N° 35 (LC/L.1900-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.60.

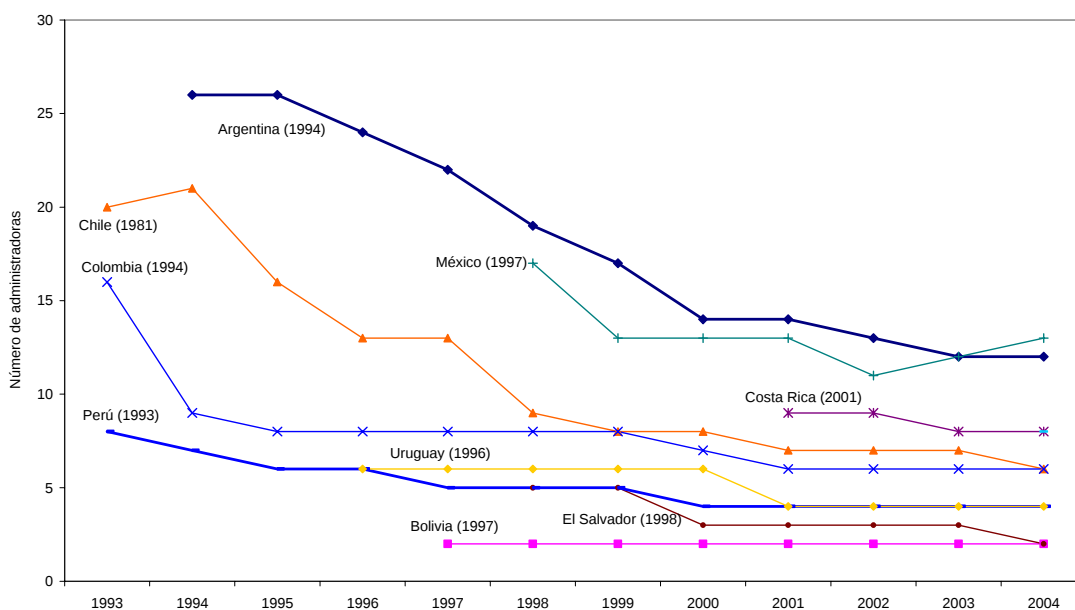
Eficiencia y costos

La incorporación del sector privado mediante empresas competitivas de administración de fondos debía, en principio, llevar a un manejo rentable y seguro de los fondos de ahorro y a una reducción paulatina de los costos administrativos. Sin embargo, en América Latina la competencia entre administradoras no se ha dado en las variables más relevantes (precio y rentabilidad ajustada por riesgo), se ha observado una creciente concentración de la actividad y las mejoras en términos de eficiencia no se han traspasado a los usuarios.

La ausencia de competencia real en precio y rentabilidad se origina en factores propios de la oferta y demanda de servicios de administración de fondos previsionales. En lo que respecta a la oferta, los estudios existentes apuntan a que la estructura de costos presenta importantes economías de escala, ligadas a la presencia de considerables costos fijos de funcionamiento (Mastrángelo, 1999). Por otra parte, se ha establecido que la demanda a nivel individual es notablemente inelástica a las comisiones cobradas o el desempeño relativo de las administradoras en términos de rentabilidad (Berstein y Ruiz, 2005). Este fenómeno ha sido atribuido al carácter obligatorio del servicio de administración de fondos para el retiro; la dificultad para comparar los servicios que entregan las distintas administradoras; un escaso conocimiento o comprensión del funcionamiento del sistema, y la limitada cultura financiera de la población. Se ha observado que, en la mayoría de los casos, la decisión de traspaso entre administradoras —que debiera constituir el principal elemento de disciplina del mercado— obedece fundamentalmente a la visita de vendedores o promotores y a la entrega de premios o regalos.

La combinación de economías de escala en la prestación del servicio con una demanda notablemente inelástica a las variables de precio o rentabilidad ha llevado a una paulatina concentración de la actividad en todos los países en los que se han introducido este tipo de reformas (véase el gráfico IV.6).

Gráfico IV.6
CONCENTRACIÓN DE LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES
(Número de administradoras existentes por año)



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

Por último, la evidencia más sugerente de que esta actividad carece de condiciones para una competencia eficiente radica en las utilidades percibidas por las administradoras. En un estudio reciente, realizado por Valdés y Marinovic (2005), se estimó que las empresas administradoras chilenas registraron, entre 1999 y el 2003, una rentabilidad media sobre activos antes de impuestos de un 53% anual, con un promedio de beneficios extraordinarios en torno al 0,10% del PIB. En este período, no se produjo en el país ninguna entrada de nuevos operadores al mercado.

Es posible que la búsqueda de mayores utilidades incentive la reducción de costos de producción y el aprovechamiento de las economías de escala, pero en presencia de cierto poder de mercado y de barreras a la entrada, las mejoras en materia de eficiencia no se trasladan necesariamente a los afiliados al sistema en la forma de menores comisiones o mejores pensiones.

Agenda de reformas

Los países de la región enfrentan el doble desafío de expandir la cobertura previsional a toda su población de adultos mayores y garantizar la sostenibilidad financiera, a corto y largo plazo, del sistema en su conjunto.

Dados la limitada capacidad de ahorro de segmentos importantes de la población y el proceso de informalización y precarización del empleo que se ha vivido en la región en las últimas dos décadas, las modificaciones en materia de cobertura deben orientarse sobre todo al desarrollo y la consolidación de los esquemas no contributivos de pensiones. Estos deben entenderse como instrumentos esenciales para garantizar el acceso generalizado a pensiones dignas por parte de la población sin capacidad contributiva, y no como herramientas de corte asistencial y financiamiento incierto. Asimismo, se deben fortalecer los modelos de solidaridad orientados a los aportantes de menores ingresos; potenciar la participación contributiva de los trabajadores con cierta capacidad de ahorro que actualmente no participan, y garantizar una integración adecuada entre los regímenes contributivos y los no contributivos.

Una serie de factores propios de la región influyen en el especial cuidado que debe asignarse a realizar las modificaciones necesarias para llevar a los sistemas de pensiones por la senda de la sostenibilidad financiera. En primer lugar, se ha notado que problemas de diseño o de manejo de los esquemas de reparto suelen redundar en serias dificultades en materia de financiamiento. En segundo lugar, se estima que el proceso de envejecimiento de la población latinoamericana y del Caribe será particularmente acelerado en las próximas décadas, lo que dará lugar a un período en que las demandas previsionales deberán financiarse mediante una menor base relativa de trabajadores en edad activa.

El desafío en materia de sostenibilidad financiera requiere, por una parte, fortalecer y unificar el componente contributivo de los sistemas de pensiones, por medio de la combinación de reformas que permitan alinear, a nivel sistémico o individual los aportes previsionales con las prestaciones pagadas y de modalidades transparentes de solidaridad dirigidas a los aportantes de menores ingresos. Asimismo, a medida que las personas se hagan acreedores titulares de su derecho a vivir una vejez digna y que parte importante de estas necesidades sea cubierta por la vía no contributiva, se crea una responsabilidad fiscal para hacer frente, a corto y largo plazo, a los pasivos contingentes que se generan a partir de estos derechos.

El énfasis de los programas de política de los países dependerá, entre otros factores, de la situación inicial de sus sistemas de pensiones, su capacidad de financiamiento público, el nivel de los pasivos previsionales contingentes y de las preferencias propias de la sociedad en materia de eficiencia y solidaridad. Lo que se pretende a continuación es plantear elementos que debieran considerarse en los debates nacionales sobre las reformas a los sistemas de pensiones de los países de la región.

Cobertura y solidaridad

Una expansión real de la cobertura previsional en la región pasa necesariamente, al menos a corto y mediano plazo, por establecer o consolidar esquemas no contributivos que brinden, independientemente del historial de aportes al régimen contributivo, pensiones básicas a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para su subsistencia. Estos programas deben entenderse como parte constitutiva de un sistema integrado de protección social.

Por otra parte, en la búsqueda de una cobertura generalizada y equitativa, es necesario crear mecanismos de solidaridad orientados a los aportantes de menores ingresos; propiciar la participación contributiva de los trabajadores con cierta capacidad de ahorro, y velar por una adecuada interacción entre los modelos contributivos y no contributivos de pensiones.

Fortalecimiento del componente no contributivo

En el contexto de desigualdad y escasez de recursos para la inversión social de los países de la región, la forma más accesible de garantizar una vejez digna a toda la población consiste en otorgar pensiones focalizadas a todos los adultos mayores en condiciones de pobreza. Aunque los esquemas de pensiones universales poseen el atributo de la simplicidad de la comprobación de medios, su uso se ve dificultado por el alto costo (financiero y político) que implica entregar prestaciones, con cargo a los escasos recursos públicos, a aquellos segmentos de la población que cuentan con los medios suficientes para vivir una vejez holgada. Esto explica, en parte, el escaso grado de difusión de este tipo de programas a nivel internacional.³¹

³¹ Aparte de Nueva Zelandia se pueden mencionar cinco países con modelos nacionales de pensiones universales: Mauritius (1958), Namibia (1990), Botswana (1996), Bolivia (1996) y Nepal (1995) (Willmore, 2005). En la región cabría agregar además la reforma anunciada por el gobierno entrante de Antigua y Barbuda y la iniciativa del gobierno actual de la Ciudad de México.

En el recuadro IV.8 se ilustra el ejercicio hipotético de entregar pensiones a todas las personas mayores de 65 años de la región que se encuentran en situación de pobreza. Una prestación de este tipo (equivalente a la línea de pobreza de cada país) permitiría, en promedio, reducir a la mitad la incidencia de pobreza en la vejez, a un costo equivalente al 0,93% del producto de cada país.³² Una pensión universal tendría el mismo efecto en materia de pobreza, pero a un costo medio equivalente al 2,2% del producto de cada país.

La focalización de las pensiones, aunque permite liberar parte importante de los escasos recursos públicos, no está exenta de problemas operativos y administrativos. El mecanismo de focalización depende del grado de desarrollo de los sistemas de identificación de los posibles beneficiarios y de la factibilidad de observar fuentes alternativas de ingresos como pensiones, trabajo formal, rentas de activos financieros o bienes raíces, entre otros.

Sea cual sea el método escogido, toda forma de focalización mediante comprobación de medios puede crear desincentivos a las formas de ahorro y de trabajo formal. Como se ve más adelante en esta sección, estos efectos pueden mitigarse al permitir la compatibilidad entre las pensiones contributivas y no contributivas, estableciendo una reducción gradual de los beneficios a partir de cierto punto de corte. Por otra parte, los criterios de focalización deben corresponderse con medidas directas o indirectas del nivel de necesidades insatisfechas, pero no deben estar directamente relacionados con la historia contributiva de las personas, puesto que esto podría crear notables incentivos a autoexcluirse de la protección social contributiva.

Al margen de las especificidades nacionales, la simulación presentada en el recuadro IV.8 muestra el alto grado de costo-efectividad que puede tener el gasto público concentrado en los adultos mayores en condición de pobreza. Su financiamiento representa, en muchos casos, una proporción accesible del producto nacional, toda vez que las reformas que apunten a hacer financieramente viables los regímenes contributivos de pensiones permitan concentrar el esfuerzo previsional fiscal en prevenir la pobreza en la tercera edad.

Solidaridad contributiva

En general, se aprecia una correlación entre el monto de las cotizaciones y la densidad contributiva. Esto es, los trabajadores que perciben bajos salarios suelen presentar una menor frecuencia de aportes, lo que se traduce en pensiones aún más bajas. Más aún, este tipo de trabajadores suelen ser más vulnerables a las turbulencias económicas. Por ende, se requieren mecanismos de solidaridad que ayuden a mejorar la calidad de las pensiones de los trabajadores de menores salarios relativos. Esto es particularmente relevante en la medida en que las reformas que impulsan la sostenibilidad financiera de los modelos contributivos a través de cambios que estrechen la relación entre aportes y beneficios tienden a socavar la solidaridad inherente a los esquemas de reparto tradicionales.

³² A pesar de entregar prestaciones hipotéticas equivalentes a la línea de pobreza no se elimina su incidencia en los adultos mayores, en la medida en que muchos de ellos se encuentran en hogares multigeneracionales, de modo que aunque la prestación cubra las necesidades básicas de la persona, no necesariamente permite al hogar salir de la pobreza (Rodríguez Vignoli, 2005b).

Recuadro IV.8

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COSTO Y EFECTO EN LA POBREZA DE OTORGAR PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS

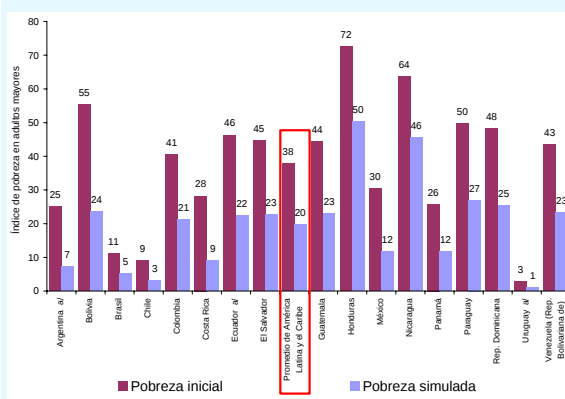
Los esquemas no contributivos de pensiones pueden tener efectos significativos en la reducción de la pobreza en la tercera edad, y a costos fiscales razonables para la mayoría de los países.

En los gráficos siguientes se ilustra el resultado de un ejercicio de simulación, basado en encuestas de hogares, del efecto que tendría, en 17 países de la región, el otorgamiento de pensiones no contributivas a la población mayor de 65 años. El ejercicio incluye dos posibilidades: en primer lugar, el otorgamiento de una prestación universal equivalente a la línea de pobreza de cada país (o región de cada país) y en segundo lugar, el otorgamiento de una prestación focalizada en los adultos mayores en condición de pobreza.

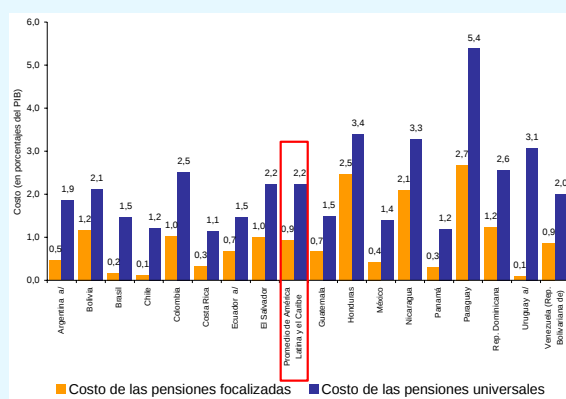
En el primer gráfico se muestra la incidencia de la pobreza en el caso de los mayores de 65 años, antes y después de la transferencia (el efecto en el índice de pobreza es, por construcción, el mismo en los dos tipos de programa). En el segundo gráfico se muestra la comparación de costos entre ambas opciones (pensión focalizada o universal).^a

AMÉRICA LATINA: COSTO Y EFECTO EN LA POBREZA DE OTORGAR PENSIONES FOCALIZADAS Y UNIVERSALES

Efecto en la pobreza
(Índice de pobreza en adultos mayores)



Costo de las pensiones focalizadas y universales
(En porcentajes del PIB)



^a Encuestas urbanas.

En promedio, con ambos programas se reduce 18 puntos porcentuales la pobreza de los adultos mayores, aunque con variaciones importantes entre los países. El costo medio de la pensión focalizada es de un 0,93% del PIB, mientras que la universal exige un promedio de recursos cercanos al 2,2% del producto de cada país.

La eficacia media en función de los costos de la pensión focalizada corresponde a 0,05%, es decir, que se requiere gastar 0,05% del PIB para disminuir la pobreza en la tercera edad un punto porcentual. La reducción de la pobreza es, sin embargo, notablemente más costosa en algunas de las naciones de menor ingreso relativo (en torno al 0,11% del producto por cada punto de pobreza en Honduras, Nicaragua y Paraguay). Esto denota la alta precariedad de la situación de los adultos mayores en estos países, que requiere transferencias sustancialmente mayores para sacarlos de su situación de marginalidad.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de hogares aplicadas el año 2002, excepto en los casos de Paraguay (2000), Brasil, Nicaragua y El Salvador (2001) y Chile (2003).

^a Se trata del costo directo de las prestaciones entregadas. No se incluye en el ejercicio la posibilidad de recuperación ex post de las pensiones universales mediante impuestos, el ahorro en términos de sistemas administrativos de focalización o el potencial efecto desincentivador de estos últimos.

En los modelos contributivos basados en la capitalización individual es posible aplicar mecanismos de solidaridad de diversas formas. Los modelos de pensión mínima garantizada (presentes en la mayoría de las reformas sustitutivas) permiten garantizar de manera eficaz un límite inferior a las pensiones autofinanciadas, pero en general se restringen a aquellos individuos que cuentan con un número significativo de aportes (típicamente, 20 años).³³ Algo similar ocurre con la prestación básica universal en Argentina, que establece una prestación complementaria a las pensiones contributivas, pero restringida a los trabajadores con al menos 30 años de aportes. Más atractivas resultan, desde el punto de vista de su progresividad, las opciones tomadas en Colombia (el Fondo de Solidaridad Pensional) y México (Cuota Social), en virtud de los cuales se brindan subsidios a las cotizaciones de los aportantes de menores ingresos (en el caso de Colombia) o de todos los aportantes (en el de México). Desde una perspectiva de género, se podría establecer el uso de tablas de mortalidad iguales para ambos sexos en el cálculo de las rentas vitalicias.

Los modelos basados en el reparto se prestan con mayor facilidad a la incorporación de mecanismos solidarios progresivos y de género. La reforma costarricense del 2005 constituye el ejemplo más reciente de incorporación de criterios explícitos de redistribución hacia los aportantes de menores ingresos y las mujeres (véase el recuadro IV.9). En materia de modelos de solidaridad de género, el Plan de Pensiones de Canadá permite excluir del cálculo del ingreso de referencia los años dedicados a la crianza de niños menores a siete años de edad (Velloso y Vézina, 2005).

Recuadro IV.9 **LA REFORMA COSTARRICENSE AL RÉGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE (2005)**

Tras un largo proceso de debate abierto entre los diversos agentes de la sociedad costarricense, en el 2005 se promulgó la primera reforma que registra el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte administrado por la Caja Costarricense del Seguro Social desde que se constituyó en los años cuarenta.

La edad de retiro 65 años no se cambió, pero se aumentaron los requisitos de cotización de 20 años a 25 años. Asimismo se introdujo un aumento gradual de las cuotas, que pasarán del 7,5% al 10,5% en un lapso de 30 años (aumento del 0,5% quinquenal a partir del 2010). El salario de referencia para el cálculo de las pensiones pasó de los mejores 48 salarios nominales de los últimos 60 meses (cinco años) al promedio salarial de cotización en términos reales, de los últimos 240 salarios cotizados (20 años). De esta forma se intentó disminuir los incentivos a la subdeclaración y corregir ciertas inequidades. De hecho, los individuos de menores ingresos tienden a percibir menores salarios cerca del fin de su vida laboral, lo cual hacía que su pensión se calculara sobre una base de cotización inferior a su promedio vital, mientras que los individuos de mayores ingresos tienen mayores posibilidades de manipular los salarios que informan al final de su carrera laboral y, de esa manera, obtener pensiones mayores que las que les corresponderían. Asimismo, se creó una nueva fórmula para el cálculo de las pensiones diferenciada según el nivel de ingreso, que redujo la tasa de reemplazo en el caso de las personas de mayores ingresos pero la mantuvo inalterada en el de las de menores ingresos.

Se estableció además un beneficio reducido de vejez para aquellas personas que llegan a la edad de retiro con más de 15 pero menos de 25 años cotizados. Este beneficio consiste en un porcentaje proporcional de la pensión mínima, que aumenta con los años de cotización. También se introdujo una nueva posibilidad de retiro anticipado, que permite jubilarse a personas menores de 65 años que hayan cumplido con el requisito de 25 años de aportes, a cambio de una reducción del monto de la pensión, siempre y cuando esta sea superior a la pensión mínima.

Un aspecto significativo a recalcar es el tratamiento positivo que se da a las mujeres que deseen jubilarse en forma anticipada. En efecto, la reducción porcentual por este concepto es menor que la prevista para los hombres y está calculada de forma tal que el adelanto resulte actuarialmente neutro para el sistema. Esta posibilidad de retiro anticipado se agrega a la existente, que consistía en la posibilidad de jubilación a los 60 años (mujeres) o 62 años (hombres), siempre que se contase con un número de años aportados mayor al mínimo requerido.

Fuente: A. Rodríguez, “La reforma costarricense al Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte”, San José, 2005, inédito.

³³ Entre las reformas que se debaten actualmente en Chile existe una propuesta de graduar la pensión mínima garantizada por el Estado, de forma tal que un individuo que haya realizado menos aportes que el mínimo exigido (20 años) tenga acceso a una pensión mínima, aunque de monto inferior al mínimo actual. En Fajnzylber (2005a) se analiza y simula, para el caso chileno, el costo de esta alternativa, en comparación con una pensión universal y una pensión focalizada.

Incentivos a la participación en los regímenes contributivos

Si bien los esfuerzos por incentivar la cotización no han resuelto el problema de cobertura previsional a nivel agregado, una estructura adecuada de incentivos puede tener efectos positivos en el aporte contributivo de ciertos segmentos de la población y reducir los problemas de subdeclaración.

Aunque los nuevos sistemas de contribuciones definidas que han adoptado algunos países de la región debieran, en teoría, mejorar los incentivos a participar en los esquemas previsionales formales, se ha comprobado que una mayor correlación entre aportes y beneficios es insuficiente para lograr este objetivo. Esto obedece a dos factores. En primer lugar, se debe al hecho de que los trabajadores de menores ingresos suelen insertarse en actividades informales, lo que dificulta la cotización, por el efecto que esta tendría respecto de otras exigencias impositivas ligadas a la actividad.³⁴ En segundo lugar, responde a que la equivalencia entre aportes y beneficios es fundamentalmente un incentivo a largo plazo que, dado el nivel de ingreso per cápita de la región, es difícil conciliar con las necesidades de consumo a corto plazo de parte importante de la población con capacidad de cotizar.³⁵ Para enfrentar este problema se han planteado diversas iniciativas en la región en materia de incentivos a la cotización que vinculen el aporte contributivo a beneficios concretos a corto plazo, tales como un acceso más rápido a vivienda, servicios preferenciales de salud, y préstamos (véase el cuadro IV.5).

Si bien en el tema de incentivos no existen aún abundantes evaluaciones y resultados empíricos acerca de la eficacia en función de los costos de las distintas propuestas, es importante resaltar que el gasto público en el otorgamiento de subsidios a la participación contributiva debe ser limitado y solo puede justificarse en la medida que permita acercar al mundo contributivo a los sectores con escasa capacidad de ahorro y disminuya su propensión a requerir más adelante pensiones no contributivas para el financiamiento de su vejez.

Integración de componentes contributivos y no contributivos

En la medida en que se integran componentes contributivos y no contributivos resulta esencial evitar que las reglas de compatibilidad entre pensiones de ambos tipos y los mecanismos de focalización de las pensiones no contributivas creen incentivos perversos a excluirse de la cobertura contributiva formal. Para ello, es necesario que el diseño del sistema de pensiones incluya los siguientes elementos: i) las pensiones no contributivas deben ser compatibles con pensiones contributivas, esto es, una persona debe poder recibir simultáneamente beneficios de ambos regímenes,³⁶ y ii) la focalización debe ser gradual, se debe establecer un monto básico de prestaciones pero este debe ser reducido a partir de cierto umbral de corte, en función del grado de necesidades insatisfechas de los postulantes. La alternativa de fijar un umbral absoluto de pobreza que separe a los beneficiarios de los no beneficiarios puede crear notables desincentivos al ahorro o el trabajo formal, así como facilitar la corrupción o arbitrariedad por parte de las personas encargadas de la medición de las necesidades. Como se observa en el gráfico IV.7, la prestación no contributiva debe comenzar a disminuir gradualmente a partir de cierto umbral de ingreso (A), hasta desaparecer a partir de un nivel de ingreso (B), a partir del cual se considera que no debe haber subsidios no contributivos.

³⁴ De ahí la trascendencia de modelos que faciliten la formalización de las pequeñas unidades productivas (véase el capítulo II y CEPAL, 2004b).

³⁵ Desde el punto de vista económico se puede decir que las necesidades actuales de los sectores de menores ingresos implican una tasa de descuento muy elevada, que reduce considerablemente la valoración de los ingresos futuros provenientes de pensiones.

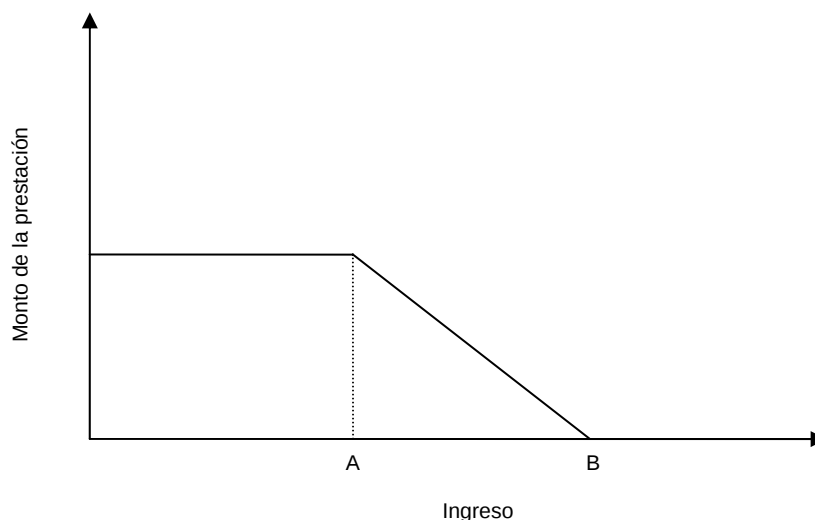
³⁶ Las pensiones contributivas pueden afectar de manera indirecta la elegibilidad o el monto de la pensión focalizada pero solo como una de las fuentes potenciales de ingresos en la vejez. Lo importante es que el derecho a una pensión contributiva no excluya automáticamente el acceso a una pensión focalizada.

Cuadro IV.5
PROPUESTAS PARA INCENTIVAR LA COTIZACIÓN

Propuesta	Descripción	Comentarios
Beneficios tributarios	Crear o extender los beneficios tributarios a los trabajadores independientes	Los beneficios tributarios son solo relevantes para los trabajadores de mayores ingresos
Premios por participación	Entregar premios en dinero o especies a la constancia en la cotización de trabajadores de bajos ingresos. Pueden administrarse a través del sistema tributario	Permite una mejor focalización que los incentivos tributarios. Su aplicación depende de la cobertura de los sistemas impositivos. Tiene un alto costo potencial
Pensiones mínimas graduadas	Extender la lógica de las pensiones mínimas, garantizando un límite inferior que vaya en aumento con el número de años aportados	Permite garantizar cierta calidad a las pensiones y protege de malas rentabilidades, aportes tardíos o de bajo monto, así como de las diferencias actuariales de género
Aportes estatales	Prever que el Estado realice un aporte a las cuentas individuales, en la medida que el trabajador también aporte	Poco eficaz si les asignan poco valor a los beneficios en un futuro distante. Estímulo regresivo a favor de los trabajadores más estables
Permitir préstamos	Dejar que el trabajador pueda pedir prestado un monto acotado, con cargo a beneficios futuros en caso de no pago (por ejemplo, la postergación del retiro)	Inicialmente atractivo para trabajadores de bajos ingresos, quienes valoran notablemente la liquidez de sus fuentes de ahorro. Sin embargo es incierto el efecto en materia de incentivos después del primer préstamo impago
Cuentas de vivienda	Desviar parte de los aportes a cuentas especiales de uso opcional para financiar viviendas. En caso de que no se utilicen se transforman en activos previsionales	Muy atractivo, aunque es importante evitar la licuación de los fondos previsionales mediante restricciones que resten liquidez a las viviendas adquiridas de esta forma
Puntos para vivienda subsidiada	En países con programas de subsidio habitacional basados en puntajes, establecer que el aporte frecuente se refleje en mayores puntajes para el subsidio	Atractivo para los trabajadores de menores ingresos. Evita filtraciones, en la medida en que solo los más necesitados acceden a este tipo de subsidios
Seguro de invalidez	Extender o facilitar la cobertura de los seguros de invalidez a los trabajadores independientes que coticen con cierta frecuencia anual	El efecto incentivador depende del valor asignado a este servicio por los trabajadores y se presta para comportamiento oportunista o riesgo moral
Reducir costos de transacción	Facilitar los aportes en períodos trimestrales o anuales por parte de los trabajadores independientes. Permitir aportes a través del sistema tributario	De mayor efecto en trabajadores de estratos medios y altos, cuyos ingresos registran una alta variabilidad
Acceso preferencial a servicios de salud	Vincular el aporte a la seguridad social contributiva (en materia de salud y pensiones) con acceso a servicios preferenciales de salud	Al igual que la vivienda, la salud es un servicio de alto atractivo, que puede atraer a los trabajadores informales a los esquemas contributivos

Fuente: R. Paredes y A. Iglesias, “Análisis de propuestas para aumentar la cobertura de trabajadores independientes en el sistema de AFP”, documento presentado al seminario “Competencia y cobertura”, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 11 y 12 de noviembre del 2004; E. Fajnzylber, “Pensiones para todos: análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema chileno de previsión social”, documentos de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/División de Estudios de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 2005, inédito; H. Beyer y S. Valdés-Prieto, “Propuestas para aumentar la densidad de cotizaciones”, documento presentado al seminario “Competencia y cobertura”, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 11 y 12 de noviembre del 2004.

Gráfico IV.7
FOCALIZACIÓN GRADUAL DE LAS PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS



La reforma sueca de inicios de los años noventa es un buen ejemplo de integración de los diferentes componentes. En esta se incluyeron dos componentes contributivos (un modelo de cuentas notacionales y otro de capitalización individual), complementados por un límite inferior financiado con fondos de rentas generales y un esquema gradual de reducción de los beneficios no contributivos (véase el recuadro IV.10).

Viabilidad financiera

Actualmente, la mayoría de los países de la región registran dificultades para cubrir los requerimientos financieros previsionales de su población. A esto se suman las exigencias futuras derivadas del proceso de envejecimiento. Es por ello que la sostenibilidad financiera integral de los sistemas de pensiones es un elemento fundamental de cualquier proceso de reforma. Dado que los sistemas de pensiones en la región deben incorporar componentes contributivos y no contributivos, la viabilidad financiera del proceso depende tanto de la trayectoria fiscal como de la evolución actuarial de los sistemas contributivos.

En el ámbito contributivo, como se argumentó, la introducción de esquemas de capitalización individual, aunque tiende a mejorar la situación actuarial a largo plazo de los sistemas previsionales, trae aparejados costos de transición que pueden afectar seriamente la viabilidad financiera de las reformas. Para reducir estos costos, los procesos de reforma deben evolucionar gradualmente hacia sistemas contributivos que combinen un componente unificado y reformado de reparto con uno de capitalización individual.

Esto no solo permite acotar los costos de la transición sino que también facilita la diversificación de los riesgos económicos, en tanto la viabilidad financiera del sistema de reparto depende en mayor medida de las variaciones del sector real de la economía mientras que el sistema de capitalización responde más a variaciones del ámbito financiero.³⁷ Esta combinación también facilita una mejor diversificación de los riesgos demográficos ante cambios en la relaciones de dependencia.

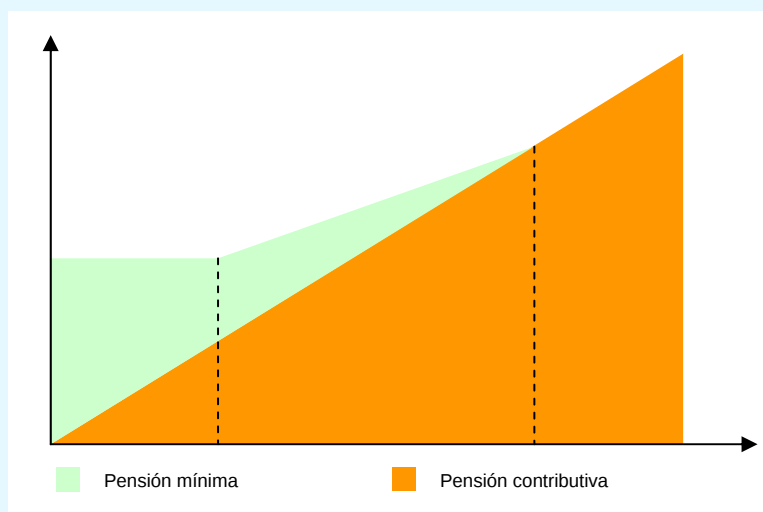
³⁷ Por supuesto que la magnitud de algunas de las crisis económicas que ha vivido la región afectan simultáneamente a ambos componentes.

Recuadro IV.10 EL MODELO PREVISIONAL SUECO

Desde los años cincuenta, Suecia contaba con un sistema de pensiones compuesto de una pequeña pensión universal sumada a un esquema de reparto y beneficio definido. Este sistema era considerado injusto para los trabajadores con historias de contribuciones relativamente largas (o planas), y se proyectaba que el paulatino envejecimiento de la población llevaría a elevar las tasas de contribución a niveles inaceptables para los trabajadores futuros. Durante los años ochenta, los que se incorporaban al sistema tendían a percibir que este sería incapaz de cumplir sus promesas futuras.

A principios de los años noventa, una importante recesión económica, acompañada por una baja de la base contributiva del sistema, creó el consenso político necesario para iniciar un proceso de reformas que culminó en 1994. Mediante las reformas se reemplazó el modelo anterior por una combinación de dos sistemas complementarios de contribución definida: uno de reparto pero con cuentas individuales notacionales y otro de cuentas individuales de capitalización. El límite inferior del sistema está dado por un beneficio mínimo garantizado, financiado por fondos generales suplementarios. Para lograr una interacción adecuada entre ambos esquemas (contributivo y de pensión mínima), se estableció un mecanismo de disminución gradual de los beneficios no contributivos (véase el gráfico siguiente).

INTERACCIÓN ENTRE PENSIÓN CONTRIBUTIVA Y PENSIÓN MÍNIMA



A diferencia de las reformas estructurales que se han dado en la región, el componente de capitalización individual es administrado por una entidad pública, que delega en el sector privado solo la inversión de los fondos aportados. Los individuos informan a esta entidad de su elección de administrador y esta acumula las demandas individuales y ordena las transferencias de fondos en forma anónima. De esta forma, la empresa administradora desconoce la identidad de los afiliados cuyos ahorros administra.

Los principios rectores de la reforma fueron los siguientes: i) un tratamiento “justo” para personas con diferentes historias de contribuciones. Dos personas que han contribuido la misma cantidad y se retiran al mismo tiempo y edad deben recibir beneficios similares. Esto determina que las pensiones se relacionen exclusivamente con el monto contribuido y no con el número de años de aportes, un cierto número de mejores años o los años de antigüedad, características habituales en los sistemas de reparto europeos; ii) un mecanismo transparente de redistribución. Este está dado en el nuevo sistema por el mínimo garantizado, que se financia con recursos generales, específicamente presupuestados para este fin; iii) la estabilidad financiera del sistema con relación a cambios demográficos y económicos. En el antiguo sistema se daba por sentado que los futuros trabajadores pagarían el costo de las pensiones de los jubilados, sea cual fuera su monto. Con el nuevo sistema, la tasa agregada de contribuciones a largo plazo debería ser la misma que la que pagan los trabajadores hoy en día, y iv) la creación de un esquema de ahorro financiero administrado por instituciones privadas. Estos ahorros desempeñarán el papel de los fondos de reserva del actual sistema de reparto, los cuales tenderán a desaparecer con las jubilaciones de las grandes cohortes de los años cuarenta.

Fuente: Edward Palmer, “Sweden’s new FDC pension system”, documento presentado en el seminario “Competencia y cobertura”, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 11 y 12 de noviembre del 2004, y “The Swedish pension reform model: framework and issues”, *World Bank Social Protection Discussion Paper*, N° 0012, Washington, D.C., Banco Mundial, 2002.

Una presión adicional sobre los requerimientos financieros de los sistemas de pensiones es la existencia de regímenes especiales que requieren importantes recursos y benefician a fracciones pequeñas de la población. Es por ello que la unificación de los sistemas, más allá de sus efectos en materia de equidad, es positiva desde una perspectiva financiera a largo plazo.

Expandir la cobertura de los beneficios cubiertos por modelos no contributivos de pensiones conlleva apreciables cargas financieras para el sector público. En la medida en que los beneficios ofrecidos por estos modelos se transforman en derechos exigibles, pasan a constituir pasivos contingentes para el Estado, que deben financiarse en forma independiente de los vaivenes del ciclo económico.

Un tema significativo es el del cálculo de los pasivos contingentes y su evolución en el tiempo. Estos se ven afectados por tres factores: en primer lugar, el monto y volumen de los beneficios garantizados; en segundo lugar, la existencia de cambios significativos a lo largo del ciclo económico de la población con y sin capacidad de cotización, y en tercer lugar, la forma en que se financia la solidaridad. En la medida en que las cotizaciones de trabajadores y empleadores no contribuyan a su financiamiento, el costo para el fisco tenderá a aumentar.

A modo de síntesis

Las reformas de los sistemas de pensiones deben tender a ampliar la cobertura del componente no contributivo y a mejorar la solidaridad del componente contributivo mediante un modelo que integre ambos esquemas, mantenga incentivos a la contribución y garantice la viabilidad financiera a corto y largo plazo. La combinación de un componente de reparto (con reglas claras de modificación de los parámetros), un esquema de capitalización (competitivo y de bajo costo), un pilar no contributivo garantizado para los adultos mayores en situación de pobreza y reglas solidarias para los aportantes con pensiones inadecuadas (financiadas por rentas generales o mediante solidaridad contributiva) parece ser un mecanismo satisfactorio.

La integración de estos tres componentes, que permite introducir mecanismos de solidaridad contributivos y no contributivos, así como mantener la interrelación entre aportes y beneficios, es un elemento importante para incentivar las contribuciones. Independientemente de la forma institucional en que se integren estos componentes, se requiere avanzar hacia la unificación de los sistemas de pensiones ya que, como se ha señalado, la existencia de múltiples sistemas da lugar a inequidades e ineficiencias.

El punto de partida (las características actuales de los sistemas de pensiones) es un elemento imprescindible que debe tomarse en cuenta en la agenda de reformas. Los países que optaron por reformas sustitutivas y han superado parte importante del costo de transición a modelos de capitalización individual deberán enfocar sus esfuerzos en materia de reformas al fortalecimiento de la solidaridad y la reducción de los costos. Aquellos países que han aplicado modelos mixtos o paralelos deben consolidar los componentes de reparto e integrarlos de manera complementaria a los modelos de capitalización individual. Los países que mantienen sistemas exclusivamente de reparto deben considerar, junto con las reformas paramétricas necesarias, la introducción de un componente complementario de capitalización individual, preocupándose de graduar los costos de transición.

Las reformas paramétricas pueden darse en el contexto de sistemas nocionales u orientarse a parámetros específicos. Es también importante minimizar los costos de transición que pueden originarse en la incorporación de un componente de capitalización individual. En el marco de ciertas iniciativas, estos costos se han enfrentado mediante el aumento de la tasa de aportes, cuyo excedente se vuelca al componente de capitalización individual.

Independientemente de cómo se organicen los componentes contributivos, un desafío común a todos los países es el fortalecimiento del subsistema no contributivo y de los mecanismos de solidaridad.

Glosario

Beneficio definido y contribución definida: Un sistema contributivo de pensiones se denomina de beneficio definido cuando sus prestaciones se calculan a partir de una tasa de reemplazo fija para todo individuo que cumpla con ciertos requisitos. Cuando un sistema es de contribución definida, el parámetro que se mantiene constante es la tasa de contribución, pero no existen compromisos explícitos acerca de la tasa de reemplazo de las pensiones entregadas.

Densidad de cotizaciones: Frecuencia media de aportes a un sistema contributivo de pensiones (por ejemplo, número de meses entre los 15 y los 64 años en que una persona hizo aportes, como porcentaje del total de meses en ese período).

Pensiones no contributivas: Prestaciones monetarias que no requieren haber realizado aportes a un sistema de pensiones.

Reformas estructurales de pensiones: Modificación de los sistemas contributivos de pensiones, por medio de las cuales se reemplaza (total o parcialmente) el sistema de reparto por uno de capitalización en cuentas individuales.

Reformas paramétricas de pensiones: Modificaciones a ciertos parámetros de los sistemas de reparto, tales como la tasa de reemplazo, la edad de jubilación, la tasa de contribución, los requisitos para acceder a prestaciones o sus reglas de indización.

Sistema de capitalización individual: Sistema contributivo de pensiones basado en cuentas individuales de ahorro. Los fondos aportados por un trabajador se invierten en instrumentos financieros. La pensión otorgada depende actuarialmente del saldo en la cuenta individual y de la esperanza de vida a la fecha de la jubilación.

Sistema de cuentas nocionales: Sistema de reparto en el que se llevan cuentas individuales para cada trabajador y los beneficios se pagan en función de la suma de los aportes actualizados y de la esperanza de vida a la fecha de la jubilación (véase el recuadro IV.5).

Sistema de reparto: Sistema contributivo de pensiones en el que los fondos aportados por los trabajadores activos se utilizan para financiar las pensiones de los jubilados de dicho sistema. Si las pensiones pagadas son inferiores a los aportes recibidos, el sistema es de capitalización parcial. En caso contrario —pensiones superiores o iguales a los aportes— se trata de un sistema de reparto puro.

Tasa de contribución (o tasa de aporte): Porcentaje del ingreso laboral de un individuo que se aporta a un sistema contributivo de pensiones.

Tasa de reemplazo: La relación entre la pensión otorgada a un individuo y el ingreso recibido durante su vida laboral.



Capítulo V

Programas sociales

Introducción

La plena titularidad de los derechos económicos y sociales requiere de programas públicos que promuevan la integración e inclusión sociales. En este contexto, en el presente capítulo se examinan las iniciativas más recientes en materia de programas sociales en la región, que apuntan a reducir la pobreza en sus múltiples dimensiones, tanto mitigando sus efectos más inmediatos como mediante el desarrollo de capacidades.

El encadenamiento entre efectos de corto plazo en materia de incremento de los ingresos familiares y efectos de largo plazo en materia de desarrollo del capital humano de niños y jóvenes con mayores rezagos relativos constituye la clave para avanzar, desde las políticas y los programas sociales, en la superación de la pobreza. En este sentido, los programas sociales deben permitir la conciliación de políticas de apoyo a la formación de capital humano y social (desarrollo de capacidades), políticas de ampliación del acceso a empleo de calidad (expansión de oportunidades) y políticas asistenciales a corto plazo destinadas a proteger a la población vulnerable de situaciones adversas de carácter transitorio o estructural, situaciones que son cada vez más relevantes dado el contexto económico de la región.

En América Latina y el Caribe los programas sociales tienen una larga historia en la que aparecen como intervenciones en distintos ámbitos destinadas a potenciar el capital humano, cuyo propósito final es ofrecer oportunidades productivas y actuar sobre el entorno familiar y comunitario recurriendo para ello a diversos mecanismos. En los últimos años, se han sumado a estas una nueva generación de iniciativas, denominadas “programas de transferencias condicionadas”, cuyo objetivo es producir sinergias entre las distintas dimensiones del capital humano a lo largo del tiempo y las transferencias monetarias.

Muchos de los programas de lucha contra la pobreza en la región han surgido como respuesta a los vaivenes del ciclo económico y a las crisis, pero debido a los prolongados efectos negativos de estas últimas, entre otros el aumento del desempleo estructural y la persistencia de la pobreza, estos programas se han ido convirtiendo cada vez más en componentes permanentes de la política social.

En el presente capítulo se presenta un análisis de los programas sociales en los países de América Latina y el Caribe, en el que se da especial importancia a los que han tenido más cobertura y difusión en el pasado reciente: los programas de emergencia vinculados al empleo y los programas de transferencias condicionadas. Además de una descripción de las características generales de estos programas, se presentan las principales conclusiones de las evaluaciones a las que han sido sometidos.

Sin desconocer los logros alcanzados con estos programas, se plantea una serie de tareas aún pendientes. En el caso de los programas de emergencia vinculados al empleo, se destaca la necesidad de que fortalezcan la formación de los trabajadores, para evitar la pérdida de capital humano que se produce durante los períodos de recesión económica. En relación con los programas de transferencias condicionadas se analiza cómo conciliar la titularidad de derechos con las obligaciones que surgen de la condicionalidad, cómo reforzar el empoderamiento de los beneficiarios (particularmente de las mujeres) y la importancia de incorporar consideraciones sobre el capital social. Por último, se postula que es importante compatibilizar la demanda de servicios creados en estos programas con una oferta efectiva y de calidad.

De la multidimensionalidad de la pobreza a la diversidad de los programas

Complejidad de la pobreza

En los últimos años, nuevos análisis han puesto de relieve el vínculo entre la pobreza, entendida como la limitación de recursos para satisfacer un conjunto de necesidades básicas, y otras carencias que la explican o la acompañan, como la falta de capacidades y patrimonio, la insuficiente participación en la sociedad, la falta de poder, la falta de acceso a capital social y capital simbólico y otros elementos sociales, culturales y políticos. Vivir en la pobreza no consiste únicamente en no contar con los ingresos necesarios para tener acceso al consumo de bienes y servicios imprescindibles para cubrir las necesidades básicas; ser pobre es también padecer la exclusión social, que impide una participación plena en la sociedad y merma la exigibilidad de los derechos. Por lo tanto, la pobreza adquiere un carácter multidimensional en términos de sus causas, consecuencias y manifestaciones (CEPAL, 2003a).

La pobreza impide participar debidamente de los beneficios del desarrollo, vale decir, gozar de un estándar y una calidad de vida que debieran garantizarse de acuerdo al nivel de progreso y bienestar medios de una sociedad. Es, en este sentido, carencia de ciudadanía, por cuanto priva a los sujetos pobres de beneficios y mecanismos de pertenencia a los que debieran tener acceso por ser parte de la sociedad. En otras palabras, la pobreza impide el ejercicio del derecho individual a una vida digna, que supone estar en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Si tanto la pobreza como las carencias en lo que respecta a la titularidad de derechos se relacionan con el acceso limitado a los recursos productivos y con la escasa participación en las instituciones sociales y políticas, las demandas en el campo de la ciudadanía son también demandas de recursos que permitan superar la pobreza. Como reconocimiento de derechos exigibles, la asignación de los recursos pertinentes, tanto materiales como simbólicos, son responsabilidad del Estado y de toda la sociedad y un área clave de las políticas públicas. En este contexto, los programas y las políticas sociales deben entenderse como mecanismos de integración e inclusión sociales que faciliten el ejercicio de una ciudadanía plena.¹

La persistencia de segmentos significativos de la población en condiciones de pobreza o indigencia ha llevado a reconocer en la región las dificultades para encontrar soluciones rápidas y la necesidad de comprender la complejidad de la pobreza en sus distintas expresiones (véase el recuadro V.1). No es fácil salir de la pobreza y no es algo que se dé de una vez y para siempre. Esto se debe tanto a la volatilidad económica como a las deficiencias en capital humano y a los factores que restringen la creación de empleos estables y de calidad. Debido a estas condiciones, aunque ciertas acciones públicas tienen efectos a corto plazo no siempre brindan a las familias una verdadera solución para salir de la pobreza por sus propios medios a largo plazo.

Por estos motivos, los programas deben consistir en una combinación de medidas de alivio de la pobreza a corto plazo con medidas tendientes a eliminar sus causas más estructurales. Estas se manifiestan en la dimensión intertemporal de la pobreza, pues, junto con bajos niveles de ingreso, las familias pobres acumulan insuficiente capital humano en materia de nutrición, salud y educación, entre otras cosas, lo que afecta las posibilidades futuras de los más jóvenes y atenta contra la igualdad de oportunidades. Otros factores que contribuyen sistemáticamente a la reproducción intergeneracional de la pobreza son de carácter adscriptivo: concretamente, se ha observado que ser mujer, pertenecer a una minoría étnica y vivir en zonas rurales son claras desventajas sociales y restringen las probabilidades de contar con un nivel adecuado de ingresos y oportunidades. Por otra parte, la exposición a situaciones adversas transitorias y recurrentes, como las crisis macroeconómicas cíclicas y los desastres naturales, suele afectar más a los más pobres, que disponen de menos activos y recursos para defenderse ante perturbaciones de origen negativo y recomponer su situación económica en las etapas de recuperación (Cruces, 2005).

Se podría decir, entonces, que la pobreza es un fenómeno multidimensional y que influye en muy diversos aspectos de la vida, que es casi imposible recoger en una sola definición. No obstante, es importante distinguir los elementos propios de la noción de pobreza de otros fenómenos relacionados con ella, que pueden ser causas, consecuencias o fenómenos simultáneos. Un primer punto de referencia es la incapacidad de satisfacer las necesidades básicas de supervivencia, que sin duda constituye el “núcleo irreducible” del concepto de pobreza (Sen, 1984). El no tener acceso a una alimentación mínima o a un lugar para guarecerse de la intemperie son necesidades cuya insatisfacción revela pobreza en cualquier sociedad contemporánea.

Recientemente se ha tratado de incluir también dimensiones no materiales y simbólicas en el concepto de pobreza. Por ejemplo, se suele prestar especial atención al capital social de que disponen los miembros de una comunidad, por su participación en redes sociales de intercambio que les proporcionan conocimientos, información, capacidad de gestión e incluso poder político. Se argumenta que quienes carecen de capital humano, físico y monetario tienden a perpetuar las condiciones de pobreza material, mientras que el acceso a bienes simbólicos y el fortalecimiento del capital social constituyen palancas eficaces para poner fin a los círculos viciosos de la pobreza y su transmisión intergeneracional. Complementariamente, desde hace más de una década la CEPAL ha venido advirtiendo que es necesario extender el manejo de códigos de modernidad a toda la población.

¹ Debido a las marcadas desigualdades que presenta la región en este campo, los programas deben estar dirigidos a diferentes estratos de ingresos. Sin embargo, dado el carácter prioritario de la erradicación de la pobreza y los problemas de empleo, en las últimas décadas se les ha dado primordial importancia a los programas focalizados en los más pobres y a los programas de empleo.

Esto se refiere a la disposición de ciertas destrezas (tales como la lectoescritura, el cálculo, la capacidad analítica, el procesamiento de información, y las habilidades comunicativas y de gestión) que permiten participar en condiciones más equitativas en la vida cultural de la sociedad, y facilitan la adaptación a nuevas formas de trabajo y producción. Recientemente la CEPAL ha planteado la importancia de formar parte de las redes interactivas y la comunicación a distancia, entendidas como capitales simbólicos que inciden en la participación ciudadana, el intercambio cultural, la gestión de recursos y activos, la visibilidad pública y la productividad laboral.

Recuadro V.1 DIMENSIONES DE LA POBREZA EN LA REGIÓN

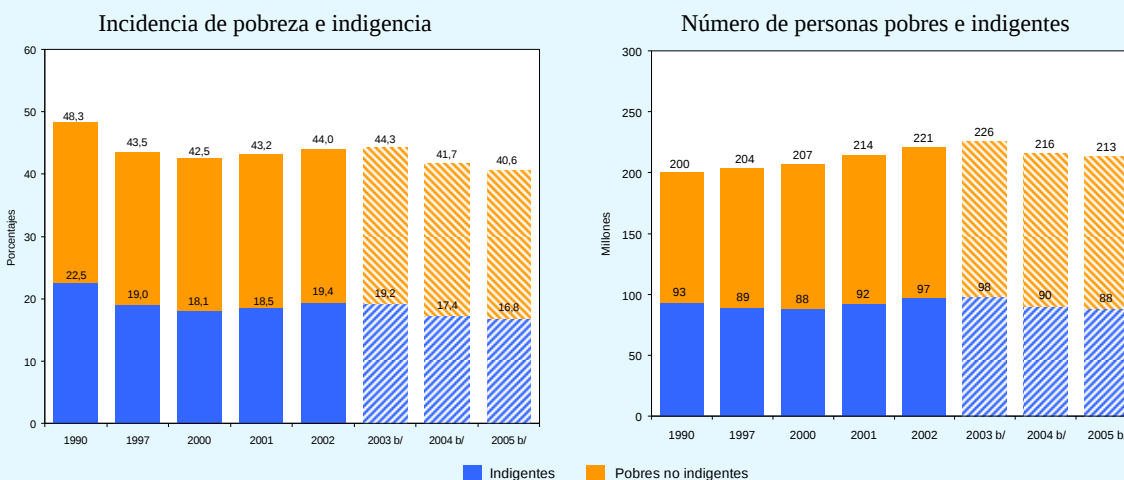
Los programas de lucha contra la pobreza que se ejecutan en América Latina y el Caribe se llevan a cabo en un contexto de elevada marginalidad y pobreza extrema. Se estima que en el 2005 un 40,6% de la población latinoamericana (213 millones de personas) se encontraría en situación de pobreza, mientras un 16,8% (88 millones) no solo sería pobre, sino que viviría en condiciones de pobreza extrema o indigencia. Si bien se observa a nivel agregado una lenta mejora en términos del porcentaje de la población total que vive en la pobreza, dada la dinámica demográfica contemporánea hoy en día hay más personas pobres que en 1990.

Los altos índices de pobreza se reflejan no solo en una inadecuada capacidad de generación de ingresos; además, están asociados a bajos niveles educacionales y a condiciones insalubres de vivienda. En la última edición del *Panorama social de América Latina* (CEPAL, 2005a) se informa que, a pesar de que la mayoría de los países presenta bajas tasas de inasistencia a un establecimiento educacional entre los 7 y los 12 años de edad, sigue habiendo amplios segmentos de la población adulta que no tiene un mínimo de cinco años de instrucción (en 10 de los 17 países analizados, más del 20% de la población tiene menos de ese mínimo).

La situación es particularmente crítica si se toman en consideración los altos índices de hacinamiento e inadecuados sistemas de evacuación de excretas de las viviendas en que habitan porcentajes importantes de la población latinoamericana y caribeña. En efecto, la convivencia en una vivienda de un número excesivo de personas caracteriza a más de un 30% de la población de 9 de un total de 14 países analizados. Un porcentaje similar de la población no dispone de conexión al alcantarillado público en las áreas urbanas o a una fosa séptica en las áreas rurales en 13 de un total de 17 países que disponen de información.

Los factores señalados inciden en las condiciones en que viven las familias de la región y, en el caso de los jóvenes, también determinan, debido a las escasas facilidades para desarrollar una vida escolar plena y constructiva, la capacidad de las generaciones futuras de salir de la pobreza en sus distintas dimensiones.

AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y LA INDIGENCIA, 1990-2005^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina*, 2005. Documento informativo (LC/G.2288-P), Santiago de Chile, 2005.

^a Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras colocadas sobre las secciones de color naranja de las barras representan el porcentaje y número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes).

^b Cifras proyectadas.

En otro sentido, y tomando como base el concepto que puso en boga el *Informe sobre desarrollo humano* (PNUD, 1990), concebido bajo la influencia del enfoque de las “capacidades” desarrollado por Amartya Sen, la pobreza humana se ha caracterizado como “la denegación de oportunidades y opciones básicas para el desarrollo humano, vivir una vida larga, sana y creativa y disfrutar de un nivel decente de vida, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y de los demás” (PNUD, 1997). Las nociones de desarrollo humano y de pobreza humana destacan la importancia de una percepción global del desarrollo y de la pobreza, evitando simplificaciones extremas como las que pueden surgir de la cuantificación de estos conceptos sobre la base del ingreso. No obstante, en el plano empírico no son pocas las limitaciones que presentan los respectivos índices. La inclusión de dimensiones más cuantificables se ve restringida por la falta de información comparable a nivel mundial y la necesidad de acotar el ámbito de análisis para facilitar la interpretación de los resultados. En consecuencia, las dimensiones del índice de desarrollo humano (IDH) y del índice de pobreza humana (IPH) se limitaron a tres áreas: longevidad, conocimiento y nivel de vida decente.

Por lo mencionado anteriormente, no se puede dejar de utilizar los indicadores consagrados de pobreza, para los cuales existen instrumentos confiables de medición. En todo caso, los indicadores no deben ser considerados como opciones excluyentes sino como complementos. También han ido cobrando mayor importancia, como variables de análisis y para el diseño de política, tanto la percepción que los mismos pobres tienen de su situación como su movilización en aras de mejorar sus condiciones de vida. Esto supone un cambio en las relaciones entre los sectores pobres y los demás, ya que exige que los programas de apoyo a los primeros contengan un elemento de reconocimiento y confianza, lo que a su vez contribuye a la promoción de redes sociales entre grupos pobres y a construir puentes con otros grupos.

Los criterios de política ante la multidimensionalidad de la pobreza

La multidimensionalidad de la pobreza, y su carácter de proceso y de relación tienen implicancias respecto de las políticas orientadas a superarla. En términos generales, la CEPAL ha planteado que para superar la pobreza es necesario intervenir en los factores socioeconómicos determinantes de las probabilidades de ser pobre o caer en la pobreza, como consecuencia de la distribución y transmisión de los siguientes factores: i) los activos físicos; ii) el capital educativo y la influencia que ejerce debido a las distintas posibilidades de inserción laboral a que da origen; iii) las diferencias de capital social y simbólico, y iv) los tipos de organización familiar.

Cuando la pobreza se analiza más como proceso que como situación, se hace necesario que las políticas públicas aborden sus factores de reproducción o las causas que la perpetúan de una generación a otra, como las oportunidades educacionales y de capacitación, la localización geográfica, el acceso a la propiedad y al capital social y simbólico; atiendan las consecuencias de la pobreza, medidas como pérdida de oportunidades productivas, de bienestar individual, de cohesión social, de ampliación de los mercados de consumo y servicios, y por la perpetuación de la inequidad, y se orienten a modificar las condiciones estructurales que determinan tanto la incidencia de la pobreza como sus manifestaciones, entre otras la estabilidad macroeconómica, los flujos financieros, la heterogeneidad productiva, la evolución del empleo y los mecanismos distributivos.

Lo anterior revela la importancia de las políticas diversificadas, flexibles y adecuadas, aplicables a las situaciones cada vez más variadas y cambiantes que enfrenta la población pobre, situaciones que en gran medida determinan la fluctuación de parte de la sociedad entre situaciones de bienestar, pobreza e indigencia.

Por otra parte, debido a la multidimensionalidad y multicausalidad de la pobreza, si bien el crecimiento económico es fundamental para iniciar y mantener procesos de superación de este fenómeno, no permite por sí solo superar este conjunto de factores estructurales que inciden en su

reproducción intergeneracional. Esto plantea un importante desafío a las políticas productivas y a los programas y las políticas sociales (CEPAL, 2004b); estas últimas deben permitir la conciliación de políticas de largo alcance, como el apoyo a la formación de capital humano y social para ayudar a las familias a superar los determinantes de la pobreza estructural, con las políticas asistenciales de corto plazo, que ofrecen protección ante eventos negativos de carácter transitorio (CEPAL, 2000b; Aedo, 2005).

Uno de los aspectos imprescindibles de la formación y acumulación de capital humano es garantizar el acceso universal a servicios de educación y salud de buena calidad. Sus efectos pueden reflejarse incluso en la generación siguiente, cuando los actuales beneficiarios de una mejor educación se incorporen con perspectivas más favorables en el mercado laboral. Los programas de corte más asistencial, entre otros los programas de transferencias (monetarias o en especies) a los hogares pobres tienen efectos más inmediatos, pues permiten a segmentos importantes de la población mejorar su bienestar y elevar sus ingresos y consumos, lo que facilita la superación de los umbrales de indigencia y pobreza a corto plazo.

Para la adecuada ejecución de programas que permitan la consecución de metas tangibles en los campos de la educación, la salud y la nutrición se requieren esfuerzos públicos sostenidos. Por lo tanto, es imprescindible que exista una sólida institucionalidad social, capaz de mantener la coherencia de los programas a lo largo del tiempo y sostener el cumplimiento de sus objetivos a largo plazo, en especial con relación a las múltiples demandas a corto plazo que suelen enfrentar los gobiernos de la región.

Sin embargo, durante los años ochenta y parte de los años noventa, en la mayoría de los países de la región los programas sociales se entendieron básicamente como políticas compensatorias focalizadas en los más pobres, lo que impidió reestructurar la política social en forma integrada.² En la segunda mitad de los años noventa se observa un cambio de orientación y se empiezan a adoptar nuevas iniciativas con el propósito de atender las múltiples causas y consecuencias de la pobreza, y una mayor orientación multisectorial y comunitaria.

De todos modos, en términos generales persistió la tendencia a otorgarles a las políticas focalizadas un carácter permanente, en gran medida debido a que las notables crisis que afectaron a la región limitaron seriamente el crecimiento, la inversión y la creación de empleo productivo. Tal como se ha comentado en el capítulo I, aunque la focalización supone concentrar esfuerzos y recursos públicos en campos de la política social donde el efecto redistributivo es más progresivo, una focalización prolongada puede reforzar la dependencia de los beneficiarios y oponerse al ejercicio efectivo de la ciudadanía, en la medida en que inhiba el desarrollo de la capacidad de los ciudadanos para integrarse a la sociedad y participar activamente en ella.

Sin embargo, a fin de expandir la titularidad efectiva de derechos a quienes menos pueden ejercerla y ante una situación de recursos escasos, es una opción válida aplicar criterios de selectividad que favorezcan a los grupos de menores recursos. En este contexto, la focalización responde al doble propósito de elevar al máximo el efecto de los recursos empleados y beneficiar a quienes se encuentran en condiciones más precarias o vulnerables. Por lo tanto, no contradice el carácter universal de los derechos sociales, ya que apunta a extender la titularidad de un derecho a

² En los años ochenta se dio prioridad a la descentralización de los servicios, las políticas, y la gestión y las decisiones públicas; la ampliación de la participación privada en la gestión y prestación directa de servicios; la focalización de programas en los más pobres mediante políticas sociales de carácter asistencial, y la racionalización del gasto mediante nuevos instrumentos de gestión, información y monitoreo. En los años noventa se perfeccionaron las políticas asistenciales focalizadas de la década anterior, recurriendo para ello a nuevos instrumentos especializados en abordar distintas esferas de la pobreza a través de fondos sociales (vivienda y condiciones de habitabilidad del entorno, servicios, caminos y obras de infraestructura social básica, y microcréditos y equipamiento productivo, entre otros). Asimismo, se crearon nuevos servicios destinados a grupos carentiados (mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad, microempresarios, campesinos e indígenas). Las restricciones presupuestarias obligaron a focalizar dentro de estos mismos grupos, por lo que los programas se convirtieron en programas pilotos con ciertos efectos cualitativos, pero que no alcanzaban a tener cobertura universal.

quienes más se ven privados de su ejercicio.³ Por último y como también se comenta en el capítulo I, el mayor riesgo de la focalización (o selectividad no concebida como instrumento para la universalización de la ciudadanía) es que establezca la prestación de servicios de distinta calidad en áreas tan importantes como la educación y la salud, lo que refuerza las desigualdades en materia de procesos y efectos entre los pobres y el resto de la población, por más que ofrezca a todos las mismas posibilidades de acceso. El gran desafío es, pues, crear programas sociales que faciliten el acceso a las instituciones idóneas que proveen movilidad social ascendente.

La diversidad de los programas sociales

La diversidad de los programas sociales que se ejecutan en la región refleja el carácter multidimensional de la pobreza; esta queda de manifiesta en la amplia gama de objetivos y líneas de acción de los programas que se presentan en el cuadro V.1.⁴ El primer tipo de programas presentados, clasificados como “beneficios sociales”, representan por lo general la mayor parte del esfuerzo de los países por paliar los efectos de la pobreza mediante transferencias monetarias, programas de vivienda social y programas de alimentos. Por otra parte, los programas excepcionales de transferencias a las familias pobres, agrupados bajo la categoría de “gestión de riesgos sociales y vulnerabilidad”, prestan asistencia compensatoria de emergencia a los desprotegidos. En algunos casos los programas responden a las necesidades y características específicas de ciertos grupos de población como los jóvenes, los discapacitados, grupos étnicos y otros.

Los programas públicos con orientación productiva y de empleo tienen como objetivo potenciar la capacidad productiva de los sectores más pobres mediante actividades de habilitación laboral y capacitación, propuestas de proyectos productivos y mejoras del acceso al crédito y microcrédito. Por último, el comienzo de los años noventa estuvo caracterizado por un conjunto de programas de orientación comunitaria y fondos de inversión social, en los que se daba prioridad a la participación de las comunidades en el proceso de mejoramiento de sus propias condiciones de vida. Todos ellos están orientados al mejoramiento de las capacidades individuales y colectivas, mediante el desarrollo del capital social y de la capacidad local de gestión.

En la región se han ejecutado varios programas sociales cuyo objetivo explícito es el desarrollo del capital humano, concretamente programas de nutrición, cuidado infantil, educación, salud, capacitación, vivienda, infraestructura y saneamiento (Acosta y Ramírez, 2004). Debido a la importancia cada vez mayor que se otorga a los programas sociales y a las sinergias entre las diferentes dimensiones del capital humano como elemento de desarrollo y superación de la pobreza a largo plazo, en este capítulo se presta especial atención a los programas de transferencias condicionadas, de gran difusión y con un amplio potencial innovador. Asimismo y como ya se ha dicho, en los programas sociales se debe tomar en consideración la coyuntura económica, sobre todo cuando esta limita las oportunidades de las familias para percibir un ingreso que les permita satisfacer sus necesidades básicas. Por lo tanto, también se examinan los programas de emergencia vinculados al empleo, de gran cobertura y visibilidad en tiempos de crisis. Si bien estos programas están lejos de agotar el espectro de políticas para enfrentar la pobreza y fomentar una mayor protección social de los más vulnerables, resultan muy ilustrativos y actuales, por conjugar apoyo de emergencia a corto plazo, expansión de capacidades a mediano y largo plazo y facilitación de oportunidades productivas, con fines de articulación entre el horizonte inmediato y el estratégico.

³ Cabe señalar que la lucha contra las desigualdades basadas en las categorías adscriptivas exige el recurso institucional de la discriminación positiva en favor de las categorías desfavorecidas en cuestiones de género, etnia y discapacidades, reconocidos como grupos con derechos y beneficios específicos, que se encuentran más al margen de la ciudadanía social. Esto se debe a que las desigualdades en el ejercicio de los derechos sociales no solo se corrigen con medidas que fomentan la igualdad de oportunidades, sino también de trayectorias; de hecho, la selectividad y la discriminación positiva pueden intervenir tanto para hacer más equitativas las “oportunidades al inicio” como lograr resultados menos desiguales.

⁴ La elección de los programas incluidos responde al interés de ilustrar una variedad de casos más que a criterios de éxito, alcance o representatividad. El examen exhaustivo de los programas sociales en la región está más allá del alcance y los objetivos de este capítulo. Al respecto, pueden consultarse Repetto y Sanguinetti (2001) y Pardo (2003), en relación con América Latina, y Baker (1997) y CARIBANK (2005), en relación con el Caribe.

Cuadro V.1

CLASIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA POR LÍNEAS DE ACCIÓN

Categorías o tipos	Descripción	Líneas de acción	Ejemplos
1. Beneficios sociales	- Políticas permanentes y de corte asistencial - Objetivo: cubrir los déficit de ingreso y consumo vinculados a la pobreza estructural - Larga tradición en la región	- Transferencias directas de ingresos no condicionadas - Transferencias directas de ingresos condicionadas - Transferencias de alimentos - Transferencias de otras especies - Subsidios de precios o tarifas reducidas - Programas de vivienda social	- Programas de transferencias condicionadas - Desayuno escolar de Bolivia: ración alimentaria a alumnos del sistema educativo fiscal - Mochilas, textos y aulas escolares de Ecuador: transferencia de especies no alimentarias - Misión “Mercal”, República Bolivariana de Venezuela: creación de establecimientos para venta de alimentos y otros bienes de primera necesidad a precios subsidiados
2. Gestión de riesgos sociales y vulnerabilidad	- Objetivo: reforzar la capacidad de grupos más vulnerables para prevenir o sobrellevar efectos de episodios adversos - Plazo definido - Concentración en medidas paliativas	- Prestaciones de desempleo - Programas de emergencia vinculados al empleo - Protección social en crisis económica - Asistencia social directa - Asistencia social para casos de emergencia (desastres naturales y conflictos armados, entre otros)	- Programas de emergencia vinculados al empleo - Red de Solidaridad Social y Fondo de Inversiones para la Paz de Colombia: asistencia humanitaria a población desplazada por violencia interna - Asistencia a familias afectadas por el huracán Mitch en Nicaragua
3. Programas orientados a grupos específicos	- Objetivo: atender necesidades de grupos considerados vulnerables - Pluralidad en definición de unidad de intervenciones (grupos vulnerables, individuos, familias, hogares, comunidades)	- Niños (nutrición, cuidado, trabajo infantil) - Jóvenes - Mujeres jefas de hogar - Grupos con discapacidades - Adultos mayores - Grupos étnicos - Sectores productivos deprimidos	- Atención a personas con deficiencias, Brasil (integración laboral y social de personas discapacitadas, transferencias monetarias a las más pobres) - Programa de salas cuna, Chile (niños de 3 a 24 meses en situación de pobreza, desarrollo temprano, nutrición y controles de salud) - Programa de Apoyo Integral a la Mujer Jefa de Hogar, Colombia: formación y créditos a mujeres de bajos ingresos de zonas rurales - Beca para estudiantes de origen indígena, Chile
4. Programas públicos orientados a la producción y el empleo	- Objetivo: procurar inclusión social a través de refuerzo de la capacidad futura de los hogares más carenciados para generar ingresos autónomamente - Mitigación de la pobreza a largo plazo	- Habilitación laboral y capacitación - Proyectos productivos - Acceso al crédito y microcrédito, y fomento del autoempleo	- Crédito productivo solidario, Ecuador; orientado a mujeres y personas discapacitadas beneficiarias del bono solidario; provisión por medio de organizaciones no gubernamentales, de servicios de crédito, asistencia y capacitación.
5. Orientación comunitaria y fondos de inversión social	- Objetivo: mejorar situación de destinatarios y comunidades en que habitan - Desarrollar capacidad local de gestión - Desarrollar capital social de las comunidades	- Autoconstrucción de infraestructura social básica - Formalización y regularización de tierras y viviendas - Fortalecimiento de las organizaciones comunitarias	- Fondo participativo de inversión social, Argentina; desarrollo de capacidad local de gestión en áreas con población predominantemente indigente, comedores gratuitos en proyectos comunitarios - “Vivir mejor”, Brasil: reducción de déficit habitacional urbano - “Iniciativa ciudadana 2x3”, México: cofinanciamiento de proyectos de iniciativa local que contribuyan a garantizar el acceso a servicios básicos de la población en estado de pobreza extrema - Titulación de tierras, Costa Rica.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Marcia Pardo, “Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en América Latina”, *serie Estudios estadísticos y prospectivos*, N° 20 (L.C/L.1906-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003.

Entre las actividades iniciadas en los últimos años en la región en materia de programas sociales de elevado presupuesto, gran cobertura o contenido innovador, cabe mencionar otros casos que destacan por distintas razones.

Otra forma de encarar el fomento del capital humano de la población es la provisión de acceso libre y universal a la salud, la educación y la protección social en el caso de Cuba. Uno de los rasgos de la política social cubana es su articulación con la política económica, razón por la cual la asignación de recursos presupuestarios destinados a servicios sociales es una de las más altas de la región. La red integral consta de 167 programas sociales, a los que se destina más del 65% del presupuesto estatal. Entre los más importantes se encuentran la institucionalización de los programas de acceso libre y universal a la educación y la salud; la protección del empleo y la vivienda de los trabajadores; subsidios alimenticios y mecanismos de asistencia a las familias vulnerables. En su evolución reciente, estos programas han sido adaptados para brindar una respuesta más personalizada, con el principal objetivo de proteger a los grupos en situación de riesgo y reducir la vulnerabilidad en la isla.

Por otra parte, cabe destacar las misiones establecidas en la República Bolivariana de Venezuela (entre las que se destacan la misión “Mercal”, encargada de la venta directa de alimentos a bajo precio, la misión “Barrio Adentro” de salud y la misión “Robinson” de alfabetización), los programas de cuidado (entre otros, los hogares de bienestar infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense), los programas de formación y capacitación (entre otros, el curso de superación integral para jóvenes de Cuba, “Jóvenes en Acción” de Colombia, el programa de becas de capacitación para los trabajadores de México y el plan nacional de calificación del trabajador de Brasil), los programas maternoinfantiles (entre otros, el programa “Arranque parejo en la vida” de México y de maternidad gratuita de Ecuador) y los programas de comedores infantiles de toda la región.

Programas de emergencia vinculados al empleo

Reducción de la vulnerabilidad

En esta sección se describen las principales características y los efectos más importantes de los programas de emergencia vinculados al empleo, que han tenido gran difusión en la región y se han caracterizado por una amplia cobertura.⁵ Estos programas tienen su origen en la crisis que afectó a la región en la década de 1980 y que condujo a intervenciones de emergencia destinadas a paliar sus efectos; estas se convirtieron en una de las respuestas habituales de los países de América Latina y el Caribe a las altas tasas de desempleo, el aumento del empleo informal y la pobreza que ha provocado la baja y volátil tasa de crecimiento económico. En efecto, la volatilidad macroeconómica observada en las últimas dos décadas se traduce en ciclos económicos cada vez más breves de expansión y contracción de la actividad y la inversión, que tienen un efecto destructivo de los activos de los pobres (sobre todo en términos del acceso a empleos de calidad) y de su capacidad de acumulación de capital humano. Los programas se reflejan directamente y de manera contracíclica en el ingreso de los hogares (lo que permite incrementar los ingresos en coyunturas económicas adversas) y cumplen una importante función de protección social, por el hecho de proporcionar transferencias para evitar que los ingresos de las familias desciendan por debajo de niveles críticos. A su vez, las transferencias recibidas por los hogares protegen el capital humano familiar, sobre todo mediante el refuerzo de la seguridad alimentaria y el desincentivo de la deserción escolar.

⁵ Aunque estas iniciativas suelen ser denominadas “programas de empleo de emergencia”, en muchos casos existe cierta ambigüedad en torno al cumplimiento de los requisitos de empleo. Por ello, se considera preferible utilizar el término más preciso de “programas de emergencia vinculados al empleo”.

También cabe destacar que, aunque originalmente vinculados al ciclo económico y las crisis, los problemas de desempleo estructural y la persistencia de la pobreza en la región han transformado a estos programas en componentes cada vez más permanentes y menos relacionados con dicho ciclo. En este sentido, pueden considerarse como programas de lucha contra la pobreza focalizados a través del empleo.⁶

Características generales

En el cuadro V.2 se presentan algunos ejemplos de programas de empleo, junto con información detallada sobre sus objetivos, la población destinataria y las condiciones de acceso; estos programas ejecutados en la región abarcan desde sus inicios en la década de 1970 (entre otros, los programas chilenos de empleo mínimo y de ocupación de jefes de hogar desarrollados entre 1975 y 1988) hasta sus más recientes versiones (entre otras, el plan uruguayo de atención nacional a la emergencia social, iniciado en el 2005). En su forma típica, los programas de emergencia vinculados al empleo proporcionan ocupaciones a corto plazo a trabajadores semicalificados o no calificados en proyectos basados en el uso intensivo de mano de obra, relacionados con la creación y reparación de obras de infraestructura económica, social y comunitaria.

A cambio de la participación en los proyectos, los programas entregan a los beneficiarios un pago consistente en transferencias monetarias o alimentos. Estos programas presentan algunas ventajas operativas como mecanismos de respuesta en situaciones de crisis: gran flexibilidad, posibilidad de aplicación rápida y facilitación de la canalización de recursos y capacidades del sector terciario, de las empresas y de las comunidades beneficiarias. Cada vez con más frecuencia, se trata de relacionar estos programas con iniciativas más generales, incluidos, entre otros, los condicionamientos sobre escolaridad (programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados de Argentina) o el establecimiento de vínculos con el sistema de protección social general. En algunos programas (como los ejecutados en los últimos años en Chile y Uruguay) se incluye el pago de contribuciones previsionales y de salud y la cobertura de seguros de accidentes del trabajo (“Trabajar en Argentina”, “A Trabajar Urbano” en Perú y el Plan Nacional de Empleos de Emergencia en Bolivia), lo que conduce a la construcción de puentes con el sistema de protección social general.

Al comparar el campo de acción de las intervenciones más recientes con las de la primera generación, se observa una ampliación a ámbitos de intervención que van más allá de la respuesta a una contracción macroeconómica. En rigor, los programas de empleos temporales están siendo utilizados en América Latina y el Caribe para enfrentar fenómenos tan diversos como la estacionalidad de las actividades agrícolas, las consecuencias de los desastres naturales, las secuelas de los conflictos armados, los riesgos de deterioro del medio ambiente y la inseguridad alimentaria. Por otra parte, debido a la persistencia de la pobreza y el alto nivel de desempleo estructural los programas no son exclusivamente anticíclicos, sino que constituyen elementos de lucha contra la pobreza, lo que explica su prolongación una vez pasada la recesión o crisis, como en los casos de Chile, Argentina y Uruguay en los últimos dos años. El rasgo que tienen en común las actividades enumeradas en el cuadro V.2 es el condicionamiento de los beneficios a la participación de los beneficiarios en actividades vinculadas al empleo (contraprestaciones en trabajo, participación en formación y búsqueda de empleo, entre otras).

⁶ Este capítulo se centra en los programas de empleo temporal considerados como iniciativas de protección social. En Pardo (2003), Acosta y Ramírez (2004) y Tokman (2005) se presentan mayores antecedentes sobre las políticas pasivas (subsidios a la contratación de trabajadores en empresas, capacitación y créditos) y otras políticas activas de empleo. En Velásquez (2005) se presenta una caracterización de los seguros de desempleo en la región.

Cuadro V.2

EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE EMERGENCIA VINCULADOS AL EMPLEO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1975-2005

Programa	Objetivo	Población meta	Condiciones
Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (Argentina, desde 2002)	- Empleo temporal para jefes de hogar desocupados - Preservación del capital humano en educación y salud	Jefes de hogar desocupados con dependientes a su cargo (menores de 18 años, discapacitados y embarazadas)	- Participación 20 horas/semana en proyectos de creación/ reparación de infraestructura económica y social - Asistencia a la escuela y a los servicios de salud primaria por parte de los menores de edad
Plan Trabajar en Argentina (Argentina, 1995-2002)	- Empleo temporal para jefes de hogar desocupados	Jefes de hogar desocupados de familias pobres	- Participación desde 6 horas diarias en actividades de reparación/creación de infraestructura económica y social
Programa de Empleo Temporal (PET) (México, desde 1995)	- Resolución de problemas estructurales que limitan empleo en zonas rurales marginadas - Atención de desastres	Población rural mayor de 16 años, en situación de extrema pobreza Prioridad: comunidades incluidas en programa de desarrollo de microrregiones	- Reparación/recuperación de infraestructura o patrimonio - Proyectos creación de infraestructura productiva y social - Formación de capital familiar (reparación de viviendas) - Límite de 88 jornales (4 meses)
Empleos en Acción (Colombia, 2000-2004)	- Complementación de ingreso población urbana más pobre - Empleo transitorio - Creación de infraestructura	Adultos desempleados, no incluidos en programas de capacitación, pertenecientes al 20% más pobre de la población (categorías SISBEN 1 y 2)	- Participación ½ jornada en proyectos de reparación o creación de infraestructura básica intensiva en mano de obra en localidades pertenecientes al 40% más pobre de zona urbanas
Manos a La Obra, Vías Para La Paz (Colombia, 2000-2004)	- Integración económica zonas afectadas por violencia - Desarrollo infraestructura vial	Zonas deprimidas económicamente y afectadas por altos niveles de violencia	- Proyectos de mejoramiento de la infraestructura de transporte
Programa de Mejoramiento Urbano (Chile, desde 1987)	- Empleo transitorio - Infraestructura y equipamiento comunal	Trabajadores desempleados, inscritos en las oficinas municipales de información laboral	- Participación en proyectos de creación de infraestructura comunal
Programa de Empleo, Fondo Social de Absorción de Cesantía (FOSAC) (Chile, desde 1999)	- Empleo transitorio - Satisfacción de necesidades básicas de los más pobres	Trabajadores desempleados, inscritos en las oficinas municipales de información laboral	- Participación en obras de creación de infraestructura por jornada completa, ¾ jornada o ½ jornada
Programa de empleos de emergencia - Corporación Nacional Forestal (CONAF) (Chile, desde 2001)	- Empleo transitorio - Creación de infraestructura	Trabajadores desempleados de zonas rurales, inscritos en las oficinas municipales de información laboral	- Participación en obras de creación de infraestructura o preservación del medio ambiente por ¾ de jornada (2001) o ½ jornada (2002)
Programa Proempleo, Inversiones en la Comunidad (Chile, desde 2001)	- Empleo transitorio - Mejoramiento de calidad de vida de la comunidad	Trabajadores desempleados, inscritos en oficinas municipales de información laboral	- Participación en obras físicas o sociales en el ámbito local, intensivas en mano de obra
Programa de Generación de Empleos (Chile, 1998-2000)	- Absorción de mano de obra desempleada	Trabajadores desempleados, inscritos en las oficinas municipales	- Proyectos de infraestructura intensivos en mano de obra
Programas de Empleo Mínimo (Chile, 1975-1988)	- Reducción del desempleo en períodos de ajuste económico	Adultos desempleados de ambos géneros	- Proyectos de infraestructura económica y social básica intensivos en mano de obra
Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES) (Uruguay, desde 2005)	- Empleo temporal	Adultos desempleados de ambos géneros	- Creación/reparación de infraestructura
Programa Actividades Comunitarias (Uruguay, desde 2004)	- Empleo temporal	Desempleados	- 6 horas diarias de trabajo

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Pablo Villatoro, “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; y “Programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias”, *serie Políticas sociales*, N° 87 (LC/L.2133-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo del 2004. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.62.

Cuadro V.3
BENEFICIOS, COBERTURA, FOCALIZACIÓN, GASTO Y FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE EMERGENCIA VINCULADOS AL EMPLEO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Programa	Beneficio mensual (en dólares)	Beneficio/salario mínimo	Porcentaje de la PEA	Porcentaje bajo la línea de pobreza	Gasto/PIB	Financiamiento externo °
Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (Argentina)	45	0,75 (2002) ^g 0,43 (2004) ^h	10,7% ^j		0,8% (2003)	0% (2001-2002) 30% (Banco Mundial, 2003-2005)
Plan Trabajar en Argentina	200 (1996-1998) 160 (1999-2002) ***	1 (1996-1998) ^g 0,8 (1999) ^g	2,7% ^k	80,0 ⁱ	0,02%	100% (Banco Mundial, 1997-1999) 26% (Banco Mundial, 1998-2002)
Programa de Empleo Temporal (PET) (México)	81,05 (2004) ^a	0,99(2004)	2,4%,11% rur. (2001)		0,29%	
Empleos en Acción (Colombia)	84,66 (2000) ^b	Salario mínimo legal	1,8% ^l			
Manos a la Obra, Vías para la Paz (Colombia)	84,66 (2000) ^b	Salario mínimo legal			0,22%	52% (Banco Mundial, 2000-2005)
Programa de Mejoramiento Urbano (Chile)	179,66 (2003) ^{c *}	1,1 (2003)	7,79 (2001)	62,0	0,24%	
Programa de Empleos de Emergencia, CONAF (Chile)	146,02 (2001) ^{c *}			71,7		
Programa Proempleo, Inversiones en la Comunidad (Chile)	308,27 (2001) ^{c *}	1 - 1,53 (2004)		68,5		
Programa de empleo, FOSAC (Chile)		1,13 (2003)		69,9		
Programa de Generación de Empleos (Chile)	150 (1999) [*]	1				
Plan Atención Nacional Emergencia Social (PANES) (Uruguay)	55,2 (2005) ^d	0,66	7,2% (2005) ^{l m}		0,5% (2005)	
Programa Actividades Comunitarias (Uruguay)	41 [*]	1	0,5% (2003)		0,01%	0%
A Trabajar Urbano (Perú)	86 (2002) ^{**}	0,73	0,2% urb. (2002)	48,0 ⁱ	0,16%	0%
A Trabajar Rural (Perú)	86 (2002)	0,73		23,0 ⁱ		
Programa Emergencia Social Productiva (Perú)	86 (2002)	0,73		89,8		
Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (Perú)	45 (1985)	1	1,78% (1985-1987)			
Programa Emergencial de Fontes Productivas (Brasil)	45	0,6	1,67% (1998)			
Plan Nacional de Empleos de Emergencia (Bolivia, 2002)	63 ^{e **}		1,6% (2002)		0,86%	100% (cooperación internacional)
Fondo de Emergencia Social (Bolivia)			1,13% (1990) ⁿ	80,0%	1,0% (1990)	90% (BID,1995)
Fondo de Inversión Social de Emergencia (Nicaragua)	93,8 ^f		1,12%	23,0 ⁱ	0,7% (1991)	
Programas de Alimentos por Trabajo, Programa Mundial de Alimentos (PMA) en Guatemala, Perú, Bolivia, El Salvador y Nicaragua	rationes alimentarias		0,02% Perú ^l			45% Perú 2000-2005 78% Guatemala 2001-2004 82% Nicaragua 2002-2006

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Pablo Villatoro, “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; y “Programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias”, *serie Políticas sociales*, N° 87 (LC/L.2133-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo del 2004. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.62.

Nota: Beneficios adicionales: * Pago de contribuciones de seguridad social (salud y pensiones), ** Seguro de accidentes del trabajo, *** Seguro de responsabilidad civil y cobertura de salud.

^a Remuneración de 42 pesos/jornal, 22 jornales/mes. ^b Dólar junio del 2000, Banco de la República de Colombia. ^c Incluye aportes a la Seguridad social. ^d Dólar del 27/06/05, Banco Central Uruguay. ^e Salario trabajadores manuales. ^f Gasto medio por beneficiario. ^g Salario Mínimo Vital (SMV) de \$ 200, vigente entre 1993 y 2003. ^h SMV de \$ 350, vigente desde 2003. ⁱ Porcentaje en el quintil más pobre. ^j PEA 2000. ^k PEA 1995. ^l Número previsto empleos creados. ^m PEA 2001. ⁿ Promedio anual empleos 1986-1990. ^o En base a montos de los proyectos aprobados por prestatarios o donantes.

A cambio de estas contraprestaciones, los beneficiarios reciben fundamentalmente transferencias monetarias como las mencionadas en el cuadro V.3.⁷ En términos relativos, las transferencias monetarias se sitúan en los tramos del 43% al 100% del valor del salario mínimo, salvo en los casos del Programa Proempleo de Chile y de “Empleos en Acción” de Colombia, que ofrecen beneficios superiores al salario mínimo legal. En algunos casos, la exigencia de una contraprestación laboral y el nivel relativamente bajo de los beneficios otorgados se contemplan explícitamente como mecanismos de autoselección de los beneficiarios.⁸

En cuanto al número de beneficiarios, algunos programas abarcan a una fracción importante de la población económicamente activa (PEA), como ocurre con el programa “Jefes y Jefas de Argentina” (10,7%), los programas de empleo directo en Chile (7,8%) y PANES de Uruguay (7,2%). La magnitud de los programas también se refleja en el nivel de gasto público que representan: el promedio del gasto de los programas en relación con el PIB es de un 0,43%, aunque en los de mayor extensión asciende a un 1%; en varios casos una alta proporción del gasto se cubre con financiamiento externo proveniente de organismos multilaterales de crédito (Villatoro, 2005).

Evaluaciones y desafíos

Los programas de emergencia vinculados al empleo han sido mecanismos relativamente eficaces para responder a situaciones de crisis, que han aportado ingresos a los grupos de la población de la región más vulnerables a las crisis económicas. En términos de focalización, estos programas han sido relativamente positivos, pues la mayoría de los beneficiarios de los programas sobre los que se cuenta con información se encontraba por debajo de la línea de pobreza o indigencia. Por ejemplo, el 80% de los beneficiarios de “Trabajar” pertenecía al 20% de las familias más pobres de Argentina (Jalan y Ravallion, 1999) y un 89,8% de los trabajadores incluidos en el Programa de emergencia social productivo (PESP) de Perú se encontraba bajo la línea de pobreza (Pichihua, 2002). Asimismo, en “A Trabajar Urbano” y en “Jefes y Jefas” en Argentina el 90% de participantes provenía del 60% de las familias más pobres.

Las evaluaciones realizadas muestran que los efectos positivos en lo que respecta a los ingresos monetarios a corto plazo favorecen sobre todo a las mujeres y que en términos agregados se ha conseguido reducir la tasa de pobreza extrema en los programas con mayor cobertura. Por ejemplo, en “Jefes y Jefas” la pobreza de los participantes descendió de un 82% a un 70%, mientras la pobreza extrema disminuyó de un 51% a un 29% (Galasso y Ravallion, 2003). En el Programa de Empleo Temporal (PET) de México, un 60% de los participantes superó la línea de pobreza extrema, pero no hay pruebas empíricas de los efectos en los ingresos a mediano y largo plazo. Una vez terminada la participación en “Jefes y Jefas de Hogar”, se observó una merma de los ingresos de sus ex beneficiarios, que ascendió a tres cuartas partes de la transferencia en los primeros 6 meses y a un poco menos de la mitad a los 12 meses (Ravallion y otros, 2001), mientras el efecto relacionado con los ingresos monetarios de los beneficiarios que finalizaron su participación en los programas de empleo directo de Chile fue positivo (Bravo, Contreras y Medrano, 2004).

En cuanto al empleo, estos programas han tenido efectos positivos en la creación de ocupaciones transitorias a corto plazo. Por ejemplo, en Jefes y Jefas el 26% de los beneficiarios no habría tenido empleo y un 23% habría estado inactivo si no se hubiera ejecutado el programa.⁹ En el PET de México se observó un aumento significativo del número de jornales trabajados (Samaniego, 2002). En “Empleos en Acción” de Colombia, los participantes muestran un incremento del 36% del número de horas trabajadas por semana (Villatoro, 2005). En los Programas de Empleo Directo

⁷ Los programas de seguridad alimentaria apoyados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) incluyen transferencias en especie.

⁸ Al respecto, puede consultarse a Subbarao (1997, 2002) y Ravallion (1998).

⁹ En este caso y en otros programas los participantes son clasificados como activos, aunque en la práctica muchas veces se han encontrado importantes obstáculos (entre otros, el carácter masivo del programa en el caso de “Jefes y Jefas”) para hacer cumplir la contraprestación de empleo.

de Chile, los beneficiarios vieron ampliarse sus probabilidades de tener empleo entre un 11% y un 38%, dependiendo del año en que se incorporaron (Bravo, Contreras y Medrano, 2004).

No hay acuerdo unánime sobre la capacidad de los programas de empleos temporales para crear puestos de trabajo estables. En particular, Acosta y Ramírez (2004) y Sojo (2003) señalan que estos programas tienen una baja eficacia en términos de creación de ocupaciones permanentes, por la escasa calidad de los empleos proporcionados y porque no se han abocado a la capacitación y la inserción laboral. Tampoco se dispone de evidencia sistemática sobre la contribución de estos programas a la formación de capital humano de los niños de las familias beneficiarias.

El efecto de los programas de empleos temporales en cuanto a creación de infraestructura para las comunidades más pobres aún no ha sido abordado sistemáticamente en las evaluaciones, a pesar de que este suele ser uno de sus objetivos explícitos. Sobre la base de la información disponible, puede señalarse que “Trabajar” permitió la concreción de más de 10.000 proyectos, que beneficiaron a 300.000 personas por año, en su mayoría residentes de comunidades pobres (Berra y Jones, 2003). Por su parte, en “Empleos en Acción” de Colombia, se aprobaron 3.845 proyectos, pero solo se terminaron las obras en 2.788 (74,9%), por lo general debido a la falta de recursos de contrapartida (Villatoro, 2005).

En cuanto a los costos, se observa una incidencia relativamente alta de los costos administrativos. Morley y Coady (2003) señalan que los programas de empleos temporales son menos costo-efectivos que los programas de transferencias condicionadas a la inversión en capital humano (tema que se analiza en la próxima sección), lo que da origen a modalidades relativamente caras de transferencia de ingresos a los más pobres. Por otra parte, algunos programas de empleos directos tienen un costo-efectividad mucho más alto que los programas de empleo indirecto en lo que respecta a la creación de ocupaciones permanentes (Bravo, Contreras y Medrano, 2004).¹⁰

En términos generales, uno de los desafíos constantes de estos programas es el de dotar de nuevas capacidades productivas a los beneficiarios (otorgando formación o estableciendo como requisito un empleo digno y productivo en proyectos que favorezcan a la comunidad, entre otros) y no quedar reducidos a un papel asistencial. Ante la falta de información sobre los efectos a largo plazo en la empleabilidad de los beneficiarios, debe fortalecerse el componente de capacitación, adquisición de habilidades y hábitos de trabajo, como consecuencia de la experiencia laboral ofrecida por los programas y una mayor articulación con las políticas productivas.

Otro desafío que se debe enfrentar en estos programas es la mayor incidencia de la pobreza en los hogares encabezados por una mujer o que se encuentran en la fase de expansión del ciclo de vida familiar. En particular, las mujeres que encabezan hogares con varios hijos pequeños suelen enfrentar conflictos entre sus obligaciones de cuidado de los niños, las tareas del hogar y el imperativo de trabajar para mantener la familia. Estos conflictos deberían tenerse en cuenta en la formulación de los programas, a fin de que estos beneficien a quienes más los necesitan.

En términos de formulación, una característica habitual de los planes y programas de emergencia en casos de crisis es el alto grado de urgencia con que son aplicados en respuesta a situaciones excepcionales. La inexistencia de planes de emergencia definidos con anterioridad se traduce en retrasos en la orientación y entrega de los fondos necesarios a quienes los necesitan. Estos problemas de formulación y aplicación se traducen en el incumplimiento de los requisitos de elegibilidad¹¹ y de las contraprestaciones de empleo, falta de transparencia en la gestión y el uso

¹⁰ En estos cálculos no se consideran los beneficios derivados de la reducción de los riesgos para el capital humano (por ejemplo, garantía de niveles básicos de consumo alimentario, que se transformarían en un incremento de la productividad a largo plazo) ni los beneficios aportados por la creación de infraestructura comunitaria (Subbarao, 2002).

¹¹ Estos problemas de implementación, recurrentes en programas como “Trabajar” y “Jefes y Jefas” de Argentina (Galasso y Ravallion, 2003), no se plantean únicamente en los programas implementados en momentos de crisis. Por ejemplo, en los programas de empleo directo ejecutados en Chile, un 62,3% de los beneficiarios tenía alguna actividad remunerada al iniciarse las intervenciones, y solo un 19,3% estaba desocupado. Además, un 34% no era jefe de hogar (Bravo, Contreras y Medrano, 2004).

clientelístico de los recursos, rasgos que comprometen tanto la eficacia como la legitimidad de las intervenciones. Otro problema bastante común es la falta de una planificación adecuada de la extensión en el tiempo o reglas explícitas (y predefinidas) de egreso de los beneficiarios.

En rigor, algunos programas han sido prolongados a lo largo del tiempo, debido a la falta de criterios explícitos para ponerles fin una vez terminada la crisis.¹² Por ello, los programas de empleos temporales deben ser flexibles, es decir ampliarse y reducirse en respuesta a las condiciones económicas, para no dar origen a un alto grado de dependencia asistencial por parte de los beneficiarios.¹³

En estos programas se deben incluir las herramientas y los mecanismos necesarios para facilitar una transición adecuada de los beneficiarios a un empleo permanente, mediante iniciativas productivas, programas de capacitación y de asistencia en la búsqueda de empleo;¹⁴ asimismo, deberían canalizar hacia otros programas sociales a quienes lo necesiten, con miras a la integración de los programas al espectro de intervenciones de carácter permanente de lucha contra la pobreza.¹⁵

Por último, uno de los aspectos más controversiales de los programas de empleos temporales ha sido la determinación del monto de las transferencias que sea más adecuado para cumplir con objetivos de equidad (lograr la mayor participación posible de los más pobres en los programas) y eficiencia (maximización del bienestar de los grupos destinatarios, evitando introducir desincentivos al empleo).

La práctica más común consiste en el uso de salarios bajos como mecanismo de focalización basado en la autoselección de los beneficiarios, para evitar que quienes cuentan con un empleo o están en condiciones de trabajar participen del programa. Esta práctica puede criticarse, porque limita la eficacia de la transferencia en la reducción de la pobreza y obstaculiza la absorción del desempleo abierto a corto plazo, dado que alienta a participar en los programas a grupos subocupados e inactivos (Acosta y Ramírez, 2004; Reinecke, 2005). Aunque se podría afirmar que un beneficio relativamente alto acentúa los errores de focalización e introduce un desincentivo a la participación laboral entre los beneficiarios (Subbarao, 2002; Ravallion, 1998), en situaciones de pobreza y desempleo masivos la restricción de incentivos pierde relevancia. Por ello, en situaciones de crisis generalizada, los errores de focalización son un problema de segundo orden puesto que debe primar el objetivo de brindar apoyo a los hogares más vulnerables.

El tema de los incentivos adquiere mayor importancia en el marco de programas que se extienden más allá de situaciones de emergencia. En esos casos, para asegurar una adecuada focalización la fijación de beneficios podría basarse en una combinación de niveles relativamente altos de beneficios con procedimientos alternativos de focalización para racionar el empleo, como el uso de criterios estacionales o la selección de áreas pobres.

¹² Por ejemplo, durante el período 2000-2004 los beneficiarios de los programas de empleo directo de Chile participaron en promedio 18,5 meses en los programas. Una situación similar se observó en Jefes y Jefas de Argentina, en que los beneficiarios participaron en el programa más tiempo, por un período más prolongado que el previsto (Reinecke, 2005).

¹³ Otros mecanismos para limitar la prolongación innecesaria de los programas son la determinación de umbrales de desempleo y la adopción de mecanismos de cierre gradual, mediante la reducción de la jornada, la disminución paulatina del salario y la imposición de límites a la participación de los beneficiarios (Bravo, Contreras y Medrano, 2004).

¹⁴ Otros mecanismos que pueden utilizarse con los mismos fines son la contratación subsidiada en empresas, y los créditos y asistencia técnica con fines de autoempleo. Véase Pardo (2003), Acosta y Ramírez (2004) y Tokman (2005).

¹⁵ Cabe mencionar al respecto el programa “Jefes y Jefas” de Argentina, que no contaba con normas claras de egreso; después de tres años de vigencia, los beneficiarios están siendo derivados a programas de formación o al plan “Familias”.

Capital humano y efectos a largo plazo: los programas de transferencias condicionadas

Interrupción del ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza: intervenciones tradicionales y nueva generación de programas

Las situaciones de pobreza condicionan las oportunidades de desarrollo que las familias transmiten de una generación a otra. En efecto, el perfil de los hogares de los deciles superiores e inferiores de la pirámide de ingresos demuestra que los factores nutricionales, educativos, patrimoniales, ocupacionales y demográficos se refuerzan, por lo que los jóvenes provenientes de hogares de bajos ingresos se encuentran en una situación de desventaja en la edad adulta (CEPAL, 2000c). Como se ha comentado en diversas publicaciones de la CEPAL, el bajo nivel educativo de amplios estratos de la población, sobre todo en los países más pobres, constituye un importante mecanismo de transmisión intergeneracional de la pobreza: el escaso nivel de educación y la falta de acceso a educación de calidad de los jóvenes de los estratos más pobres bloquea su principal canal de movilidad e inclusión social.¹⁶ Asimismo, la escasez de alimentos y el desigual acceso a infraestructura (agua potable, saneamiento) y a servicios adecuados de salud redonda en un inadecuado desarrollo físico, lo que dificulta aún más la posibilidad de adquisición de conocimientos.

No debe extrañar, entonces, que en América Latina y el Caribe los programas sociales tengan una larga historia de intervenciones destinadas a superar el bajo nivel de acumulación de capital humano (en educación, salud y nutrición) de las familias pobres. En estas intervenciones se ha procurado, mediante diferentes mecanismos, en distintas dimensiones y con diversos niveles de coordinación, ofrecer oportunidades y actuar sobre el entorno familiar y comunitario (véase el recuadro V.2).

En los últimos años, estas intervenciones tradicionales se han visto complementadas por una nueva generación de programas sociales que combinan el alivio inmediato de la pobreza en términos de ingresos con el refuerzo del capital humano de los jóvenes, a fin de crear sinergias positivas entre estos objetivos a corto y largo plazo y entre distintas dimensiones del capital humano.

Características generales de los programas de transferencias condicionadas

En términos generales, los programas de transferencias condicionadas consisten en transferencias de recursos a familias pobres que deben comprometerse a cumplir ciertas metas en los ámbitos de la educación, la salud y la nutrición (véase el cuadro V.4). La combinación de asistencia monetaria (o en especie) con exigencias educativas o de salud permite combinar el alivio de la pobreza a corto plazo con objetivos a largo plazo, mediante el desarrollo del capital humano, como una manera de superar los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza. Los programas de este tipo se basan en la premisa de que los más pobres no cuentan con oportunidades suficientes y no pueden enfrentar adecuadamente las situaciones adversas que se presentan, a raíz de las cuales se producen grandes pérdidas de capital humano, ya sea en términos de educación o de salud, o ambos.

¹⁶ Como señalan Machinea y Hopenhayn (2005) en relación con algunos países de la región, solo alrededor del 20% de los jóvenes cuyos padres no han completado la educación primaria logran terminar dicho nivel; en cambio, la proporción supera el 60% en el caso de padres que cursaron 10 o más años de estudios. Entre un 48% y un 64% de los jóvenes latinoamericanos de zonas urbanas ven restringidas sus oportunidades futuras ya en su hogar de origen, puesto que el nivel educativo de los padres, variable determinante del clima educacional del hogar, está estrechamente relacionado con la trayectoria educacional de los hijos. Estos factores se agudizan en el caso de los jóvenes que viven en áreas rurales.

Recuadro V.2

FOMENTO DEL DESARROLLO Y PROTECCIÓN DEL CAPITAL HUMANO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Los países de la región han adoptado variadas iniciativas destinadas a fomentar el desarrollo y proteger el capital humano en la infancia y la adolescencia, que incluyen desde programas basados en la expansión de la oferta educativa hasta programas creados específicamente para poner fin al trabajo infantil.

En este contexto, destacan los programas de alimentación escolar que, bajo diversas modalidades, han logrado una sinergia entre educación, nutrición y bienestar familiar, dado que constituyen una transferencia implícita a todo el hogar. En efecto, estas iniciativas, de larga data en la región (por ejemplo, en Brasil el Programa de alimentación escolar se viene ejecutando desde 1953), mejoran el capital educativo de la población en la medida que reducen la deserción y el ausentismo escolar de los niños y niñas en situación de desventaja, además de proveer una ingesta mínima de calorías, condición necesaria para una adecuada acumulación de conocimientos. Los programas de comedores escolares también transmiten conocimientos y hábitos sobre alimentación adecuada y en programas iniciados en los últimos años se ha extendido la atención a los fines de semana y los períodos de vacaciones (Acosta y Ramírez, 2004). Numerosos países de la región han puesto en marcha programas de este tipo en las escuelas (desayunos con alto contenido nutritivo, almuerzos o ambos), con diversos grados de cobertura del alumnado. La información sobre la materia demuestra que estos programas tienen un importante efecto positivo en el estado nutricional de los escolares cuando se ejecutan en forma sostenida, y mejoran el rendimiento escolar de los alumnos y su permanencia en la escuela (Pardo, 2003). Estos programas de inversión temprana en capital humano tienen un alto rendimiento y costos relativamente bajos en comparación con los beneficios que brindan.

Los esfuerzos regionales de protección de la población en edad preescolar se han canalizado a través de los programas de salud maternoinfantil, que junto con establecer una vigilancia eficaz del estado de salud de los menores y combatir las principales causas de morbilidad infantil con inmunización oportuna, suelen ir acompañados de medidas de fomento de la lactancia materna en los seis primeros meses de vida y la provisión de complementos alimentarios. Otra línea de acción orientada a los niños en edad preescolar, relativamente difundida en la región, es el fomento del cuidado integral de los menores de seis años (atención nutricional y de la salud y desarrollo psicoafectivo) de los grupos de más bajos ingresos. A modo de ejemplo, pueden citarse (entre muchas otras) lo realizado en los programas de salas cuna y jardines infantiles en Chile, “Madres Cuidadoras” y “Hogares de Cuidado Diario” en República Bolivariana de Venezuela, el Programa de Protección a la Infancia y Adolescencia en México, el Programa Nacional de Educación Preescolar Alternativa, “Operación de Rescate Infantil” y “Nuestros Niños” en Ecuador, el programa “De la Mano” en Costa Rica, los hogares de bienestar infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de Colombia y el Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense. Además de centrarse en el desarrollo de los menores, estos programas representan en algunos casos redes de apoyo a las mujeres que forman parte de la fuerza laboral.

Por último, hay una serie de programas cuyos objetivos son la erradicación del trabajo infantil y la reinserción de los menores en el sistema educativo. En este contexto, destacan las actividades realizadas en los últimos años en Brasil (Programa de erradicación del trabajo infantil), Ecuador (Programa de Protección y Educación para Niños Trabajadores), México (“De la Calle a la Vida” y “Explotación sexual comercial infantil” del Programa de Protección a la Niñez y Adolescencia) y República Bolivariana de Venezuela (“Misión Negra Matea”, orientada a los niños de la calle). En estos programas se procura alentar actitudes y prácticas sociales y familiares que favorezcan la escolarización de los niños y la eliminación del trabajo infantil. En algunos se prevé también la transferencia de fondos para compensar el aporte al ingreso familiar que estos realizaban, condicionados a su asistencia a centros educativos.

Fuente: Marcia Pardo, “Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en América Latina”, *serie Estudios estadísticos y prospectivos*, N° 20 (LC/L.1906-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003.

Estos programas representan una original síntesis que combina elementos innovadores con ciertas características de distintas intervenciones de larga trayectoria en la región. Ejemplos de estos últimos son las transferencias monetarias directas a las familias (incluidas en numerosos programas asistenciales), la condicionalidad (incluida en los programas de emergencia vinculados al empleo descritos en la sección anterior) y las intervenciones multisectoriales (incluidas en los programas de comedores escolares, entre otros).

Las principales innovaciones radican en la primordial importancia otorgada a la corresponsabilidad de las familias beneficiarias; la condicionalidad concebida como incentivo llevado al plano familiar (no como mecanismo de autoselección y focalización) y como elemento de

articulación de metas a corto y largo plazo; la prioridad explícita otorgada a la búsqueda de sinergias sectoriales con fines de acumulación de capital humano, no solo de los niños de edad escolar sino también en la primera infancia, y el papel preponderante que se ha dado a la mujer en la recepción de los beneficios y en la participación en la aplicación y seguimiento. Muchos de estos programas cuentan con amplios recursos y aplican criterios de elegibilidad relativamente claros, lo que se traduce en una amplia cobertura, a diferencia de programas anteriores que se concentraban en áreas geográficas restringidas o que se regían por reglas de entrada más difusas. En el cuadro V.4 se enumeran los principales programas de transferencias condicionadas a la inversión en capital humano en América Latina y el Caribe ejecutados en los últimos 15 años; entre otros elementos, se indican los objetivos, los componentes, la población destinataria, los requisitos y los recursos asignados.

La condicionalidad impuesta a las familias en los programas sociales ejecutados en la región no varía mayormente de un caso a otro. En el área de la educación, se exige una asistencia escolar mínima de los niños, que varía entre el 80% y un 90%; en salud y nutrición, se condiciona la transferencia a las consultas a los centros de atención primaria de la salud, para que los niños y las madres reciban servicios preventivos de salud maternoinfantil y nutricional. Todos los programas examinados en esta sección se basan en transferencias en efectivo, con la excepción de “Superémonos” de Costa Rica y el “Proyecto 300” de Uruguay, en los que se distribuyen cupones canjeables por alimentos. Otra característica común es la concentración en la familia como unidad básica de intervención y, dentro de esta, el importante papel que se les otorga a las mujeres. Son ellas las destinatarias directas y las administradoras de las transferencias en el grupo familiar y también cumplen funciones como promotoras en tareas de difusión de actividades y supervisión del funcionamiento de las operaciones en el ámbito local, todo lo cual contribuye en gran medida al empoderamiento de las mujeres.¹⁷

La población cubierta por estos programas y el volumen de fondos asignados en relación con el PIB se indican en las últimas dos columnas del cuadro V.4. Destacan los programas “Bolsa Familia” de Brasil y “Oportunidades” de México, que cubren una importante fracción de la población (16% y un 25%, respectivamente) y revisten especial importancia por tratarse de los dos países más poblados de la región. Los programas que se ejecutan en Chile, Colombia y Jamaica tienen una amplia cobertura, del 4% al 9% de la población. En cuanto al presupuesto, ninguno de los programas excede el 0,35% del PIB; “Oportunidades” de México y el Programa de avance mediante la salud y la educación (PATH) de Jamaica son los que representan una mayor carga presupuestaria (0,32% del PIB en ambos casos).

Evaluación y resultados

Uno de los factores que explica la gran difusión de los programas de transferencias condicionadas en la región es la disponibilidad de evaluaciones independientes sobre su efecto.¹⁸ Las investigaciones realizadas sobre estos programas han permitido contrastar sus principales hipótesis de acción, identificar efectos no previstos y examinar los procesos de aplicación y sus repercusiones en las condiciones de vida de los beneficiarios. También han contribuido a darle una mayor transparencia a la gestión y una mayor legitimidad ante la opinión pública. En el cuadro V.5 se resumen los efectos detectados en seis de los principales programas realizados en la región en los ámbitos de la educación, la salud, la nutrición, la focalización y los ingresos monetarios.¹⁹

¹⁷ Véase al respecto la sección sobre la multidimensionalidad de la pobreza y la diversidad de los programas.

¹⁸ Esto constituye una diferencia sustancial con otras intervenciones que suelen restringirse a brindar información de tipo contable sobre el uso de los recursos físicos y financieros.

¹⁹ En Villatoro (2005), Aedo (2005) y Serrano (2005) se presenta información más detallada sobre estas evaluaciones.

Cuadro V.4
EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-2005

Programa	Objetivos	Componentes (tipo)	Población destinataria	Condiciones	Beneficiarios/ población	Gasto/PIB
Familias por la Inclusión Social (Argentina, 2005)	Fomento del desarrollo, la salud y la retención en el sistema educativo de los niños, junto con evitar la exclusión de familias pobres	- Educación (unidimensional)	Familias pobres con hijos menores de 19 años o embarazadas, que no cuenten con subsidios provenientes de otros programas sociales	- Asistencia a la escuela - Asistencia a los centros de salud		
Con todo derecho. Programa de ciudadanía porteña (Argentina, 2005)	Fomento de la salud y la retención en el sistema educativo de los niños y reducción de la exclusión social. Unificación de los programas sociales en la ciudad de Buenos Aires.	- Educación - Salud - Nutrición (mediante tarjeta) (multidimensional)	Familias indigentes con hijos menores de edad, mujeres embarazadas, adultos mayores o personas con algún tipo de discapacidad en la ciudad de Buenos Aires. Distribución de tarjeta magnética para compra de alimentos y combustible	- Asistencia a la escuela - Controles de salud periódicos de embarazadas y niños - En el futuro: búsqueda de trabajo y capacitación de adultos desempleados		
Bolsa Familia (Brasil, 2003)	Reducción de la pobreza y la desigualdad a corto y largo plazo	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias con niños en extrema pobreza, ingreso per cápita de 17 dólares mensuales Familias con niños en pobreza moderada, ingreso per cápita de 17 a 34 dólares mensuales	- Asistencia a la escuela - Calendario de cuidados de la salud familiar (vacunación y visitas periódicas a centros de salud)	16%	0,28% (2003)
<i>Bolsa Escola</i> (Brasil, 1995-2003)	Prolongación de la permanencia en la educación primaria y secundaria y prevención del trabajo infantil	- Educación (unidimensional)	Niños de 6 a 15 años, pertenecientes a familias con ingresos per cápita mensuales de hasta 90 reales	- De un 80% a un 85% de asistencia a la escuela	4,79%	0,13%
<i>Bolsa Alimentação</i> (Brasil, 2001)	Reducción de la incidencia de la mortalidad y desnutrición infantil y vinculación de las familias en riesgo nutricional con el sistema de atención de la salud	- Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias con ingresos per cápita inferiores a 15 reales, con mujeres embarazadas o lactantes y con niños menores de 6 años y 11 meses en riesgo nutricional	- Asistencia a controles de salud prenatales y nutricionales, inmunizaciones y desarrollo infantil		
Programa de erradicación del trabajo infantil (PETI) (Brasil, urbano desde 1999)	Eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidas las que representan un peligro para la salud, en las zonas rurales y urbanas	- Educación (unidimensional)	Familias con ingresos per cápita inferiores a la mitad del salario mínimo (65 dólares al mes) y que tengan niños en edad escolar (7-14 años), de zonas rurales y urbanas En zonas urbanas, niños de 10 a 14 años insertos en la prostitución, el tráfico de drogas, la recolección de basura y el comercio callejero	- 80% de asistencia a la escuela - Participación en jornada ampliada	0,45%	0,04% (2001)
Chile Solidario (Chile, 2002)	Prestación de apoyo integral a familias que se encuentran en condiciones de indigencia y pobreza crítica	- Salud - Educación - Vivienda digna - Trabajo - Dinámica familiar - Identificación (multiprograma)	Familias en situación de indigencia	- Cumplimiento de 53 condiciones mínimas en educación, salud, identificación, habitabilidad, dinámica familiar, ingresos monetarios y trabajo	6,45%	0,10% (2004)
Familias en Acción (Colombia, 2001)	Protección y fomento de la formación de capital humano en niños de 0 a 17 años, de hogares pobres, mediante apoyo a inversiones de las familias en salud, nutrición y educación	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias rurales y urbanas pobres (SISBEN 1) con niños de 0 a 17 años, no beneficiarias de los Hogares Comunitarios y de “Empleos en Acción”	- 80% de asistencia a la escuela - Asistencia a los centros de salud para controles de crecimiento y desarrollo de los niños	4,01%	0,3%

Cuadro V.4 (conclusión)

Programa	Objetivos	Componentes (tipo)	Población destinataria	Condiciones	Beneficiarios/ población	Gasto/PIB
Superémonos (Costa Rica, 2000)	Fomento del acceso y la permanencia en el sistema de educación de niños y jóvenes en situación de pobreza, mediante incentivos económicos	- Educación - Alimentación (multidimensional)	Familias pobres, con niños, niñas y adolescentes de 7 a 18 años, que asisten a la escuela	- Asistencia a la escuela. - No usar cupones para comprar licor, cigarros, drogas u otros bienes - No transferir cupón a otras personas	1,12%	0,019% (2002)
Beca Escolar (Ecuador, 2001)	Fomento del acceso y la permanencia de los menores en el sistema escolar	- Educación (unidimensional)	Niños y niñas de 6 a 15 años, matriculados en el sistema escolar, que pertenezcan al quintil más pobre de la población	- 90% de asistencia a la escuela		0,05%
Programa de Asignación Familiar (PRAF) (Honduras, 1990)	Incremento del capital humano de niños de familias pobres, ayudándolos a quebrar el círculo de la pobreza	- Educación - Salud - Alimentación (Multidimensional con refuerzo de oferta)	Familias pobres con: - Niños de 6-12 años, que no han terminado el 4º año de enseñanza primaria - Niños menores de 3 años - Discapacitados de hasta 12 años - Mujeres embarazadas - Adultos mayores de 60 años	- Inasistencia escolar máxima de 7 días - Asistencia a los centros de salud	4,7%	0,019%
Programa de avance mediante la salud y la educación (PATH) (Jamaica, 2002)	Incremento de los logros de educación y salud, reducción del trabajo infantil y superación de la pobreza	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias pobres con niños de 0 a 17 años, mujeres embarazadas o lactantes y adultos mayores y discapacitados	- 85% de asistencia a la escuela - Asistencia a los centros de salud	9,07%	0,32% (2004)
Oportunidades (ex-Progresá) (México, 1997)	Incremento de la capacidad de las familias en situación de extrema pobreza, mediante la inversión en capital humano, en los ámbitos de la educación, la alimentación y la salud	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias bajo la línea de pobreza (18,9 pesos diarios por persona en las áreas rurales y 24,7 pesos diarios por persona en las ciudades), entre cuyos miembros haya jóvenes de 8 a 18 años matriculados en educación primaria o secundaria, lactantes de 4 a 24 meses, niños de 2 a 5 años con desnutrición, y mujeres embarazadas y lactantes	- 85% de asistencia a la escuela - Visitas a centros de salud - Asistencia a talleres de salud y nutrición	25%	0,32% (2001)
Red de Protección Social “Mi Familia” (Nicaragua, 2000)	Fomento de la acumulación de capital humano de niños de familias pobres en las áreas de la educación, la nutrición y la salud	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional con refuerzo de oferta)	Niños de 0 a 13 años de familias pobres. Los mayores de 6 años deben estar matriculados en la enseñanza básica	- Menos de seis días de inasistencias no justificadas a la escuela - Asistencia a centros de salud - Asistencia a talleres de salud y nutrición - Vacunas al día en los niños	1,21%	0,021% (2002)
Tarjeta Solidaridad (Rep. Dominicana 2005)	Reducción de la pobreza extrema y el hambre. El programa unifica las iniciativas “Comer es primero” y “Ficha ILAE” (incentivo a la asistencia escolar)	- Educación - Salud - Nutrición (mediante tarjeta) (multidimensional)	Población en pobreza extrema, identificada mediante el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN, sistema de puntaje socioeconómico). Entrega de tarjetas de débito en casos justificados	- 85% de asistencia escolar - Visitas periódicas a centros de salud (la periodicidad se definirá más adelante)	12% (objetivo futuro: 25%)	
Proyecto 300 (Uruguay, 2000)	Inserción escolar de niños en situación de calle	- Educación (unidimensional)	Niños en situación de calle que participan en algún proyecto socioeducativo del Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay (INAU) que tengan de 6 a 14 años	- Asistencia a la escuela		

Fuente: Pablo Villatoro, “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Las conclusiones sobre los efectos de los programas de transferencias condicionadas, resumidas en el cuadro V.5, indican que estos programas han hecho una contribución significativa a la acumulación del capital humano. En cambio, se dispone de escasa información que permita inferir que este tipo de programas sea más eficaz que programas similares en cuya definición no se incluya la condicionalidad (véase el recuadro V.3).

En cuanto a los efectos en la educación, las evaluaciones han dejado en evidencia que los programas de transferencias condicionadas tienen efectos positivos, tanto a corto como a mediano plazo, cuando se consideran indicadores tales como las tasas de matrícula y asistencia escolar, la promoción por grado y el aumento de la escolaridad. También se han observado, aunque en menor medida, efectos favorables en la reducción del trabajo infantil. Sin embargo, en el único programa sobre el que se dispone de evidencia (el programa Oportunidades), los resultados son más limitados en lo que respecta al aprendizaje. En cuanto a la distribución, los efectos parecen ser mayores en los hombres que en las mujeres y los efectos en el capital humano acumulado a través de la educación tienden a estar condicionados por la cobertura del sistema escolar anterior a la aplicación de los programas (Villatoro, 2005).

El efecto de los programas en materia de salud y alimentación también es, en general, positivo; concretamente, se observan incrementos significativos de los controles preventivos de salud, el acceso a los servicios de salud y la utilización de los servicios ambulatorios. Las evaluaciones revelan que estos efectos son mayores en infantes y niños menores. En lo que se refiere a la respuesta de las familias en materia de prevención y atención de los problemas de salud de niños y niñas, puede citarse el caso de “Oportunidades”, que amplió la difusión y la utilización de métodos de planificación familiar (Hernández y otros, 2005). En cuanto a la nutrición, los estudios revelan una mayor ingestión de alimentos ricos en calorías y proteínas y una alimentación más variada entre los beneficiarios de Oportunidades, Familias en Acción y Red de protección social (RPS) de Nicaragua (Attanasio y otros, 2005; IFPRI, 2002; Skoufias y McClafferty, 2001). Las evaluaciones también han permitido identificar áreas en las que los programas no estaban teniendo el efecto proyectado, como ocurre con la provisión de alimentos fortificados con micronutrientes a grupos muy vulnerables, como lactantes y mujeres embarazadas (Villatoro, 2005).

En la mayoría de los programas las transferencias monetarias se reflejaron en un aumento del ingreso familiar, aunque por la dimensión de las transferencias no siempre se ha logrado reducir significativamente la tasa de pobreza. La ayuda monetaria también ha servido para mitigar el impacto de perturbaciones económicas. En la fase piloto de la RPS Nicaragua, el ingreso de los beneficiarios se mantuvo invariable, pero se observó una notable baja en las familias del grupo de comparación, lo que se atribuyó a la crisis económica (disminución de los precios del café) que afectó a las zonas donde se aplicó el programa (IFPRI, 2002).

En general, los programas de transferencias condicionadas están orientados a dar amplia cobertura a la población en condiciones de pobreza y, a la vez, han logrado un adecuado grado de concentración de los beneficios en los hogares más pobres. Como se aprecia en el cuadro V.5, el grueso de los beneficiarios pertenece a los dos quintiles más pobres de las poblaciones respectivas, aunque existe un amplio margen para mejorar el alcance en el primer quintil.

Cuadro V.5
EFFECTO Y FOCALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS

Dimensión	Oportunidades (México)	Red de Protección Social (Nicaragua)	PRAF (Honduras)	Familias en Acción (Colombia)	“Bolsa Escola” (Brasil)	PETI (Brasil)
Matrícula escolar	++ secundaria rural, corto plazo, menor en primaria, mayor en mujeres + en urbano, pero sin efecto en mujeres ++ transición primaria-secundaria	++ tasas de matrícula, igual hombres y mujeres, mayor en familias más pobres y de menor edad	= efecto reducido	+ tasa de inscripción niños 14-17 en áreas iniciales		
Asistencia escolar	= no hubo incremento sustantivo rural a corto plazo	+ menos pronunciados		++ niños 12-17 años rural y urbano = 8-11 años		
Aprobación de grado	++ niños rurales mediano plazo aprobación oportuna: un 38%-64% niños 30%-39% niñas Entre 0,66-1,12 años más educación rural; 0,12-0,2 urbana	++ tasas de promoción escolar, sobre todo mayores 0,9 años más de educación				
Aprendizaje	= corto plazo rural + mediano plazo (indicios)					
Trabajo infantil	+ (reducción) participación niños rurales, pero menor a matrícula (CP) ++ jóvenes urbanos (19-20 años, varones) ++ varones rurales mediano plazo (MP) = niñas rurales (MP)	+ (reducción) un 5% niños 7-13 años		= no se detectó efecto (pero sí en oferta laboral de madres, aunque no significativa)	= no se detectó efecto	++ (reducción) en algunos estados (26% en Bahía) + (reducción) trabajo actividades de alto riesgo
Controles de salud, prevención, enfermedades	++ utilización servicios rurales ambulatorios de salud + embarazos con atención prenatal rural = partos atendidos por médicos + niveles de vacunación + conocimiento y utilización métodos planificación de la familia rural + (reducción) un 20% días enfermedad niños 0-5 y adultos 16-49%	++ niveles de vacunación un 30% + controles de nutrición + control de crecimiento + suplemento de hierro pero sin reducción de anemia	++ atención prenatal y control de niños = control postnatal madres + vacunación	++ menores 4 años con controles preventivos al día = mayores 4 años ++ (reducción) diarrea niños rurales 0-4 años = niños urbanos >4		
Nutrición	+ mayor ingesta de alimentos calóricos y proteicos, alimentación más variada (“pláticas”) = un 50% niños 6-23 meses ingirió suplemento nutricional entregado	+ mayor ingesta de alimentos calóricos y proteicos, alimentación más variada	= sin evidencia efecto nutricional, alta deficiencia de hierro y anemia	++ gasto en alimentos zonas rurales + situación nutricional 0-6 años (peso) pero malnutrición no mejoró		
Ingresos monetarios	+ (reducción) incidencia pobreza 11,7%	+ evitó baja por crisis del café			+ (reducción) pobreza un 1%	
Focalización	39,5% en el 20% más pobre, 62,4% un 40% más pobre	55% en el 20% más pobre, 80,9% un 40% más pobre	42,5% en el 20% más pobre, 79,5% un 40% más pobre	71% en familias indigentes, 97,5% en familias pobres		

Fuente: Pablo Villatoro, “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito; y Cristián Aedo, “Evaluación del impacto”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Nota: ++ efecto significativo, + efecto menor, = sin efecto (estadísticamente significativo).

Recuadro V.3

EFFECTIVIDAD DE LA CONDICIONALIDAD Y RENTABILIDAD SOCIAL DE ALGUNOS PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS

Un aspecto fundamental de la formulación de estos programas es la comparación de las transferencias monetarias condicionadas con las entregadas sin condiciones a los beneficiarios, pero el tema aún no ha sido evaluado sistemáticamente. Bourguignon, Leite y Ferreira (2002) estudian el caso de la “Bolsa Escola” de Brasil y llegan a la conclusión de que la imposición de condiciones contribuyó notablemente a que se produjeran los cambios observados en las decisiones de enviar a los niños a la escuela. Sin esas condiciones, concluyen que la proporción de niños en las distintas categorías ocupacionales (escuela, trabajo infantil, escuela/trabajo infantil) sería casi idéntica a lo que hubiera sucedido sin la ejecución del programa. Por el contrario, la transferencia condicionada, a pesar de su pequeño valor, indujo a que las familias de 4 de cada 10 niños no matriculados recibieran los incentivos necesarios para cambiar sus decisiones y enviarlos a los establecimientos escolares. En términos porcentuales, la condicionalidad provocaría una disminución del porcentaje de niños no matriculados de un 6% a un 3,7%. En cambio, en otros estudios se considera que en países de ingresos medios en los que coexisten altas tasas de pobreza con altos grados de cobertura educativa temprana, el efecto potencial de las transferencias condicionadas en cuanto a capital humano educativo se ve limitado. En el estudio de Reiners, Da Silva y Trevino (2005), se llega a la conclusión de que solo un 11% de los niños beneficiarios de “Oportunidades” asistió a la escuela a causa de la transferencia y que un 65% de las familias que recibió una transferencia habría enviado a sus niños a los establecimientos escolares sin la ayuda proporcionada por el programa.

En cuanto a la rentabilidad social de programas de este tipo, en Morley y Coady (2003) se presenta una simulación realizada con el fin de estimar la razón costo-beneficio de estos programas y sus tasas internas de rentabilidad, a partir de datos correspondientes a los programas “Oportunidades” de México y Red de protección social (RPS) de Nicaragua. Según este estudio, el beneficio total para los participantes en los programas es la suma de las transferencias directas que reciben las familias, más el valor presente de los beneficios monetarios futuros derivados de los años adicionales de estudio cursados por los niños (con una tasa de descuento del 6%), menos la “pérdida” de ingreso por efecto de la ayuda (debido a la reducción del trabajo infantil) y el costo privado de la escolaridad (asistencia a la escuela, material escolar y otros). También se imputan en este cálculo los costos de administración y los errores de focalización. La estimación se realizó considerando el efecto a corto plazo del programa en áreas rurales, que fue equivalente a un aumento de los años de escolaridad del 0,66 (“Oportunidades”) y 0,9 (RPS). Los resultados muestran que la tasa interna de rentabilidad es del 8,9% en “Oportunidades” y de un 11% en la RPS de Nicaragua. En ninguno de los dos casos se tomaron en consideración los beneficios de la paliación de la pobreza a corto plazo.

Los ejercicios de este tipo deben interpretarse con cautela. Entre otras cosas, no está claramente demostrado que los años adicionales de escuela se transformen necesariamente en mayores salarios, ni se toma en cuenta la capacidad de las escuelas de ofrecer una educación de calidad a los nuevos alumnos. Esto se debe a dos factores. El primero de ellos es que el logro educativo es solo una de las dimensiones de los cambios en el capital humano necesarios para que las personas mejoren sus condiciones de vida. El incremento de la productividad obedece fundamentalmente al fortalecimiento de las habilidades cognitivas de las personas, no a los años adicionales de escolaridad y hay que tener presente que los efectos de estos programas en términos de aprendizaje no han sido documentados de manera concluyente (Reiners, Da Silva y Trevino, 2005). Por otra parte, en la actualidad muchas economías de la región no están creando suficientes empleos para absorber una fracción significativa de los pobres, incluso si estos tienen un mayor nivel de educación, lo que demuestra tanto el carácter parcial del análisis como la importancia de complementar estos programas con medidas de fortalecimiento productivo.

Fuente: Pablo Villatoro, “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

En cuanto a sus aspectos más generales, se destacan los esfuerzos de integración intersectorial, aunque se han observado en varios casos problemas de coordinación entre los programas de transferencias y los prestadores de servicios de educación y salud (Rawlings, 2005). Para enfrentar estas dificultades, en algunos programas se han creado instancias de coordinación intersectorial a distintos niveles.²⁰ Por otra parte, una de las características distintivas de estos programas es el bajo costo de su administración (Serrano, 2005).²¹ Sin embargo, el condicionamiento de los beneficios

²⁰ Lo ocurrido en los comités locales de la RPS de Nicaragua demuestra que estas instancias fueron importantes para la adecuación de la oferta, en un contexto de incremento de la demanda de servicios educativos y de salud (IFPRI, 2002).

²¹ En las evaluaciones de “Progres” se ha observado que de cada 100 pesos mexicanos asignados al programa 8,9 son absorbidos por gastos administrativos, lo que representa una proporción relativamente baja en comparación con otros programas sociales. Los

puede tener efectos contraproducentes, no previstos en la etapa de formulación de los programas, que pueden repercutir negativamente en el bienestar de las familias, ya sea por desconocimiento, problemas de difusión sobre las reglas de operación o bien porque las condiciones son demasiado estrictas. Por ejemplo, en una evaluación del programa *Bolsa Alimentação* en cuatro municipios del nordeste de Brasil se determinó que, después de seis meses de intervención, los niños beneficiarios subieron menos de peso por mes que los del grupo de comparación. Este problema se atribuyó a que las madres temían perder el beneficio si sus hijos subían de peso, por creer que la permanencia en el programa se debía a que pesaban menos de lo normal (Villatoro, 2005; Morris y otros, 2004). Un caso similar es el de la fase piloto de la RPS de Nicaragua, en la que se exigió que los niños no bajaran de peso para que la familia pudiera recibir una transferencia monetaria; esto se tradujo en una sobrealimentación de los niños con anterioridad a las visitas de control en los centros de atención primaria. La exigencia fue eliminada más adelante, pero muchos beneficiarios siguieron mostrando este tipo de conductas (IFPRI, 2005). Aunque este fenómeno no ha sido estudiado sistemáticamente en las evaluaciones de los programas, la escasa evidencia existente indica que la utilización de la condicionalidad como herramienta de intervención debe evaluarse cuidadosamente.

Además de la disponibilidad de evaluaciones independientes, otro aspecto de gran relevancia respecto de los programas de transferencias condicionadas ejecutados en la región es el mayor grado de institucionalización en que se ha enmarcado su formulación y aplicación. En efecto, tanto “Oportunidades” como “Bolsa Familia” (los dos mayores programas de transferencias condicionadas de la región) representan casos de consolidación de iniciativas dispersas, basados en un consenso político que impulsa la creación de instituciones con el poder suficiente para coordinar estos esfuerzos.²² Puede afirmarse que, más allá de la condicionalidad de las transferencias, el factor de fortalecimiento institucional es una de las claves del relativo éxito y de la gran cobertura alcanzada por estos programas.

Desafíos futuros

En esta sección se describen algunos de los desafíos a los que se enfrentan los programas sociales en la región, en particular los pertenecientes a la nueva generación de programas de transferencias condicionadas. Estos desafíos giran en torno a problemas observados en la relación entre derechos y obligaciones, el empoderamiento de las mujeres, el fomento de la participación ciudadana y el desarrollo de capital social, la compatibilización de la oferta y la demanda de servicios y la ampliación de las posibilidades de inserción laboral de los beneficiarios.

Derechos y obligaciones

La ciudadanía plantea relaciones entre derechos y obligaciones, por lo que la imposición de condiciones para acceder a ciertos beneficios, en el caso de los programas de transferencias condicionadas, se da en el marco de corresponsabilidad y complementariedad entre derechos y obligaciones. Desde esta perspectiva, para que los niños y las niñas puedan ejercer plenamente el derecho a la educación, los padres tienen que evitar la deserción escolar. Si en determinadas situaciones el costo de oportunidad lleva a familias muy pobres a retirar a los hijos de la escuela para ocuparlos en actividades que contribuyen al ingreso familiar, es necesario enfrentar este problema a fin de mejorar la capacidad de respuesta de los padres con relación al derecho a la

componentes más importantes son el costo de la selección de hogares (30%), seguido por el costo del condicionamiento de la recepción de transferencias (26%) (Aedo, 2005).

²² “Progresas”, y luego “Oportunidades”, son la continuación de una serie de programas de educación y subsidios alimentarios, y refleja la fortaleza institucional desarrollada por la Secretaría de Desarrollo Social y el consenso político logrado con posterioridad a la crisis de 1995. Bolsa Familia consolida una serie de iniciativas dispersas (*Bolsa Escola*, *Bolsa Alimentação*, *Cartão Alimentação* y *Auxílio Gás*); como parte del programa se han adoptado medidas de coordinación, entre otras el desarrollo de un padrón unificado. Este programa es una pieza fundamental del programa “Hambre Cero”, una de las prioridades del gobierno brasileño, por lo que fue asignado a una secretaría de Estado creada específicamente para encargarse de su gestión.

educación de los hijos. En este sentido, este tipo de programas tiene un efecto positivo en lo que respecta a los derechos de los niños y las niñas, por una parte, y las obligaciones de los padres con relación a estos derechos, por otra. Además, al alentar una actitud proactiva por parte del beneficiario, las transferencias condicionadas permiten establecer una relación de responsabilidades mutuas entre beneficiarios y programas.

Esto se refleja claramente en los resultados positivos de las evaluaciones de efecto de los principales programas de transferencias condicionadas de la región, en las que se señala que el establecimiento de requisitos simultáneos en distintos ámbitos de intervención constituye una herramienta eficaz de creación de incentivos para las familias y alienta sinergias positivas. En efecto, la condicionalidad puede interpretarse como un incentivo para fomentar actitudes responsables a largo plazo. Al neutralizar parte de los costos de oportunidad, los programas de transferencias condicionadas permiten que las familias beneficiarias reconozcan claramente el valor presente de las inversiones en capital humano, especialmente en educación, salud y nutrición.

Sin embargo, es importante evitar que la condicionalidad tenga efectos negativos y no deseados. En este contexto, hay que entender la condicionalidad como una herramienta más entre las diversas herramientas disponibles en la formulación de programas sociales y debe evaluarse en función del efecto potencial que pueda tener en cada situación.

Por último, para fortalecer progresivamente la titularidad de los derechos es necesario que en los programas sociales se identifique e incorpore a las familias elegibles y no solo esperar que quienes necesiten apoyo lo soliciten.²³ Hay que considerar que en muchos casos la población destinataria de los programas sociales tiene poca vinculación con la estructura institucional establecida y escaso contacto con las campañas oficiales de información, lo que les dificulta el responder a las iniciativas públicas. La pasividad del Estado facilita la “captura” de los programas por quienes no son forzosamente aquellos que más los necesitan.

Además, en algunos casos la definición de los grupos y barrios definidos como pobres o en condiciones de extrema pobreza en los programas de transferencias condicionadas contribuye a reforzar los conflictos latentes en las comunidades. Esto se debe a que la delimitación de los beneficiarios o las zonas de cobertura no siempre coincide con la percepción de quiénes son los más pobres, ni con la delimitación geográfica hecha por los mismos beneficiarios. Incluso en los programas con elementos más participativos la unidad de intervención es considerada como un dato dado y no se contempla el diagnóstico como una etapa en que la comunidad misma tiene algo que decir (Arriagada y Miranda, 2005).

Empoderamiento de las mujeres, participación ciudadana y capital social

El empoderamiento, la participación y el fomento del desarrollo de capital social deben considerarse tanto medios como fines de los programas de apoyo a los sectores más pobres. En cuanto medios, constituyen instrumentos que realzan la eficacia de los programas a través de sinergias y del mejor aprovechamiento de los activos de la comunidad; y refuerzan la exigibilidad, rendición de cuentas y la transparencia de los procedimientos. Como fines, constituyen conquistas en el plano de la ciudadanía, por cuanto se traducen en mayor poder, inclusión y voz por parte de los beneficiarios (*voice*).

Sin embargo, ni la dimensión comunitaria ni el desarrollo de capital social han aparecido como prioridades explícitas en los programas de transferencias condicionadas; y no se ha logrado poner adecuadamente en práctica el enfoque de capital social en los ámbitos específicos de la gestión y formulación (Arriagada, Miranda y Pavez, 2004; Serrano, 2005; Sojo, 2003). De hecho, la

²³ Simultáneamente, debería evitarse la estigmatización de las familias beneficiarias.

definición rígida de la familia como unidad de intervención omite las relaciones entre esta y su entorno inmediato, lo que puede desestructurar lógicas colectivas de ayuda mutua y dar origen a competencias y rivalidades por los recursos que proporciona el programa (Serrano, 2005).

Empoderamiento de las mujeres

Un primer elemento de los programas de transferencias condicionadas que cabe destacar es el empoderamiento de las mujeres, tanto dentro de la familia como en la comunidad. Por una parte, la posibilidad de percibir ingresos monetarios que se les abre a las mujeres como receptoras directas de las transferencias en los programas de transferencias condicionadas les permite modificar su papel pasivo o subordinado dentro de la familia, lo que les permite desempeñar un papel más importante como proveedoras, sobre todo en lo que respecta a la toma de decisiones sobre asignación de recursos y gastos (Armas, 2004). Esto permite que las mujeres tengan más protagonismo, lo que se refleja en un mayor reconocimiento de su papel en el hogar y redunda en mayor autoestima y autoconfianza de las mujeres (véase el recuadro V.4).

Sin embargo, en los programas sociales el empoderamiento ha sido acompañado de mayores exigencias para las mujeres, que ya participan en la economía del cuidado, porque les ha impuesto una mayor carga de trabajo derivada de su participación como promotoras de los programas (Arriagada, Miranda y Pavez, 2004).²⁴ Cabe preguntarse, entonces, en qué medida las nuevas obligaciones contraídas por las mujeres en relación con la educación, la salud y la nutrición de sus hijos, a modo de contraprestación por los beneficios de los programas de transferencias condicionadas, se suman a su trabajo doméstico y limitan sus posibilidades de autonomía mediante la incorporación al mercado laboral. Por otra parte, en la concepción de muchos programas el trabajo doméstico se concibe como un componente natural del papel de la mujer, por lo que se les exigen contraprestaciones fuera del hogar, sin considerar el costo que tiene el desempeño de sus funciones por otras personas (Kessler y Roggi, 2005).

Por último, entre los posibles efectos no deseados destacan el surgimiento de nuevos conflictos entre los cónyuges, dado que muchos hombres reaccionan negativamente al mayor poder de decisión de las mujeres sobre los recursos financieros o al hecho de que las mujeres están más tiempo fuera del hogar, dedicadas a actividades relacionadas con las contraprestaciones.

Participación ciudadana

La participación ciudadana en el monitoreo de los programas es un elemento esencial en varios sentidos. En primer lugar, permite a los beneficiarios exigir el cumplimiento de los servicios ofrecidos en el programa, en la medida que les facilita el acceso a las autoridades y a los responsables de los programas y les brinda información para evaluar el cumplimiento efectivo de estos últimos. Por el mismo motivo, refuerza la toma de conciencia de los beneficiarios sobre sus derechos. En segundo lugar, la participación se traduce en una mayor participación e interlocución de los beneficiarios, es decir, más “voz” para quienes tradicionalmente han padecido la falta de acceso a instancias de decisión. Esto es muy importante, por el hecho de conjugar mayores derechos sociales (por vía de acceso a prestaciones y beneficios de los programas) con mayor ciudadanía política. Surte, pues, el efecto de un aprendizaje social en los grupos más pobres, que permite ir revirtiendo el círculo vicioso creado por la falta de poder y la falta de recursos y crear en cambio un círculo virtuoso que relaciona positivamente un mayor empoderamiento con una mayor capacidad para exigir recursos y prestaciones. En tercer lugar, la participación ciudadana es positiva por cuanto obliga a una mayor transparencia y rendición de cuentas de la actividad pública, limitando la mala gestión, la corrupción y el abuso. En este sentido, en varios de los programas de transferencias condicionadas aplicados en la región se han incorporado una serie de dispositivos de control y

²⁴ El mayor empoderamiento de la mujer debe complementarse con una repartición más equitativa dentro del hogar de los esfuerzos que implican las obligaciones ligadas a los programas sociales.

seguimiento, con el objetivo de fomentar la participación ciudadana, incrementar la transparencia y evitar la fuga de recursos desde las comunidades más pobres. En este contexto destacan las instancias comunitarias de validación de los beneficiarios en los programas “Oportunidades” (México) y Bolsa Escola (Brasil).²⁵

Recuadro V.4

EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES EN PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS

Las investigaciones sobre “Oportunidades”, el programa de erradicación del trabajo infantil (PETI), *Beca Escola* y “Bono Solidario” revelan que las madres han dado muestras de un creciente empoderamiento psicológico (Zimmerman, 2005), lo que se refleja en una mayor confianza en sí mismas, mayor autoestima y una mayor “apertura mental” (Armas, 2004; Adato y otros, 2000; IFPRI, 2005). En Oportunidades, la capacitación ofrecida también ha tenido importantes efectos: las mujeres indican que su conocimiento de nutrición y prevención de enfermedades aumentó después de su participación en el programa (Arriagada, Miranda y Pavez, 2004; Adato y otros, 2000).

Sin embargo, se señala que se producen ciertas tensiones dentro de las familias. Para ilustrarlas, se puede recurrir al testimonio de las mujeres de Oportunidades, quienes dicen que el programa les absorbe demasiado tiempo, debido a la exigencia de participación en sus actividades y al aumento de la carga de trabajo que antes era hecho por los niños (Adato y otros, 2000). En este mismo programa, se observó que algunos hombres estaban descontentos por el tiempo que pasaban fuera del hogar las promotoras, situación que creó conflictos y abandonos. En todo caso, también hubo solidaridad entre las mujeres para revertir los efectos de las reacciones masculinas (Adato y otros, 2000; González de la Rocha y Escobar, 2002).

La información sobre los efectos de las intervenciones en relación con el patrón de toma de decisiones dentro de la familia tiende a confirmar la hipótesis propuesta. Por ejemplo, las madres participantes en el programa Bono Solidario de Ecuador tuvieron problemas para transformar las transferencias en capacidad de toma de decisiones en la familia (Armas, 2004). En Oportunidades, los cambios observados en los patrones de toma de decisiones fueron limitados; tanto beneficiarios como no beneficiarios dijeron que las mujeres toman las decisiones sobre los gastos en alimentos, mientras que los hombres deciden sobre los gastos mayores. Esta situación era más pronunciada en el caso de hombres con menos educación y pertenecientes a etnias indígenas (Adato y otros, 2000).

Por último, los datos sobre los efectos a corto plazo de la entrega de las transferencias a las madres en la calidad de las relaciones familiares no son concluyentes. Algunas mujeres participantes en “Oportunidades” señalaron que sus cónyuges les daban menos dinero después de comenzado el programa, e informantes clave indicaron que algunos hombres estaban apropiándose de las transferencias (Adato y otros, 2000; González de la Rocha, 2003). Algunas beneficiarias de Bono Solidario tuvieron que desarrollar estrategias para administrar el dinero y evitar que sus parejas se quedaran con él. Los testimonios de las mujeres participantes en este programa indican que en algunos casos sus parejas han recurrido a la violencia para quitarles la transferencia (Armas, 2004). En cambio, en la evaluación de Red de protección social (RPS) no se informó sobre casos de maltrato o violencia intrafamiliar vinculada a la participación en el programa y, por el contrario, se observó que la disponibilidad de recursos adicionales tuvo efectos positivos, como la disminución de los conflictos y el mejoramiento de las relaciones familiares (IFPRI, 2005).

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

La participación ciudadana no solo se traduce en una mejor gestión de los programas sociales, sino que también estimula la incorporación de la sociedad civil en la concepción y ejecución de actividades (en especial, la adaptación al ámbito local y a la heterogeneidad cultural de los beneficiarios), la asignación de recursos y la definición de prioridades. La mayor participación constituye, en este sentido, un aporte al enriquecimiento de los programas sociales, pues da a conocer ampliamente el aprendizaje social disperso en las comunidades. La corriente de innovación presente en la sociedad civil, y que suele darse a escala local y comunitaria, puede ser aprovechada

²⁵ En el ámbito de los programas de emergencia ejecutados en la región, se han desarrollado diferentes modalidades de participación, como los Consejos de Emergencia locales y provinciales implementados en el plan “Trabajar en Argentina”, modelo aplicado también a los Consejos Consultivos Locales (CCL) de “Jefes y Jefas” (Argentina) y a las Mesas y Asambleas del PESP y de “A Trabajar” (Perú). Aunque no existe evidencia sistemática con respecto al efecto de este tipo de programas, la incorporación de mecanismos de participación y control ciudadano en el programa “Jefes y Jefas” de Argentina fue más eficiente en la reducción de los conflictos políticos y sociales que en la gestión específica del programa (Villatoro, 2005).

en los programas sociales para crear sinergia entre la oferta pública y la creatividad e innovación proveniente de las comunidades. La apertura de canales de participación facilita estos procesos de capitalización de la innovación social en las políticas públicas (véase el recuadro V.5).

Recuadro V.5

INNOVACIÓN SOCIAL EN LA SOCIEDAD CIVIL: UN REGISTRO RECIENTE

La CEPAL, con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg, lleva a cabo el proyecto “Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe”, cuyo propósito es identificar, analizar, difundir y dar reconocimiento a programas innovadores que se estén ejecutando en América Latina y el Caribe y cuya principal finalidad sea el bien común, que estén orientados a comunidades o grupos menos favorecidos de la población y que creen condiciones para el desarrollo y la consolidación de la plena participación ciudadana.

En el concurso creado por la CEPAL y la Fundación W.K. Kellogg se conceden premios a los programas que hayan introducido procesos, prácticas y enfoques innovadores que se traduzcan en cambios cualitativos o cuantitativos en las prácticas comúnmente utilizadas; que tengan un efecto positivo en la calidad de vida de los beneficiarios; que contribuyan a la ampliación o consolidación de los principios de la verdadera ciudadanía; que puedan replicarse en otras poblaciones o países, y a programas que sean sostenibles. Los programas presentados se centran en las áreas de educación, salud, seguridad alimentaria, nutrición, desarrollo rural, generación de ingresos, responsabilidad social, voluntariado y juventud.

Entre la gran cantidad de actividades innovadoras identificadas, destacan el programa iniciado en Brasil para reducir la mortalidad infantil mediante informantes y promotores comunitarios clave encargados de llevar registros epidemiológicos y el catastro para el seguimiento de gestantes y niños en situación de riesgo; los programas de salud que se ejecutan en Chile y Colombia con el fin de fortalecer los sistemas médicos de pueblos originarios en el mismo espacio terapéutico que la medicina occidental; un proyecto de alternancia educativa para el tercer ciclo de la educación general básica en Argentina en el ámbito rural, mediante la incorporación en escuelas agrícolas de métodos pedagógicos no tradicionales; y un programa de red comunitaria de producción y distribución de productos lácteos para suplir deficiencias nutricionales en Haití.

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

Capital social

La incorporación del fomento del capital social como uno de los aspectos de los programas para la superación de la pobreza puede propiciar mayor inclusión social, porque supone prestar especial atención a las redes que permiten vincular a los sectores pobres entre sí y con los demás sectores de la población. Concretamente, se apunta a modificar el alcance de las redes sociales y el grado de asociación entre grupos con distinto tipo de capital social. También significa hacer hincapié en el papel de las relaciones sociales de confianza, reciprocidad y cooperación, en la sostenibilidad de iniciativas comunitarias y en las estrategias desarrolladas para mitigar los efectos de la pobreza. Por otra parte, el desarrollo del capital social en los programas también apunta a que los agentes tengan una mayor participación y un mayor protagonismo en la solución de sus problemas.

Incorporar el criterio de capital social en los programas de superación de la pobreza significa dar prioridad a las relaciones sociales existentes en las comunidades en las que se va a intervenir y a las modalidades de participación en la toma de decisiones de los miembros de la comunidad. Aun cuando se visualicen las estructuras de organización de los destinatarios, si en el programa se desconocen las dinámicas de las comunidades y sus procesos de autogestión (registrados en la memoria histórica y la tradición de actividades de colaboración en la comunidad) es imposible hacerlo. Lo mismo ocurre si el programa se centra en la prestación de determinados servicios, pero en la planificación de sus sucesivas etapas no se toman en consideración las características específicas de la comunidad y su trayectoria anterior, las redes preexistentes y los liderazgos positivos.

Desde la perspectiva de las sinergias que se aspira a lograr en las intervenciones para superar la pobreza, hay que considerar que el capital social es un activo intangible que permite acceder a otros recursos. En su calidad de activo, tiene valor en sí mismo, entre otras cosas por el sentido de pertenencia e inclusión que puede dar a los individuos y debido al poder que puede provenir del simple hecho de organizarse y vincularse con los demás. Sin embargo, muchos insisten en que el valor principal del capital social se encuentra en que facilita el acceso a otros recursos (Arriagada y

Miranda, 2005). Para facilitar el desarrollo del capital social en los programas sociales es necesario considerar simultáneamente tanto cuestiones de índole técnico y metodológicos (sistema de prestación de los bienes y servicios, papel de los agentes intermedios y formas de participación de los beneficiarios, entre otras) y las cuestiones relacionadas con el diseño e inserción institucional y la gestión de los proyectos. La forma de hacer las cosas, los acuerdos que se toman y las responsabilidades compartidas a las que responden son la base de la sostenibilidad de los procesos ligados al capital social.

Para fortalecer la organización comunitaria y para la creación de capital social o su ampliación, convendría que los programas incluyeran lo siguiente: i) diagnóstico de las dinámicas de cooperación y conflicto predominantes en las comunidades, y entre las comunidades y las instituciones sociales; ii) definición de los efectos proyectados en términos de capital social; iii) herramientas metodológicas que fortalezcan la identidad, la asociación y el liderazgo local; iv) consideración del papel de los promotores en lo relativo a sus vínculos con el territorio, el carácter horizontal de la labor que realizan y su experiencia en actividades de desarrollo, y v) el fortalecimiento institucional (Arriagada, Miranda y Pavez, 2004).²⁶

Articulación de la demanda y la oferta de servicios

Los programas sociales que se basan en la provisión de incentivos a la demanda de servicios (de educación y salud, entre otros) deben coordinarse con la existencia de la oferta de servicios pertinente, dado que la población de la región que se encuentra en situación de pobreza tiene menor acceso a la infraestructura y a la red de servicios del Estado. Por consiguiente, si se establecen derechos y obligaciones de los beneficiarios, para que estos puedan hacerlos efectivos debe garantizarse una oferta tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

Debido a las exigencias impuestas por algunos programas en materia de asistencia escolar, exámenes médicos y nutricionales y participación en reuniones informativas sobre salud pública, entre otros, los programas deben contar con una red de escuelas, puestos sanitarios y profesionales capacitados para brindar estos servicios. Las intervenciones en estos campos deben incluir la verificación de la existencia de la oferta correspondiente y de la facilidad de acceso; además, es imprescindible que los programas dispongan de recursos presupuestarios y administrativos para reforzar las áreas en las que se identifiquen falencias. Este tipo de intervenciones requiere una cierta coordinación intersectorial, que no está siempre explícitamente contemplada en los programas sociales.

Hay una amplia gama de actividades realizadas en los últimos años en las que se prevé complementar los incentivos a la demanda con mejoras en la prestación de los servicios pertinentes, lo que ha ocurrido en la Red de Protección Social de Nicaragua (RPS) (que cuenta con elementos de desarrollo de la oferta de servicios de educación y salud). Pero también es fundamental integrar este aspecto a la organización y los presupuestos de todos los programas sociales con instancias de coordinación intesectorial, a fin de garantizar la existencia de servicios adecuados y de buena calidad. En la región existen diversas modalidades institucionales de coordinación intersectorial, que abarcan desde la constitución de gabinetes sociales y la articulación a través de redes hasta la creación de una entidad coordinadora de todos los proyectos sociales. Entre ellas cabe mencionar Chile Solidario, la Red de Protección Social (Colombia), el Programa de Protección Social

²⁶ En todo caso, cuando se otorga prioridad al desarrollo de capital social y al fomento de la organización comunitaria, no se puede dejar de tomar en cuenta las lógicas tradicionales de aplicación y apropiación de la política social, que pueden transformar a las organizaciones locales en instrumentos para la legitimación política del gobierno de turno. Eso fue lo que ocurrió en el caso del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) en México (antecesor de “Oportunidades”), cuya modalidad de operación mediante comités de solidaridad dio origen al predominio de un grupo de intermediarios en la definición de la demanda social, la inflación de las reivindicaciones sociales a través de la exigencia en la mesa de negociaciones de una serie de derechos sociales no determinados claramente en cuanto a magnitud y la integración subordinada de las organizaciones sociales con el Estado. Según algunos analistas, este programa también fomentó una apropiación gremial y excluyente de los beneficios por parte de segmentos sociales no corporativizados y una cultura popular clientelista y pasiva (Villatoro, 2005).

(Ecuador), la Red de Protección y Promoción Social (Paraguay) y el programa “Bolsa Familia” (Brasil). Cada modalidad presenta ventajas y desventajas que deben analizarse de acuerdo a las circunstancias de cada país. Lo importante es la estructura de la modalidad de coordinación, su permanencia en el tiempo y las facultades que efectivamente se le otorguen, dado que por sí sola la creación de una instancia superior no garantiza la coordinación sectorial ni la subordinación de los distintos agentes a una concepción integrada de la lucha contra la pobreza (Machinea, 2005b). Asimismo, lo ocurrido en los últimos años en este campo indica que las tecnologías de la información pueden hacer un valioso aporte, especialmente a la selección de beneficiarios y, cada vez más, a la coordinación de programas sociales y la interoperación de instituciones estatales (véase el recuadro V.6).

Asimismo, cabe señalar que la coordinación de los incentivos a la demanda y la disponibilidad de servicios no debe ser únicamente cuantitativa, por lo que se debe dar especial importancia a la calidad de los servicios y el carácter inclusivo de la oferta. Los grupos procedentes más desfavorecidos requieren de intervenciones en cuyo diseño se hayan tomado en consideración sus características y necesidades, dado que una oferta homogénea en situaciones heterogéneas solo puede conducir a que se mantengan las diferencias originarias que atentan contra el principio de equidad (Cohen y Franco, 2005). Por ejemplo, para aumentar la participación escolar de niños y niñas provenientes de las familias en mayor riesgo social el sistema escolar debe prestarles especial atención, en consideración de las múltiples desventajas que suelen suponer la pobreza y la marginalidad. De hecho, una de las principales deficiencias de los programas de transferencias condicionadas es que, pese a la ampliación de la asistencia, los niños beneficiarios presentan solo moderadas mejoras en su desempeño escolar, como se ha observado en el caso de “Oportunidades”. Esta heterogeneidad de la oferta debe traducirse en una mayor adaptación a la situación de quienes representan la demanda de servicios, pero no debe reforzar la segmentación de la calidad de la primera.

Otra dimensión que conviene considerar en la coordinación de programas sociales es la interrelación entre objetivos a corto y largo plazo en el marco de los programas de emergencia vinculados al empleo. En efecto, es importante que en estos programas se pueda armonizar la creación de empleos a corto plazo con el desarrollo de capacidades productivas a largo plazo.

Por último, la coordinación de los programas sociales de lucha contra la pobreza no debe limitarse a los servicios de salud y educación. También es importante establecer puentes con otras áreas de la actividad estatal y especialmente con las políticas públicas sobre infraestructura, vivienda, agua potable, saneamiento y transporte.

Productividad y empleabilidad

Si bien el desarrollo del capital humano es uno de los principales mecanismos de reducción de desigualdades futuras y de superación de la reproducción intergeneracional de la pobreza, ya que eleva la capacidad productiva de las personas, es imposible evaluar el efecto de los programas de transferencias condicionadas en la situación futura de los actuales niños, que dependerá no solo del efecto en la acumulación de capital humano, sino también de las oportunidades de empleo que tengan una vez que hayan salido del programa. En los países de la región, la ampliación de la inserción productiva de los pobres no está garantizada porque las economías tienen serias dificultades para crear trabajo decente.

Recuadro V.6

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS Y USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (TIC)

La adopción de criterios de focalización y la necesidad de contar con instrumentos uniformes y objetivos de medición de pobreza y vulnerabilidad para la asignación de beneficios, así como con indicadores de evaluación y monitoreo de programas, ha constituido un importante desafío que han abordado la mayor parte de los países estudiados, a fin de evitar el uso de programas sociales con fines de clientelismo político y de realzar su eficacia. En este contexto, cabe mencionar varias actividades pioneras: la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y la ficha CAS (que será remplazada por su sucesora, la Ficha Familia) en Chile; el completo sistema de indicadores del Departamento de Planeación y el sistema de selección de beneficiarios de programas sociales en Colombia (SISBEN); los registros del sistema de información, evaluación y monitoreo de programas sociales (SIEMPRO) del Sistema de Identificación y Registro de Familias Beneficiarias de Programas y Servicios Sociales (SISFAM) de Argentina y, más recientemente, la elaboración de un Registro Único de Beneficiarios que cruza datos nacionales, provinciales y municipales en el marco de la Red Federal de Políticas Sociales, y el Sistema de Información para la Acción Social (SIPAS) de Costa Rica.

Un elemento destacado de estos sistemas es el uso intensivo de tecnologías de información y comunicación, particularmente en dos aspectos de su gestión: la focalización e identificación de beneficiarios y la coordinación, tanto sectorial como territorial, en la aplicación de los programas. Su adopción en América Latina y el Caribe ha sido gradual y se inició en los años noventa con la introducción de programas computacionales en la administración de los órganos de los Estados; posteriormente, se extendió a la provisión de información y algunos trámites en línea por medio de portales en la red Internet, en la primera mitad de la presente década y la interoperación tecnológica entre órganos de los Estados. Sus principales aportes en el área de las políticas de protección social pueden clasificarse en las siguientes cinco categorías:

Acceso remoto por medios tecnológicos, lo que permite solicitar beneficios de programas de protección social desde lugares donde los órganos de los Estados responsables de proveerlos no tienen representación; asimismo, facilita la transmisión de datos y documentos entre los órganos de los Estados.

Administración de bases de datos con iguales estándares, lo que permite el ingreso, almacenamiento, actualización y transmisión de datos de caracterización social entre los órganos de los Estados, para verificar, fiscalizar y compartir datos en forma automática, sin que los ciudadanos tengan que solicitarlos y entregarlos en la institución estatal pertinente.

Interoperación de los órganos del Estado que intervienen en programas de protección social, por medio de acuerdos formales de vinculación tecnológica en las interfaces donde operan, entre otras áreas en la oficialización de acuerdos jurídicos, en los niveles técnico, semántico e institucional, que no son muy complejos pero son fundamentales para la coordinación por medios tecnológicos.

Infraestructura tecnológica, entendida como la incorporación de equipos, programas y redes de telecomunicaciones y otros medios que faciliten el acceso remoto, la interoperación y el intercambio de bases de datos.

Temas transversales, entre los cuales destacan la necesidad de introducir cambios en la legislación y normativa, para la prestación de los servicios contemplados en programas por medio tecnológico, formación técnica y financiamiento, todo lo cual es necesario para una informatización del sector público más coherente y una interoperación eficaz.

Hay interesantes ejemplos de uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en programas de protección social en varios países. Muchas de las actividades han sido premiadas por el uso de métodos innovadores, por haber mejorado la calidad de los servicios prestados a los beneficiarios y por haber incrementado la eficacia de la gestión, y representan estrategias integradoras de programas de protección social, para cuya aplicación eficaz es esencial el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Fuente: Álvaro Vázquez, “Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

Estas dificultades se ven reflejadas tanto en la estructura económica como en la evolución reciente de la región.²⁷ Como se vio en el capítulo II, en las últimas dos décadas la economía regional sufrió serias crisis y se vio afectada por una alta volatilidad, lo que conlleva bajos ritmos de crecimiento y elevado desempleo, entre otras consecuencias negativas. De hecho, en este período la

²⁷ En el marco de la transformación productiva con equidad, la CEPAL reconoce la importante interacción entre el aparato productivo de una economía y las oportunidades de empleo de la fuerza de trabajo. Su principal manifestación ha sido la heterogeneidad en cuanto a nivel de productividad, economías de escala y acceso a mercados con que pueden operar las unidades productivas. Históricamente, esta heterogeneidad se ha reflejado en la segmentación del mercado de trabajo, en los que coexisten segmentos de baja productividad al sector informal, trabajadores independientes y en condiciones precarias, y sectores de alta productividad y empleos formales y protegidos (CEPAL, 1990).

tasa de crecimiento apenas superó la de la fuerza de trabajo y la tasa de inversión disminuyó en varias oportunidades a menos del 20% del PIB, nivel insuficiente para superar la pobreza (CEPAL, 1996).

Por consiguiente, los esfuerzos por potenciar la educación, salud y nutrición mediante programas sociales deben complementarse con políticas productivas que alienten una oferta cada vez mayor de trabajo decente, lo que exige el fortalecimiento del desarrollo productivo. Las políticas tendientes a mejorar el desempeño económico han sido destacadas en varias oportunidades por la CEPAL, sobre todo en su último período de sesiones, celebrado en Puerto Rico en junio-julio del 2004 (CEPAL, 2004b). Entre ellas cabe hacer especial mención de las políticas que estimulan el fortalecimiento de las micro y pequeñas empresas, y que son un importante complemento de las estrategias de lucha contra la pobreza, en especial si se considera que cerca de dos tercios de los nuevos puestos de trabajo creados en la región durante los años noventa corresponden al sector informal (CEPAL, 2004b).

La modernización de las micro y pequeñas empresas contribuye a elevar la productividad sistémica de las economías y fortalece la base productiva del bienestar de los grupos de menores ingresos de la población. Las estrategias de apoyo a las pequeñas empresas deben incluir, entre otras cosas, la provisión de recursos para el financiamiento de sus actividades, el acceso a información relevante sobre sus procesos productivos, e incentivos a la formalización de las actividades. Además, deben combinar tanto políticas horizontales como selectivas. Entre las primeras, se encuentran las medidas orientadas a mejorar el acceso a información, crédito, tecnología y sistemas de comercialización, así como medidas destinadas a simplificar normas y trámites, reducir la carga tributaria y, sobre todo en el sector rural, regularizar la tenencia de la tierra de los pequeños productores. Las segundas abarcan desde la constitución de asociaciones de pequeñas empresas, pasando por el fortalecimiento de las redes de intercambio entre grandes empresas y sus pymes proveedoras o clientes. Por ejemplo, se puede fomentar el acceso a mercados mediante la articulación entre empresas (constitución de grupos de pymes exportadoras, entre otras); otro posible campo de acción es el fortalecimiento de las estructuras productivas territoriales (conglomerados o enclaves) o su articulación como etapas de una cadena de valor. En las zonas rurales adquieren especial relevancia el perfeccionamiento de la infraestructura y el realce de la competitividad mediante la asociación para la adquisición de tecnología y la comercialización (Machinea y Hopenhayn, 2005). Aunque ambas categorías de políticas se están aplicando en varios países, es necesario ampliar su cobertura, adoptar mecanismos de seguimiento y participación, y mejorar su formulación (CEPAL, 2004b; Machinea y Hopenhayn, 2005).

Por último, las políticas productivas deben complementarse con políticas macroeconómicas que permitan acelerar y estabilizar el crecimiento y con una creciente toma de conciencia de que la informalidad no se supera a corto plazo; para “formalizar” la economía se requiere un crecimiento sostenido y políticas activas de empleo y modernización productiva.



Bibliografía

- Acosta, Olga y Juan Carlos Ramírez (2004), “Las redes de protección social: modelo incompleto”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 141 (LC/L.2067-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Acuña, C. y M. Tommasi (2000), “Some reflections on the institutional reforms required for Latin America”, Universidad de San Andrés, Argentina.
- Adato, Michelle y otros (2000), *The Impact of Progresá on Women’s Status and Intrahousehold Relations. Final Report*, Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- Aedo, Cristián (2005), “Evaluación del impacto”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Agudelo, M. (2004), “El sistema pensional colombiano. ¿Cuál es la reforma pensional que necesita Colombia?”, *Debates de coyuntura económica*, N° 57, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo), octubre.
- Aguirre, Francisco Miguel (2005), “Pensiones para servidores públicos en México y métodos actuariales”, documento presentado al seminario internacional “Sistemas públicos de pensiones: situación actual y perspectivas”, Guadalajara, Comisión Nacional Hacendaria, 26 y 27 de mayo.
- AIOS (Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones) (2004), “Los regímenes de capitalización individual en América Latina”, *Boletín estadístico AIOS*, N° 12, diciembre.
- ____ (2003), “Los regímenes de capitalización individual en América Latina”, *Boletín estadístico AIOS*, N° 10, diciembre.
- Aldunate, Eduardo y R. Martner (2005), “Política fiscal y protección social”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Alexy, Robert (1993), *Teoría de los derechos fundamentales*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.

- Alvarez, B., L. Pellisé y F. Lobo (2000), “Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 8, N° 1/2.
- Arenas de Mesa, Alberto, María Claudia Llanes y Fidel Miranda Bravo (2005), “Protección social efectiva, calidad de la cobertura y efectos distributivos del sistema de pensiones en Chile”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Arenas de Mesa, A., J. Behrman y D. Bravo (2004), “Characteristics and determinants of the density of contributions in a private social security system”, documento presentado en el encuentro anual 2004 de la Sociedad de Economistas de Chile, agosto.
- Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente (2002), *Política para la utilización de medicamentos por su nombre genérico*, documento de difusión, Buenos Aires.
- Armas, Amparo (2004), “La equidad de género y el programa del Bono de Desarrollo Humano en Ecuador”, documento presentado en el seminario internacional “Gobernabilidad democrática e igualdad de género”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1° y 2 de diciembre, inédito.
- Arriagada, Irma (2004), “Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina, en Arriagada”, *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces, serie Seminarios y conferencias*, N° 42 (LC/L.2230-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.
- Arriagada, Irma y Francisca Miranda (2005), “Propuestas para el diseño de programa de superación de la pobreza desde el enfoque de capital social”, *Aprender de la experiencia. El capital social en la superación de la pobreza*, Irma Arriagada (ed.), *serie Libros de la CEPAL*, N° 86, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arriagada, Irma, Francisca Miranda y Thaís Pavez (2004), “Lineamientos de acción para el diseño de programas de superación de la pobreza desde el enfoque del capital social. Guía conceptual y metodológica”, *serie Manuales*, N° 36 (LC/L.2179-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arrow, K.J. (1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*, vol. 53, N° 5.
- Atkinson, A. y J. Stiglitz (1980), *Lectures on Public Economics*, Nueva York, McGraw Hill.
- Attanasio, Orazio y otros (2005), “How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia”, *Briefing Notes*, N° 54, The Institute for Fiscal Studies.
- Azuara, Oliver (2005), “Análisis económico de la pensión universal en México. Del populismo a la realidad fiscal”, *Documento de trabajo*, Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC), julio.
- Baker, J. (1997), “Poverty reduction and human development in the Caribbean: a cross-country study”, *World Bank Discussion Paper*, N° 366, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Balsells, Edgar (2002), *Construyendo una crisis*, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación.
- Banco Mundial (2005), “World Development Indicators, 2005” [en línea] <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Home.htm>.
- ____ (2004), *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Washington, D.C.
- ____ (2003), “Debt Relief for the Poorest: An OED Review of the HIPC Initiative”, *Informe*, N° 25160, Washington, D.C.
- ____ (1994), *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*, Nueva York, Oxford University Press.
- Barreix, A., L. Villela y J. Roca (2005), “Tributación en el Mercosur y la necesidad de coordinación”, Red de Diálogos de Política, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), junio.
- Basso, Eduardo (2005), “Benefícios contributivos e não-contributivos: impactos da previdência social sobre a pobreza”, documento presentado en la Reunión de Gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur, Buenos Aires, 14 al 16 de noviembre.
- Bauman, Zygmunt (2003), *Modernidad líquida*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Berra, Claudia y Polly Jones (2003), “Working in partnership to protect the vulnerable: Argentina’s *Trabajar and Jefes de Hogar* Programs”, *Spectrum. Volatility, Risk and Innovation: Social Protection in Latin America and the Caribbean*, A.M. Arriagada y R. Holzmann (eds.), Washington, D.C., Banco Mundial.
- Berstein, S. y J. Ruiz (2005), “Sensibilidad de la demanda con consumidores desinformados: el caso de las AFP en Chile”, *serie Documentos de trabajo*, N° 4, Santiago de Chile, Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, abril.

- Berstein, S., G. Larraín y F. Pino (2005), "Cobertura, densidad y pensiones en Chile: proyecciones a 30 años plazo", Santiago de Chile, División Estudios, Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, inédito.
- Bertranou, Fabio (2004), "Sistemas de jubilaciones y pensiones en América Latina: reformas, paradigmas y temas emergentes", Organización Internacional del Trabajo (OIT), inédito.
- Bertranou, F. y A. Sánchez (2003), "Características y determinantes de la densidad de aportes a la seguridad social en la Argentina 1994-2001", *Historias laborales en la seguridad social*, Buenos Aires, oficina de la OIT en Argentina y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, octubre.
- Bertranou, F., C. Solorio y W. Van Ginneken (2002), "Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay", Santiago de Chile, Oficina Internacional del Trabajo.
- Beyer, H. y S. Valdés-Prieto (2004), "Propuestas para aumentar la densidad de cotizaciones", documento presentado al seminario "Competencia y cobertura", Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 11 y 12 de noviembre.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (2005), "Diagnóstico de salud en América Latina y el Caribe. Bases para la Estrategia de Salud del BID", documento de discusión, Washington, D.C.
- _____(1999), *Informe sobre el progreso social y económico, 1998-1999. América Latina frente a la desigualdad*, Washington, D.C.
- Bisang, R. (2005), "Una nota sobre mercado de salud y tecnología", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997), "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", *serie Reformas de política pública*, N° 47 (LC/L.1071), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bitrán, R. (2005), "Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- _____(2000), "Equity in the financing of social security for health in Chile", *Health Policy*, vol. 50, N° 3.
- Blöndal, Jón R. (2005), "The reform of public expenditure management systems in OECD countries", documento presentado al séptimo taller de Banca d'Italia sobre finanzas públicas, Perugia, abril.
- Bobbio, Norberto (1995), *Derecha e izquierda*, 4ta. edición, Madrid, Santillana-Taurus.
- Bonilla García, A. y J.V. Gruat (2003), *Social Protection: A Lyfe Cicle Continuum Investment for Social Justice, Poverty Reduction and Sustainable Development*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Botswana Daily News Online (1999-2005), Botswana Press Agency, varios números.
- Bourguignon, François, Francisco Ferreira y Michael Walton (2005), "Is greater equity necessary for higher long term growth in Latin America?", documento presentado al seminario "Economic growth with equity: challenges for Latin America", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1° y 2 de septiembre.
- Bourguignon, François, Francisco Ferreira y Philippe Leite (2002), *Ex-ante Evaluation of Conditional Cash Transfer Programs: the Case of "Bolsa Escola"*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Brasil, Ministerio de Salud (2005), "The sustainability of universal access to antiretroviral medicines in Brazil", documento de divulgación preparado para la 157ª reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud, Brasilia, 10 de agosto.
- Bravo, Jorge y Andras Uthoff (1999), "Transitional fiscal costs and demographic factors in shifting from unfunded to funded pension in Latin America", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 88 (LC/L.1264-P/I), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.99.II.G.38.
- Bravo, David, Carmen Contreras y Patricia Medrano (2004), *Informe final evaluación de impacto. Programas de empleo con apoyo fiscal*, Santiago de Chile, Universidad de Chile.
- Bucheli, M., A. Forteza y N. Ferreira-Coimbra (2005), "El acceso a la jubilación o pensión en Uruguay: ¿cuántos y quiénes lo lograrían?", documento de trabajo, Proyecto CEPAL/GTZ "Desarrollo y equidad social en América Latina y el Caribe", Montevideo, oficina de la CEPAL en Montevideo.
- CARIBANK (Banco de Desarrollo del Caribe) (2005), *Social Protection and Poverty Reduction in the Caribbean*, Social and Economic Research Unit.
- Castells, Manuel (2002), "¿Es sostenible la globalización en América Latina?", inédito.
- _____(1999), *La era de la información: economía, sociedad y cultura. La sociedad red*, vol. 1, Madrid, Alianza Editorial.

- CCHD (Caribbean Commission on Health and Development) (2006), *Report of the Caribbean Commission on Health and Development*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Comunidad del Caribe (CARICOM).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005a), *Panorama social de América Latina, 2005. Documento informativo* (LC/G.2288-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- (2005b), *Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2004-2005* (LC/G.2279-P/E), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.2.
- (2005c), *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2005* (LC/G.2292-P/E), Santiago de Chile, diciembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.188.
- (2004a), *Panorama social de América Latina, 2004* (LC/G.2295-P), Santiago de Chile, noviembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.
- (2004b), *Desarrollo productivo en economías abiertas* (LC/G.2234(SES.30/3)), Santiago de Chile, junio.
- (2004c), *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género* (LC/G.2262-P), Flavia Marco (comp.), Santiago de Chile, octubre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.129.
- (2004d), *Una década de desarrollo social en América Latina, 1990-1999* (LC/G.2212-P), Santiago de Chile, marzo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.143.
- (2003a), *Panorama social de América Latina 2002-2003* (LC/G.2209-P/E), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.185.
- (2003b), “Análisis de resultados del Programa Puente”, documento de trabajo, Santiago de Chile, inédito.
- (2002), *Globalización y desarrollo* (LC/G.2157(SES.29/3)), Santiago de Chile, abril.
- (2000a), *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G.2071/Rev.1-P/E), Santiago de Chile.
- (2000b), *La brecha de la equidad: una segunda evaluación* (LC/G.2096), Santiago de Chile, mayo.
- (2000c), *Panorama social de América Latina 1999-2000* (LC/G.2068-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.18.
- (1998), “El pacto fiscal: fortalezas, debilidades, desafíos”, *serie Libros de la CEPAL*, N° 47 (LC/G.1997/Rev.1-P), Santiago de Chile, julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.98.II.G.5.
- (1996), “Fortalecer el desarrollo. Interacciones entre macro y microeconomía”, *serie Libros de la CEPAL*, N° 42 (LC/G.1898/Rev.1-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.96.II.G.12.
- (1991), “Sistemas de pensiones de América Latina, diagnóstico y alternativas de reforma. Estudios de caso de América Latina y el Caribe; conclusiones y recomendaciones”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 9 (LC/L.656), Santiago de Chile.
- (1990), *Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa* (LC/G.1601-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.90.II.G.6.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL) (2004), *Envejecimiento, población y desarrollo* (LC/G.2235(SES.30/16)), Santiago de Chile, 8 de junio.
- (2003), “América Latina: Población por años calendario y edades simples, 1995 - 2005”, *Boletín demográfico*, N° 71 (LC/G.2197-P), Santiago de Chile, enero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E/S.02.II.G.127.
- CEPAL/IIDH (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (1997), *La igualdad de los modernos. Reflexiones acerca de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina*, San José, Costa Rica.
- CEPAL/OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2004), *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias* (LC/L.2180-P), Santiago de Chile, octubre.
- CEPAL/UNESCO (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2005), “Invertir mejor para invertir más: financiamiento y gestión de la educación en América Latina y el Caribe”, *serie Seminarios y conferencias*, N° 43 (LC/L.2246-P), Santiago de Chile, enero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.4.
- (2004), *Financiamiento y gestión de la educación en América Latina y el Caribe*, (LC/G.2249(SES.30/14)), Santiago de Chile, junio.

- _____(1992), "Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad", *serie Libros de la CEPAL*, N° 33 (LC/G.1702/Rev.2-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.92.II.G.6.
- Cercone, J. (2005), "Análisis de situación y sistemas de salud de países del Caribe", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cetrángolo, Oscar (2006), "Financiamiento municipal para políticas para enfrentar la pobreza urbana en América Latina", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Cetrángolo, O. y Carlos Grushka (2004), "Sistema previsional argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 151 (LC/L.2219-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Cetrángolo, O. y Juan Pablo Jiménez (2003), "Política fiscal en Argentina durante el régimen de convertibilidad", *serie Gestión pública*, N° 35 (LC/L.1900-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.60.
- Cetrángolo, O. y F. Devoto (2002), "Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual", documento presentado en el taller regional "Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", Toronto, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Universidad de Toronto, junio.
- Clavijo, S. (2005), "Pensiones: yo voy a hacer un inventario", *Informe semanal*, N° 785, Bogotá, D.C., Asociación Nacional de Instituciones Financieras, junio.
- Cohen, E. y R. Franco (2005), *Gestión social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*, México, D.F., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Siglo Veintiuno Editores.
- Comisión Europea (2004), "Public Finance in EMU-2004", *serie European Economy*, N° 3, Luxemburgo.
- Corbo, Vittorio y Klaus Smith-Hebbel (2003), "Efectos macroeconómicos de la reforma de pensiones en Chile", *Resultados y desafíos de las reformas de pensiones*, Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS), Santiago de Chile, Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAP).
- Cruces, Guillermo (2005), "Income fluctuations, poverty and well-being over time: theory and application to Argentina," *Distributional Analysis Research Programme Working Paper*, N° 76, Londres, Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines (STICERD), London School of Economics and Political Science, julio.
- Cruces, Guillermo y Sebastián Galiani (2005), "Fertility and female labor supply in Latin America: new causal evidence", *Labour Economics. The Official Journal of the European Association of Labour Economics*, Elsevier, North Holland, en prensa.
- Da Silva e Silva, María Ozanira (coord.) (2001), *A comunidade solidária. O não enfrentamento da pobreza no Brasil*, São Paulo, Cortez Editora.
- De Biase, M. y Carlos Grushka (2003), "Historias previsionales y la regularidad de los afiliados al SIJP", *Historias laborales en la seguridad social*, Buenos Aires, oficina de la OIT en Argentina y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, octubre.
- Devereux, S. (2002), "Social protection for the poor: lessons from recent international experience", *IDS Working Paper*, N° 142, Brighton, Instituto de Estudios para el Desarrollo.
- Di Gropello, E. y R. Cominetti (comps.) (1998), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana* (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Diniz Cotta, Evandro (2005), "La experiencia de Brasil. Reformas y desafíos (2003-2006)", documento presentado por el Ministerio de Previsión y Asistencia Social del Brasil al seminario internacional "Sistemas públicos de pensiones: situación actual y perspectivas", Guadalajara, Comisión Nacional Hacendaria de México, 26 y 27 de mayo.
- Durán-Valverde, Fabio (2005), "Opciones de financiamiento para la universalización de la cobertura del sistema de pensiones de Costa Rica", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- _____(2003), *Diagnóstico de la seguridad social en Honduras*, Lima, Oficina Internacional del Trabajo, marzo.
- Erazo, A., R. Castro y J. Hanzich (2005), "Beyond access: confronting the quality challenge in Chile", *Documento de trabajo*, Santiago de Chile, Departamento de Investigación, Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Esping-Andersen, Gosta (2000), *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona, Ariel.
- _____(1996), *Welfare States in Transition*, Londres, Sage.

- ____ (1993), *Changing Classes. Stratification and Mobility in Postindustrial Societies*, Londres, Sage.
- Fajnzylber, Eduardo (2005a), “Sistemas de capitalización, densidad de cotizaciones, y cobertura contributiva”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- ____ (2005b), “Pensiones para todos: análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema chileno de previsión social”, documentos de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/División Estudios de Superintendencia de AFPs, inédito.
- Farall, R.A. y otros (2003), “Estudio sobre la frecuencia de los aportes en el SIJP: una primera aproximación hacia las historias laborales”, *Historias laborales en la seguridad social*, Buenos Aires, oficina de la OIT en Argentina y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, octubre.
- FMI (Fondo Monetario Internacional) (2003), *Fiscal Adjustment in IMF-Supported Programs. Evaluation Report*, Washington, D.C.
- Frenk, J. y J.L. Londoño (1997), “Pluralismo estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, *Documento de trabajo*, N° 353, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Galasso, Emanuela y Martin Ravallion (2003), “Social protection in a crisis: Argentina’s Plan Jefes y Jefas”, *Policy Research Working Paper*, N° 3165, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Galiani, Sebastián (2006), “Políticas sociales: instituciones, información y conocimiento”, *serie Políticas sociales*, N° 116 (LC/L.2842-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.8.
- Galiani, S. (2005), “Políticas sociales: el rol central de las evaluaciones en su diseño, implementación y monitoreo”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Gallart, María Antonia (2001), “La articulación entre el sector público y la empresa privada en la formación profesional de América Latina”, *Formación para el trabajo: ¿pública o privada?*, Guillermo Labarca (coord.), Montevideo, Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR).
- Gill Indermir, S., Truman Packard y Juan Termo (2004), *Keeping the Promise of Old Age Income Security in Latin America. A Regional Study of Social Security Reforms*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Gómez, Elsa (2001), “Equidad, género y salud”, documento preparado para el Taller internacional “Cuentas nacionales de salud y género”, Santiago de Chile, 18 y 19 de octubre, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Gómez Sabaini, Juan C. (2005), “Evolución y situación tributaria actual en América Latina: Una serie de temas para la discusión”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre, inédito.
- González, José Antonio (2005), “Situación de los sistemas públicos de pensiones en México”, documento presentado al seminario internacional “Sistemas públicos de pensiones: situación actual y perspectivas”, Guadalajara, Comisión Nacional Hacendaria de México, 26 y 27 de mayo.
- González de la Rocha, Mercedes y Agustín Escobar (2002) “Evaluación cualitativa del programa de desarrollo humano Oportunidades” [en línea] http://www.progres.gov.mx/e_oportunidades/evaluacion_impacto/2002/Evaluaci%F3n%20Cualitativa%20Final%20-%20dic02.pdf.
- Gordon, Sara (2003), “Ciudadanía y derechos ¿criterios redistributivos?”, *serie Políticas sociales*, N° 70 (LC/L.1932-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.91.
- Gurrieri, Adolfo y Pedro Sainz (2005), “La ciudadanía social latinoamericana en los ochenta y noventa”, Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), inédito.
- Hernández, Bernardo y otros (2005), “Impacto de Oportunidades en la salud reproductiva de la población beneficiaria”, *Evaluación externa de impacto del programa Oportunidades 2004. Salud*, vol. 2, Bernardo Hernández y Mauricio Hernández (eds.), México, D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social (CIESAS)/Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Herrera, Manuel y Pedro Castón (2003), *Las políticas sociales en las sociedades complejas*, Barcelona, Ariel.
- Hicks, Norman y Quentin Wodon (2001), “Protección social para los pobres en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, N° 73 (LC/G.2130-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Holzmann, Robert (2004), “Toward a reformed and coordinated pension system in Europe: rationale and potential structure”, *serie Social Protection Discussion Paper*, N° 0407, Washington, D.C., Banco Mundial, marzo.

- _____(1997), "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 48, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Holzmann, Robert y Richard Hinz (2005), "Soporte del ingreso en la vejez en el siglo veintiuno: una perspectiva internacional de los sistemas de pensiones y de sus reformas" [en línea], Banco Mundial http://siteresources.worldbank.org/INTPENSIONS/Resources/Old_Age_Income_Support_Intro_Sp.pdf.
- Holzmann, Robert y Edward Palmer (2005), "The status of the NDC discussion: introduction and overview", *Pension Reform through NDCs: Issues and Prospects for Non-Financial Defined Contribution Schemes*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Holzmann, R. y S. Jorgensen (2000), "Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá", *Documento de trabajo sobre protección social*, N° 0006, Washington D.C., Banco Mundial.
- Hotz, Joseph V. y J.K. Scholz (2003), "The earned income tax credit", *Means-Tested Transfer Programs in the United States*, R. Moffitt (ed.), Chicago, University of Chicago Press.
- Hsiao, W.C. (1995), "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy Review*, vol. 32, N° 1/3, junio.
- IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) (2004), "Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000", *Estudos e pesquisas, informação demográfica socioeconômica*, N° 13, Río de Janeiro.
- IFPRI (Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias) (2005), "Nicaragua. Red de Protección Social Mi Familia. Rompiendo el ciclo de la pobreza" [en línea] www.ifpri.org/spanish/pubs/ib/ib34sp.pdf.
- _____(Instituto Internacional de Investigación de las Políticas Alimentarias) (2002), "Nicaragua Social Protection Network. Pilot phase evaluation system: Impact Evaluation", [en línea] http://www.ifpri.org/themes/mp18/Nicaraguaprs/informe_eval_RPS_finalEnglish.pdf.
- Iglesias, Augusto y Rodrigo Acuña (1991), *Sistemas de pensiones en América Latina. Chile: experiencia con un régimen de capitalización 1981-1991*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social) (2004), *Panorama de la gestión pública (LC/IP/L.243)*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- Jalan, Jyotsna y Martin Ravallion (1999), "Income gains to the poor from workfare. Estimates for Argentina's Trabajar Program", *Policy Research Working Paper*, N° 2149, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Jelin, Elizabeth (2005), "Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas", *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*, Irma Arriagada (ed.), *serie Seminarios y conferencias*, N° 46 (LC/L.2373-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.118.
- Jiménez, J.P. y V. Tromben (2005), "Política fiscal en países exportadores de productos no renovables", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Katz, J. (1995), "Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio", *Desarrollo económico*, N° 138, Buenos Aires.
- Katz, Jorge y Ernesto Miranda (1994), "Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación", *Revista de la CEPAL*, N° 54 (LC/G.1845-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Kessler, Gabriel y Cecilia Roggi (2005), "Programas de superación de la pobreza y capital social: la experiencia argentina", *Aprender de la experiencia. El capital social en la superación de la pobreza*, Irma Arriagada (ed.), *serie Libros de la CEPAL*, N° 86, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Knaul, Felicia y otros (2003), "El sistema de protección social en salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares", *Caleidoscopio de la salud*, F. Knaul y G. Nigenda, México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).
- Labarca, Guillermo (ed.) (2003), *Reformas económicas y formación*, Montevideo, Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR)/Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Montevideo.

- LACRSS (Iniciativa Regional del Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe) (2002), “Perfil del sistema de salud de Uruguay”, Organización Panamericana de la Salud (OPS) [en línea] <http://www.lachsr.org/en/profiles.cfm?view=countryAsDoc&viewid=32>.
- Lagomarsino, G. y B. Lanzilotta (2004), “Densidad de aportes a la seguridad social en Uruguay. Análisis de su evolución y determinantes a partir de los datos registrales de historia laboral (1997-2003)”, documento preparado para el Equipo de Representación de los Trabajadores en el Banco de Previsión Social (BPS), diciembre.
- Levy, S. y E. Rodríguez (2004), “Economic crisis, political transition and poverty policy reform. Mexico’s Progreso-Oportunidades program”, *Policy Dialogue series*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Mac Donald, Joan (2005), “La otra agenda urbana. Tareas, experiencias y programas para aliviar la pobreza y precariedad en las ciudades de América Latina y el Caribe”, *serie Medio ambiente y desarrollo*, N° 117 (LC/L.2445-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Machinea, José Luis (2005a), “Institucionalización de la política social para la reducción de la pobreza”, *Cuadernos de desarrollo humano*, N° 23, México, D.F., Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).
- (2005b), “Presentación”, *Gestión social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*, E. Cohen y R. Franco, México, D.F., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Siglo Veintiuno Editores.
- Machinea, José Luis y Martín Hopenhayn (2005), “La esquivada equidad en el desarrollo latinoamericano: una visión estructural, una aproximación multifacética”, *serie Informes y estudios especiales*, N° 14 (LC/L.2114-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.158.
- Madies, Claudia V., Silvia Chiarveti y Marina Chorny (2002), “Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 8, N° 1/2.
- Madsen, P.K. (2002a), “The Danish model of flexicurity: A paradise-with some snakes”, *Labor Market and Social Protection Reforms in International Perspective: Parallel or Converging Tracks?*, H. Sarfati y G. Bonori (eds.), Ashgate.
- (2002b), “Security and flexibility: friends or foes? Some observations from the case of Denmark”, *The Future of Work, Employment and Social Protection. The Dynamics of Change and the Protection of Workers*, Peter Auer y Bernard Gazier (eds.), Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Marshall, T.H. (1965), *Class, Citizenship and Social Development*, Nueva York, Anchor Books.
- (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Martínez, R. (2005), “El círculo vicioso de la desnutrición”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Martner, Ricardo y Varinia Tromben (2004), “Tax reforms and fiscal stabilization in Latin American countries”, *serie Gestión pública*, N° 45 (LC/L.2145-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), junio.
- Marulanda, C., V. Navas y M. Jordán (2004), *Sistema Pensional Colombiano*, Bogotá, D.C., Consejo Superior de Política Fiscal, Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia.
- Mastrángelo, Jorge (1999), “Política para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 86 (LC/L.1246-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.99.II.G.36.
- Mauritius Central Statistical Office (2002/2003), “Social Security Statistics”.
- Mazza, Jacqueline (2003), “Servicios de intermediación laboral: enseñanzas para América Latina y el Caribe”, *Revista de la CEPAL*, N° 80 (LC/G.2204-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Méda, Dominique (1995), *El trabajo: un valor en peligro de extinción*, Barcelona, Gedisa Editorial.
- Medici, A. (2002), *Financing Health Policies in Brazil. Achievements, Challenges and Proposals*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.
- Mesa-Lago, Carmelo (2005), “Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- (2004), “Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 144 (LC/L.2090-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- _____(2003a), “La seguridad social en Cuba en el período especial: diagnóstico y sugerencias de políticas en pensiones, salud y empleo”, *Seguridad social en Cuba: diagnósticos, retos y perspectivas*, Lothar Witte (ed.), Caracas, Nueva Sociedad.
- _____(2003b), “La crisis del programa de pensiones en la Caja de Seguro Social de Panamá”, Jornada de reflexión sobre la reforma de la seguridad social, Panamá, Fundación Friedrich Ebert, 5 de febrero.
- _____(2000a), “Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 93 (LC/L.1344-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), marzo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.29.
- _____(2000b), *Informe sobre la seguridad social en Panamá*, Panamá, Fundación Friedrich Ebert, marzo.
- _____(2000c), “Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI”, *serie Políticas sociales*, N° 36 (LC/L.1249-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.5.
- _____(2000d), “Comentarios a la reforma de la seguridad social en Venezuela”, Caracas, Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ)/Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), octubre.
- _____(1997), “La seguridad social en Guatemala: diagnóstico y propuesta de reforma”, Guatemala, Fundación Friedrich Ebert, abril.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile) (2002), “Catastro de oferta programática del Grupo de Trabajo Interministerial 2002”, Santiago de Chile.
- Mora, Humberto (2000), “Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 95 (LC/L.1372-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.51.
- Morley, Samuel y David Coady (2003), *From Social Assistance to Social Development: Targeted Education Subsidies in Developing Countries*, Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI).
- Morris, Saul y otros (2004), “Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of the preschool children in Northeast Brazil”, *The Journal of Nutrition*, N° 134.
- MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasil) (2002a), *Anuário estatístico de previdência social, 2001*, Brasília.
- _____(2002b), *Todo o que você quer saber sobre a Previdência Social*, Brasília, segunda edición, julio.
- Naciones Unidas (2005), *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.
- _____(2004), *Comité de Políticas de Desarrollo. Informe sobre el sexto período de sesiones* (E/2004/33), Nueva York.
- _____(2001), *World Population Prospects. The 2000 Revision* (ESA/P/WP.165), vol. 1, Nueva York.
- Nigenda, G. (2005), “El seguro popular de salud en México: desarrollo y retos para el futuro”, *Nota técnica de salud*, N° 2/2005, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Nueva Zelanda, Ministry of Social Development (2003), *The Statistical Report*.
- Ocampo, José Antonio (2004), *Reconstruir el futuro. Globalización, desarrollo y democracia en América Latina*, Bogotá, D.C., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Grupo Editorial Norma, octubre.
- _____(2001), “Retomar la agenda del desarrollo”, *Revista de la CEPAL*, N° 74 (LC/G.2135-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____(2000), “Nuestra agenda”, *La CEPAL en sus 50 años. Notas de un seminario conmemorativo, serie Libros de la CEPAL*, N° 54 (LC/G.2103-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2005), *Panorama laboral 2005. América Latina y el Caribe*, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- _____(2004), *Panorama laboral 2004. América Latina y el Caribe*, Lima, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- _____(1999), *Trabajo decente. Memoria del Director General*, 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005), *Informe sobre la salud en el mundo 2005*, Washington, D.C.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2005a), “Brasil: O perfil do sistema de serviços de saúde”, *Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C.

- ____(2005b), *Aunar esfuerzos en pro de la salud de las Américas. Informe anual de la Directora*, 2005, Washington, D.C.
- ____(2004), *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Washington, D.C.
- ____(2002), *La salud en las Américas. Edición de 2002*, Washington, D.C.
- Ornelas, C. (1997), “El proceso de descentralización de los servicios de la educación en México”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Ortega, Eugenio (2002), *La globalización en la encrucijada: sociedad, política y mercado en un mundo globalizado*, Santiago de Chile, LOM.
- Packard, Truman (2001), “Is there a positive incentive effect from privatising social security? Evidence from pension reforms in Latin America”, *Policy Research Working Paper*, N° 2719, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Paddison, Oliver (2005), *Social Security in the English Speaking Caribbean (LC/CAR/L.64)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- Paganini, J.M. (1998), “La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 4, N° 5, noviembre.
- Palmer, Edward (2004), “Sweden’s new FDC pension system”, documento presentado en el seminario “Competencia y cobertura”, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 11 y 12 de noviembre.
- ____(2000), “The Swedish pension reform model: framework and issues”, *World Bank Social Protection Discussion Paper*, N° 0012, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Pardo, Marcia (2003), “Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en América Latina”, *serie Estudios estadísticos y prospectivos*, N° 20 (LC/L.1906-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Paredes, R. y A. Iglesias (2004), “Análisis de propuestas para aumentar la cobertura de trabajadores independientes en el sistema de AFP”, documento presentado al seminario “Competencia y cobertura”, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, 11 y 12 de noviembre.
- Pérez, C., V. Navas y M. Jordán (2004), “Sistema Pensional Colombiano”, documento presentado en el XVII Seminario Regional de Política Fiscal, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre.
- Pichihua, Juan (2002), “Evaluación del salario pagado a brigadistas del PESP rural” [en línea] <http://www.mef.gob.pe/propuesta/ESPEC/foncodes.pdf>.
- Pinheiro, Carvalho y Solange Paiva (2000), “Reforma previsional en Brasil. La nueva regla para el cálculo de los beneficios”, *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 97 (LC/L.1386-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.62.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2005), *Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual*, Nueva York.
- ____(2004a), *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*, Nueva York.
- ____(2004b), *Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, Nueva York.
- ____(1997), *Informe sobre desarrollo humano, 1997. Desarrollo humano para erradicar la pobreza*, Nueva York.
- ____(1990), *Informe sobre desarrollo humano, 1990*, Nueva York.
- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005), *Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los objetivos de desarrollo del Milenio*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Ravallion, Martin (1998), “Appraising workfare programs”, *Policy Research Working Paper*, N° WPS1955, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Ravallion, M. y Q. Wodon (1999), “Poor areas, or only poor people?”, *Journal of Regional Science*, vol. 39, N° 4.
- Ravallion, Martin y otros (2001), “Do workfare participants recover quickly from retrenchment?”, *Policy Research Working Paper*, N° 2672, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Rawlings, Laura (2005), “A new approach to social assistance: Latin America’s experience with conditional cash transfer programmes”, *International Social Security Review*, vol. 58, N° 2/3.

- Reinecke, Gerhard (2005), "Income protection through direct employment programmes. Recent concepts and examples from Latin America", *International Social Security Review*, vol. 58, N° 2/3.
- Reiners, Fernando, Carol Da Silva y Ernesto Trevino (2005), "Where is the education in the conditional cash transfers in education?", inédito.
- Repetto, F. y J. Sanguinetti (2001), "Inventario de programas de protección social y combate a la pobreza en América Latina y el Caribe: una primera aproximación", *Documento de trabajo*, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI), Universidad de San Andrés, Argentina.
- República Bolivariana de Venezuela (2003), "Observaciones sobre el documento 'Panorama de los sistemas de pensiones de seguridad social en Iberoamérica'", Caracas, Ministerio del Trabajo, octubre.
- ____ (2002), *Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS)*, Caracas, 30 de diciembre.
- Reyes, G. (2004), "Razones para no cotizar", Santiago de Chile, División de Estudios, Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, inédito.
- Rodríguez, Adolfo (2005a), "Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- ____ (2005b), "Reforma de salud en Costa Rica", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- ____ (2005c), "Reformas de salud en Honduras", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- ____ (2005d), "Reformas de salud en Nicaragua", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- ____ (2005e), "Reforma paramétrica al Régimen de IVM", San José, Caja Costarricense del Seguro Social, abril, inédito.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2005a), "Unión y cohabitación en América Latina: ¿modernidad, exclusión, diversidad?", *serie Población y desarrollo*, N° 57 (LC/L.2234-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.154.
- ____ (2005b), "Protección social: trabajo, seguridad, ingresos y familia", Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, septiembre, inédito.
- ____ (2004), "Tendencias recientes de las uniones consensuales en América Latina", *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces, serie Seminarios y conferencias*, N° 42 (LC/L.2230-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.
- Rofman, Rafael (2005), "Social security coverage in Latin America", *serie Social Protection Discussion Paper*, N° 0523, Washington, D.C., Banco Mundial, mayo.
- Ruiz-Mier, F. y B. Giussani (1997), "El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia", *serie Reformas de política pública*, N° 48, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Sachs, Jeffrey (2005), *End of Poverty*, Londres, Penguin.
- Saldain, Rodolfo (2003), *Paraguay. Seguridad social: jubilaciones y pensiones*, Buenos Aires, Oficina Internacional del Trabajo, 7 de marzo.
- Samaniego, Norma (2002), "Las políticas de mercado de trabajo en México y su evaluación", *serie Macroeconomía del desarrollo*, N° 18 (LC/L.1834-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.140.
- Sandó, Dora (2003), "Modificaciones en el sistema de pensiones de Cuba", Montevideo, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), VII Conferencia de Actuarios y Financistas a Nivel Internacional "Evolución y perspectivas de los sistemas de pensiones y salud", junio.
- Schleberger, E. (2002), "Namibia's Universal Pension Scheme: trends and challenges", *Extension of Social Security (ESS) Paper*, N° 6, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Schulthess, Walter y Gustavo Demarco (1993), *Sistema de pensiones en América Latina. Argentina: evolución del Sistema de Previsión Social y propuesta de reforma*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Schwarzer, Helmut (2004), "La nueva reforma previsional de Brasil, 2003", *¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*, K. Hujo, C. Mesa-Lago y M. Nitsch (eds.), Caracas, Nueva Sociedad.

- Sen, Amartya (2000), "Works and rights", *International Labour Review*, vol. 139, N° 2.
- ____ (1984), *Sobre ética y economía*, Madrid, Alianza.
- Serrano, Claudia (2005a), "Familia como unidad de intervención de políticas sociales. Notas sobre el programa puente Chile Solidario", ponencia presentada en la reunión de expertos "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 28 y 29 de junio.
- ____ (2005b), "La política social de la sociedad global en América Latina: nuevos programas de protección social", *serie Mujer y desarrollo*, N° 70 (LC/L.2364-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Shick, Allen (2002), "¿La presupuestación tiene algún futuro?", *serie Gestión pública*, N° 21 (LC/L.1736-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.46.
- Skoufias, Emmanuel y Bonnie McClafferty (2001), "Is PROGRESA Working? Summary of the Results of an Evaluation by IFPRI" [en línea] www.ifpri.org/divs/fcnd/dp/papers/fcnbr118.pdf.
- Sojo, Ana (2005), "La garantía de prestaciones en salud en América Latina: equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio", *serie Estudios y perspectivas*, México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México, en prensa.
- ____ (2003), "Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe", *Revista de la CEPAL*, N° 80 (LC/G.2204-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- St. John, Susan (2005), "Retirement income policy in New Zealand", *Australian Economic and Labour Relations Review*, otoño.
- Subbarao, Kalanidhi (2002), "Perturbaciones sistémicas y protección social: función y eficacia de los programas públicos de empleo", *serie Informes sobre redes de protección social*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- ____ (1997), *Public Works as an Anti-Poverty Program: An Overview of Cross-Country Experience*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Székely, Miguel (2005), "Hacia la institucionalidad de la política social en América Latina", presentación en el taller "Desempeño económico y política social en América Latina y el Caribe: los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía", México, D.F., Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 7 de noviembre.
- Tanzi, Vito y Howell Zee (2000), "Tax policy for emerging markets: developing countries", *National Tax Journal*, vol. 53, N° 2, junio.
- Titelman, D. (2000), "Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 104 (LC/L.1425-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.99.
- Titelman, Daniel y Andras Uthoff (2005), "The role of insurance in social protection in Latin America", *International Social Security Review*, vol. 58, N° 2-3/2005.
- ____ (2000), "El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud", *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, D. Titelman y A. Uthoff (comps.), Fondo de Cultura Económica.
- Tobar, Federico (2002), "El uso de la farmacoeconomía y los desafíos de la regulación de medicamentos" [en línea] www.remediar.gov.ar.
- Tokman, Víctor E. (2005), "Inserción laboral, mercados de trabajo y protección social", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre, inédito.
- Uthoff, Andras (1995), "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe", *serie Financiamiento del desarrollo*, N° 29 (LC/L.879), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Uthoff, Andras y otros (2005), "Cambios en la estructura por edades de la población, transferencias intergeneracionales y protección social en América Latina", documento presentado al Taller sobre transformaciones demográficas, transferencias intergeneracionales y protección social, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Gobierno de Francia, 6 y 7 de julio.
- Uthoff, Andras y Raquel Szalachman (eds.) (1993), *Sistemas de pensiones en América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma. El Salvador, Honduras, Jamaica, Paraguay, Trinidad y Tabago*, vol. 3, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

- _____(1992), *Sistemas de pensiones en América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma. Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, México*, vol. 2, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- _____(1991), *Sistemas de pensiones en América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma. Costa Rica, Ecuador, Uruguay y Venezuela*, vol. 1, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Valdés, Salvador e Iván Marinovic (2005), “Contabilidad regulatoria: las AFP chilenas, 1993-2003”, *Documento de trabajo*, N° 279, Santiago de Chile, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Vásquez, Alvaro (2005), “Ejemplos de uso de tecnologías de información y comunicación en programas de protección social en América Latina”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Velásquez, M. (2005), “La protección frente al desempleo en América Latina”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Velloso, Helvia (2005), “Social security in the United States: overview and outlook”, Washington, D.C., oficina de la CEPAL en Washington, inédito.
- Velloso, Helvia y François Vézina (2005), “The Canadian Retirement Income System”, Washington, D.C., oficina de la CEPAL en Washington, inédito.
- Vicente de Roux, Carlos y Juan Carlos Ramírez (eds.) (2004), “Derechos económicos, sociales y culturales, política pública y justiciabilidad”, *serie Estudios y perspectivas*, N° 4 (LC/L.2222-P), Bogotá, D.C., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.140.
- Villatoro, Pablo (2005), “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- _____(2004), “Programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias”, *serie Políticas sociales*, N° 87 (LC/L.2133-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.62.
- Weller, Jürgen (2004), “Introducción: temas, tendencias y lecciones”, *En búsqueda de efectividad, eficiencia y equidad. Las políticas del mercado de trabajo y los instrumentos de su evaluación*, Jürgen Weller (comp.), Santiago de Chile, LOM/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Willmore, L. (2005), “Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context”, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), inédito.
- Zimmerman, Marc (1995), “Psychological empowerment: issues and illustrations”, *American Journal of Community Psychology*, vol. 5, N° 23.